

# Organisation et Système de **santé** en France



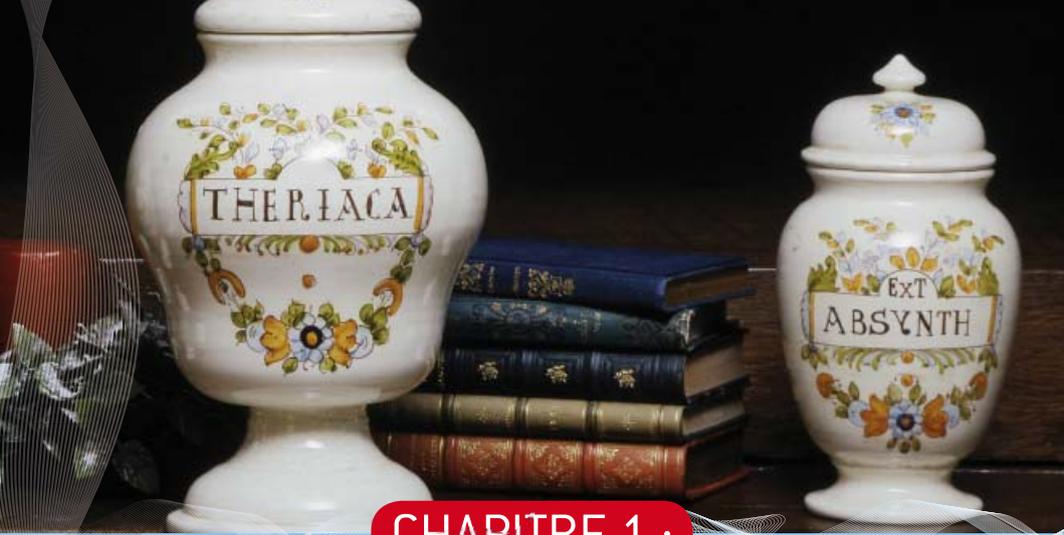
**T**outes les études internationales classent le système de santé français parmi les tous premiers du monde en termes de résultats. Si ses origines historiques remontent au Moyen Âge, le système de santé français moderne est indissociable de la sécurité sociale et, plus particulièrement, de l'assurance maladie. Il s'est véritablement développé depuis 1945 et sa montée en charge s'est accélérée à partir des années soixante, avec la mise en œuvre d'un certain nombre de grandes réformes.

Cette synergie très forte entre le système de santé et la protection sociale permet aujourd'hui à la quasi-totalité des Français de bénéficier d'un accès à des soins de proximité et de qualité. Le système français est également l'un des plus généreux en termes de prise en charge, ce qui en fait un modèle souvent envié mais se paie au prix d'un poids important dans le produit intérieur brut (11 %). Cette montée en charge s'est faite aussi - et c'est là l'une des principales originalités du système de santé français - en préservant très largement la liberté de choix des patients et celle des différents acteurs. Les établissements de santé comptent ainsi à la fois des hôpitaux publics et des cliniques. Les patients ont le libre choix de leur médecin traitant et de leur établissement de santé. De même, les médecins libéraux ont la liberté d'installation, sont payés à l'acte et prescrivent librement. Les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé se règlent par le biais de conventions. Ce pragmatisme du système français - qui concilie couverture sociale et approche libérale - lui a permis de s'adapter à toutes les évolutions de ces dernières décennies et d'acquiescer au fil des ans de nombreux savoir faire.

Sans prétendre à l'exhaustivité, la présente brochure présente les grandes lignes de ce système original, qui se prépare aujourd'hui à relever de nouveaux défis.



*Ont contribué à cet ouvrage : le ministère de la santé (DGS, DSS, DGOS et DAEI),  
la CNAMTS, le RSI, la MSA, la FHF, la Mutualité française, l'EHESP  
et le ministère des affaires étrangères (direction de la mondialisation).  
Juillet 2010*



## CHAPITRE 1 :

# Historique du système de santé

Le système de santé français, tel qu'il est structuré aujourd'hui, est le fruit d'une longue évolution. Si son histoire suit celle des politiques sociales visant à couvrir le risque maladie, elle reste intimement liée au développement de l'hôpital et du secteur médical.

## I - L'émergence de l'organisation sanitaire

### *Des lieux de charité pour les indigents et les malades*

En Occident, l'organisation hospitalière n'émerge réellement qu'avec la diffusion du christianisme. En France, dès le milieu du VIII<sup>e</sup> siècle, des hospices jalonnent les itinéraires des grands pèlerinages : en plus d'accueillir les voyageurs, ces asiles abritent régulièrement les pauvres et les malades de la région. Entre le VI<sup>e</sup> et le VII<sup>e</sup> siècle, les fondations se multiplient : Arles, Lyon, Reims... Connus sous le nom de "Maison-Dieu" ou "Hôtel-Dieu", ces établissements sont gérés au Moyen-Âge par l'Église. Fondé en 651 par l'Évêque Saint-Landry, l'Hôtel-Dieu de Paris est alors le plus grand du royaume. À partir du XII<sup>e</sup> siècle, ils sont exclusivement tenus par des ordres hospitaliers, comme les Antonins - les chanoines hospitaliers de Saint-Antoine. En ces temps où la médecine reste peu avancée, ces établissements ont vocation à héberger les indigents malades et à écarter ainsi du reste de la population les personnes mourantes ou marginalisées. L'hôpital va longtemps garder cette fonction sociale avant de devenir un lieu de prise en charge sanitaire.

### *Une laïcisation progressive des hôpitaux*

Du XII<sup>e</sup> au XV<sup>e</sup> siècle, les hôtels-Dieu sont complétés par des fondations construites à l'initiative de grands seigneurs ou du roi. À la fin du Moyen-Âge, le pouvoir royal va se substituer à l'Église dans la gestion administrative des hôpitaux et créer aussi des établissements pour lutter contre la mendicité : la Salpêtrière, Bicêtre, Sainte-Anne, Saint-Louis. En plus d'enfermer les malades pendant les périodes d'épidémie, ces hôpitaux généraux remplissent une mission d'ordre public en internant les mendiants et autres auteurs de troubles. Avec l'ouverture des dépôts de mendicité en 1767, ils assumeront d'autres fonctions, dont la dispense de soins. Malgré leur salubrité toute relative, les hôtels-Dieu demeurent la structure la plus médicalisée. Au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux militaires rattachés aux places fortes deviennent des modèles pour les établissements civils qui se spécialisent de plus en plus. En parallèle et en réaction au mouvement de laïcisation du réseau hospitalier, les fondations privées et religieuses se multiplient et redoublent d'activité. Une multitude de structures fleurissent : hôpitaux, hospices, maisons de miséricorde, asiles... Des soins infirmiers y sont dispensés par des confréries comme les Filles de la Charité de Saint-Vincent de Paul.

## *L'État protecteur*

La Révolution Française de 1789 est à l'origine d'évolutions majeures. La plupart des institutions de l'Ancien Régime sont supprimées et les congrégations hospitalières interdites. Les établissements de soins sont nationalisés : les hôpitaux et les hospices sont administrés par les communes et les asiles d'aliénés prennent un statut départemental. Progressivement, l'hôpital devient un centre de formation médicale et contribue à l'avènement d'une médecine clinique. Ces changements permettent une homogénéisation des conditions d'enseignement et de l'exercice de la médecine sur le territoire national. Si la Révolution cristallise la nécessité de réformes et affirme la volonté de faire de la santé une affaire d'État, certains projets émanent de réflexions plus anciennes. La Commission des remèdes de la Société royale de médecine par exemple, préconisait la prise en charge collective des problèmes de salubrité publique. Et si le système en vigueur est décrié et en partie démantelé, beaucoup de réformes restent lettres mortes. En effet, les congrégations conservent leur suprématie sur les dispositifs de soins.

Les premiers établissements communaux de secours connus sous le nom de bureaux de bienfaisance ne sont créés qu'en 1796. Dans les grandes villes, ils s'appuieront sur les dispensaires pour offrir des soins gratuits aux plus pauvres. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'institution du Conseil général des hôpitaux et des hospices de Paris inaugure la première forme d'administration centrale des structures de soins et de charité. Il sera remplacé par l'Assistance publique en 1849.

## *L'État hygiéniste*

À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, les progrès de la médecine modifient la manière d'appréhender les maladies et induisent de nouveaux dispositifs de lutte contre les épidémies. La question de l'hygiène devient une préoccupation collective. L'État doit désormais veiller à la protection de la santé publique. Il crée ainsi les premières institutions, comme les règlements de police médicale, et met en place des législations importantes dont la loi du 15 février 1902 définissant le premier cadre d'actions pour les communes et les départements. La création du ministère de la santé en 1920 et la promulgation d'un Code de la santé publique sous le régime de Vichy confirmeront le rôle de l'État en la matière.

## *La socialisation de la demande des soins*

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, le développement du travail salarié et de l'industrialisation conduisent les États à garantir progressivement un revenu de remplacement en cas de

maladie. En 1893, la III<sup>e</sup> République garantit l'accès aux soins des plus démunis avec la loi d'assistance médicale gratuite. Elle autorise aussi la réapparition des sociétés de secours mutuels dissoutes par la loi Le Chapelier interdisant les corporations. En 1898, la loi sur les accidents du travail crée la couverture des risques professionnels. Devant les initiatives sociales de Bismarck et les pressions des mouvements ouvriers, la France généralise la couverture du risque maladie à l'ensemble des salariés avec les lois de 1928 et 1930 relatives aux assurances sociales obligatoires.

## II - Un système de santé solidaire

### L'avènement de la médecine libérale

À la veille de 1789, le corps médical est divisé en deux catégories : les chirurgiens et les apothicaires d'un côté, les docteurs en médecine de l'autre. Cependant, le recours à l'automédication, aux charlatans ou autres guérisseurs itinérants reste ordinaire, surtout dans les campagnes. Dès 1803, seuls les titulaires d'un diplôme officiel sont autorisés à exercer et la profession se scinde en deux corps : les docteurs en médecine et les officiers de santé. La différence de statut repose sur la durée des études et le lieu de pratique : les médecins sont plus qualifiés et exercent en ville, les officiers de santé suivent des études plus courtes et pratiquent en milieu rural. Cette médecine à double vitesse, source de concurrence et de conflit, disparaît avec la fusion des deux catégories et la création d'un statut professionnel en 1892. Le corps médical impose ainsi son monopole sur le marché des soins. Devant l'émergence des politiques d'assistance médicale gratuite et les tentatives de régulation de leur pratique, les médecins s'organisent afin de défendre leur autonomie et leurs intérêts matériels : liberté de refuser de soigner les démunis, libre choix du médecin, paiement à l'acte et non au forfait. Opposés depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à l'intégration au système collectif d'assurance maladie obligatoire, les syndicats se regroupent au sein de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et adoptent la Charte de la médecine libérale en 1927. Plus que la défense de leurs intérêts professionnels, ce texte décline les principes de l'identité collective des médecins libéraux. Ce mouvement se traduit également par la création de l'Ordre des médecins en 1940, qui fixe les règles de la profession. Forte de cette volonté d'indépendance, celle-ci parvient à sauvegarder ses acquis face aux pouvoirs publics et aux organismes de sécurité sociale mis en place au lendemain du deuxième conflit mondial.

### ***Un système de santé à vocation universelle***

Après 1945, un seul mot d'ordre en Europe : la santé pour tous. En France, le renforcement du système de protection se traduit par une extension du nombre des bénéficiaires et des risques couverts. En octobre 1945, l'institution du régime général de la sécurité sociale comprend une branche maladie pour l'ensemble des salariés du secteur privé du commerce et de l'industrie. À l'origine, celle-ci devait s'imposer comme modèle unique à l'ensemble des métiers, mais l'harmonisation n'a jamais abouti. Aujourd'hui, le système de santé français compte trois grands régimes d'assurance maladie obligatoire distincts et plusieurs régimes dits spéciaux<sup>1</sup>. Depuis 1945, des lois successives se sont greffées pour étendre le système de protection au plus grand nombre, notamment au bénéfice des plus démunis avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999.

### ***Service public hospitalier et planification sanitaire***

Le système hospitalier actuel est le résultat de mutations successives. En 1958, la réforme Debré crée les centres hospitalo-universitaires (CHU) et instaure la classification hiérarchique des hôpitaux publics. Les médecins hospitaliers à temps plein détiennent une triple compétence en étant à la fois praticien, enseignant et chercheur : on parle de Professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH). Ils justifient d'une double appartenance hospitalière et universitaire et l'hôpital s'impose alors comme un centre de soins, de recherche et d'enseignement. Ces praticiens peuvent également mener une activité libérale en parallèle. La loi du 31 décembre 1970 crée le service public hospitalier (SPH) qui s'appuie sur la mise en place d'une carte sanitaire découpée en secteurs et sur l'articulation des établissements de santé publics et privés. Cet effort de planification vise à donner davantage de cohérence au parc hospitalier français en termes de moyens, de spécialité et de répartition territoriale. Ainsi, par le biais d'une meilleure coordination des services de haute technicité et du nombre de lits, la coopération hospitalière permet de réaliser des économies, notamment pour les soins les plus onéreux en équipements lourds.

---

<sup>1</sup> - Voir chapitre assurance maladie

## *Une gestion territorialisée du système de santé*

La loi du 31 juillet 1991 annonce un tournant dans la planification sanitaire française : à partir de 1996, la gestion et l'organisation du système de santé s'effectuent à l'échelle régionale sous la gouverne des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) vient compléter la carte sanitaire pour mesurer et actualiser les besoins sanitaires d'un territoire. Dans le cadre du plan Hôpital 2007, l'organisation et la planification de l'offre de soins vont être profondément modifiées. Le Sros devient l'unique outil de planification régionale et la carte sanitaire est supprimée au profit d'un nouveau cadre réglementaire d'organisation des soins, le "territoire de santé". Ils sont redéfinis par chaque ARH au regard d'enjeux sanitaires, démographiques et politiques spécifiques. Désormais responsables de la délivrance des autorisations, les ARH pilotent de véritables projets de santé à l'échelle de leur territoire. Enfin, loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires affiche l'ambition de moderniser l'ensemble du système de santé en s'intéressant à quatre secteurs : l'hôpital, la répartition des médecins et l'accès aux soins de ville, les mesures de santé publique et la prévention, la coordination territoriale des dispositifs légaux avec la création des agences régionales de santé (ARS), qui remplacent les ARH à partir de 2010. Les ARS regroupent dans une même agence la gouvernance de l'ensemble des services de santé et étendent leurs compétences au secteur médicosocial.



## CHAPITRE 2 :

# Principes, organisation générale et gestion

## L'originalité du système de santé français

En France, les évolutions historiques du système de santé ont abouti à une forme d'organisation mixte reposant sur plusieurs principes fondamentaux. Inspiré du modèle corporatiste bismarckien, le système français prévoit des régimes sociaux liés à une activité professionnelle. Issu également de la conception universaliste de Beveridge qui défend l'idée d'un droit individuel à la protection, il a vocation à couvrir les risques de santé pour l'ensemble de la population. S'il vise à garantir les mêmes droits aux assurés sociaux, le système de santé français actuel n'est pas homogène.

D'une part, il distingue trois grands régimes d'assurance maladie, qui assurent la couverture des populations salariées et celle des non salariés agricoles ou travailleurs indépendants, actifs ou retraités et leurs ayants droits. D'autre part, il comprend plusieurs régimes dits "spéciaux" attachés à un nombre limité de professions. Conformément au principe de représentativité, chacun de ces régimes est géré par des représentants des populations qu'il assure. Enfin, les individus non actifs sont également couverts, parce qu'ils sont bénéficiaires de dispositifs d'assistance et de protection pour les plus démunis, soit parce que, faute d'une autre couverture en matière de santé en France, ils relèvent du régime général.

La généralisation de l'assurance maladie, notamment au profit des populations défavorisées, garantit l'accès aux soins du plus grand nombre. Par ailleurs, le fonctionnement global du système de santé repose sur le partage des compétences entre l'État et différentes entités compétentes. Si ces structures bénéficient d'une certaine autonomie de fonctionnement, le système demeure fortement régulé et encadré par l'État.

## I - Les principes d'un système pluraliste

### *La liberté de choix au sein du système de santé*

Le système de santé français s'appuie sur une organisation pluraliste de l'offre de soins. Celle-ci repose, en effet, sur la coexistence d'acteurs publics et privés, y compris dans le secteur hospitalier qui est composé de trois types d'établissement : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif, plus communément appelés en France, cliniques. La pluralité du système se traduit également par la garantie du statut des professions libérales de santé et l'existence d'une fonction publique hospitalière.

Le système respecte également la liberté de choix du patient. Conformément au principe de libre choix du médecin, tout individu est en mesure de sélectionner son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé ou la prestation médicale qui correspond le mieux à ses besoins et à ses préférences, dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Toutefois, afin d'améliorer le suivi des malades et la coordination des soins, la réforme de l'assurance maladie en 2004 a introduit la notion de **“parcours de soins coordonné”** du patient et l'obligation de choisir un médecin généraliste référent, le **“médecin traitant”**. À l'exception de certaines spécialités médicales, l'usager est incité à consulter d'abord son médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste. Libre à lui d'y aller directement, mais il sera alors remboursé par l'assurance maladie à un taux inférieur au taux habituel. En 2009, environ 85 % des Français ont identifié un médecin traitant.

La réforme de 2004 prévoit également la création du **“dossier médical personnel”** sous forme électronique. Il centralisera l'ensemble des informations de santé du patient et permettra ainsi aux différents prestataires de soins de connaître ses antécédents médicaux.

### *Le remboursement des dépenses de santé*

En France, la prise en charge des frais individuels de santé associe une part publique allouée par les caisses d'assurance maladie obligatoire et une autre part prise en charge par les mutuelles, les organismes de prévoyance et les assurances privées. L'une et l'autre interviennent conjointement sur les mêmes populations et les mêmes prestations médicales afin de garantir une couverture optimale.

En France, l'assurance maladie finance près de 75 % des dépenses de santé. Certains actes médicaux, comme ceux liés à la maternité, aux maladies “longues et coûteuses” ou aux accidents du travail, sont intégralement remboursés.

La gratuité totale de ces soins se traduit par le principe du **“tiers payant”** : le patient ne débourse rien et le professionnel de santé est directement remboursé par l'assurance maladie.

Les usagers contribuent également au financement des soins. Tout d'abord parce qu'une partie des soins reste partiellement couverte. Le **“ticket modérateur”** correspond à la part non remboursée qui reste à la charge du malade. Cela induit une participation financière de l'usager et vise notamment à le responsabiliser vis-à-vis de ses dépenses de soins. L'usager peut cependant couvrir tout ou partie du ticket modérateur en souscrivant

à une assurance maladie complémentaire à titre individuel ou, le plus souvent, en bénéficiant d'un contrat de complémentaire santé dans le cadre de son travail. Dans le même esprit de responsabilisation, les patients doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire de 1 euro pour les actes médicaux<sup>1</sup>, et lorsqu'ils séjournent à l'hôpital, ils payent un **“forfait journalier”**, à l'exception des séjours dits **“de longue durée”**.

### La carte Vitale

Chaque assuré est titulaire d'une carte confidentielle correspondant à son numéro d'immatriculation d'assuré social : la **carte Vitale**. Munie d'une puce électronique sécurisée, elle contient l'ensemble des droits de l'utilisateur au regard de l'assurance maladie. Ces informations ne peuvent être connues que par certains professionnels de santé. Grâce à une mise à jour régulière de la carte Vitale, l'assuré actualise ses droits et bénéficie ainsi d'une prise en charge optimale. Sur présentation de sa carte en consultation ou à l'achat d'un médicament en officine, il est garanti d'être remboursé sous cinq jours. Elle simplifie et accélère les démarches de l'utilisateur, comme l'envoi postal d'une feuille maladie à sa caisse. En plus d'activer instantanément les remboursements, elle permet de ne pas avancer la part prise en charge par l'assurance maladie en cas de tiers-payant, ainsi que la somme incombant à la complémentaire santé dans certains cas. Elle fonctionne dans l'ensemble des établissements de soins, des pharmacies ainsi que chez les médecins libéraux



### *La socialisation du risque maladie*

Le financement du système de santé français est largement mutualisé. Les organismes d'assurance maladie obligatoire sont financés avant tout par les cotisations sociales assises sur les salaires et par un impôt prélevé sur tous les revenus - y compris financiers -, la contribution sociale généralisée (CSG). Ce mode de financement obéit au principe du partage égal des contributions : l'organisme assureur perçoit une double cotisation du salarié et de l'employeur. Il repose également sur un principe de solidarité et de redistribution : chacun finance en fonction de ses revenus et non selon son profil de risque.

1 - Cf chapitre 8 sur l'assurance maladie p71

## II - Organisation et régulation du système de santé français

En France, le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics. Même si différents organismes et administrations participent à sa gestion, l'État reste garant de la cohérence des mécanismes de prise en charge et de redistribution. Les compétences en matière de santé publique et de régulation de l'offre de soins sont réparties en trois échelons institutionnels et territoriaux : l'État, l'assurance maladie<sup>2</sup> et le niveau local.

### L'État

Garant de l'amélioration de l'état de santé de la population, l'État joue un rôle primordial dans la planification et l'organisation de l'offre des biens et des prestations sanitaires. Il intervient directement dans le financement et la production des soins. Afin de répondre aux attentes et besoins de la population, il favorise une couverture homogène du territoire et une interaction efficace des différents acteurs du secteur. De manière directe ou par l'intermédiaire de structures spécialisées<sup>3</sup>, l'État assume un large éventail de responsabilités, parmi lesquelles :

- **La définition des politiques générales de santé publique** sur la prévention, la veille sanitaire ainsi que la lutte contre les maladies et les dépendances (tabac, drogues, alcool...);
- **L'organisation et la supervision** de l'ensemble du système de santé et des organismes de soins ;
- **La formation** des professionnels de santé et l'accréditation des établissements de santé ;
- **Le soutien financier** aux investissements des établissements de santé et la fixation de leurs dotations de fonctionnement ;
- **L'encadrement et la tutelle** des organismes d'assurance maladie (obligatoires et complémentaires).

---

2 - voir le chapitre sur l'assurance maladie p71

3 - voir le chapitre VII sur "Agences sanitaires", p63

Pour veiller au bon fonctionnement du système et à la qualité optimale des soins, l'État exerce également des contrôles à plusieurs niveaux : financement et allocation des ressources, industrie du médicament, respect des normes de qualité, relations médecins-patients... L'action régalienne s'effectue à deux niveaux distincts, celui du Parlement et du gouvernement.

### *Le rôle du Parlement*

Chaque année, le Parlement détermine le budget prévisionnel et les conditions de fonctionnement de la sécurité sociale par le vote de la **loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)**. Celle-ci définit **l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)**, les grandes orientations sanitaires et les modalités de mise en œuvre des nouvelles dispositions de fonctionnement et de régulation.

### *Le rôle du gouvernement*

Au niveau national, deux ministères principaux participent à la gestion de l'offre de soins : le ministère du travail et des relations sociales ainsi que le ministère de la santé. Ils interviennent par le biais de quatre directions administratives :

- **La direction générale de la santé (DGS)**, en charge des politiques de santé publique, de la veille et de la sécurité sanitaire ;
- **La direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, responsable de la gestion des ressources et des moyens du système ;
- **La direction de la sécurité sociale, en charge du financement, assure la tutelle des organismes de sécurité sociale (DSS) ;**
- **La direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** en 2010 - s'occupe des questions sanitaires et sociales spécifiques comme le handicap, les personnes âgées et les populations précaires.

Le ministère de la santé est compétent en matière de financement et de régulation. Il répartit les dépenses prévisionnelles et fixe les tarifs des prestations de santé. En plus d'élaborer des programmes nationaux dans des domaines sanitaires prioritaires, il définit une série des normes de fonctionnement comme le nombre annuel d'étudiants en médecine (*numerus clausus*) ou le taux d'équipement des hôpitaux en lit et en matériel onéreux.

Pour sa part, le ministère du budget est associé à toutes les décisions et aux mécanismes de contrôles relatifs à la maîtrise des coûts du système de santé.

Enfin, la Haute Autorité de santé<sup>4</sup> (HAS) a des missions liées à la qualité des services rendus. En plus de veiller au renforcement de la qualité des services de soins et à la maîtrise des dépenses de santé, elle favorise également la concertation entre les acteurs du système de santé et participe ainsi à la promotion des bonnes pratiques pour les professionnels et les usagers.

### ***Une tendance à la territorialisation...***

Depuis plusieurs années, l'organisation et la gestion du système tendent à se déconcentrer. Davantage de responsabilités sont aujourd'hui dévolues au niveau territorial et plus particulièrement à l'échelon de la région. Avant la mise en place de loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires en 2010, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) constituaient l'architecture institutionnelle assurant la mise en œuvre des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales ainsi que la gestion efficiente de l'offre de soins au niveau local.

---

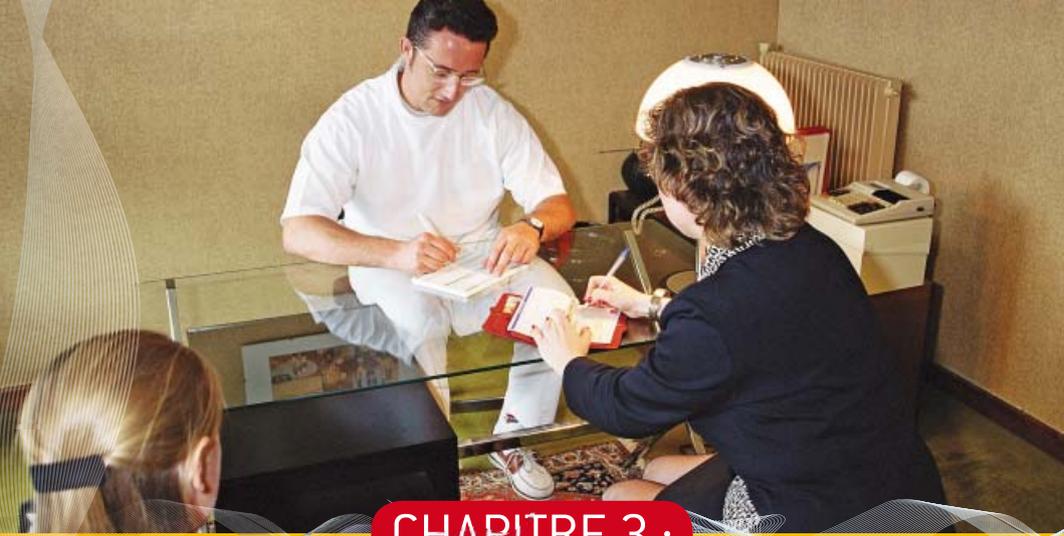
4 - Pour plus de précisions sur le rôle de la HAS, voir chapitre 7 relatif aux agences sanitaires p63

## FOCUS : Des ARH aux ARS

Depuis 2010, avec **les agences régionales de santé (ARS)**, qui remplacent les ARH, une nouvelle structure a vu le jour. En tant qu'autorités responsables du pilotage du système de santé en région, les ARS garantissent une organisation mieux ancrée dans les territoires avec un accompagnement plus efficace des professionnels de santé et une évaluation plus fine des besoins des patients.

Les ARS sont au nombre de 26 : une par région en France métropolitaine et quatre à l'Outre-mer. Elles rassemblent l'ensemble des acteurs du système de santé et les acteurs médico-sociaux d'une région donnée, afin d'accroître l'efficacité de l'offre de soins. Les objectifs sont de trois ordres : assurer une meilleure coordination des soins, veiller à une gestion plus cohérente des ressources et garantir un accès plus équilibré pour l'ensemble de la population. Leur champ de compétences est plus vaste que celui des ARH qui géraient l'hospitalisation publique et privée (schémas régionaux d'organisation sanitaire, politique régionale de soins hospitaliers spécifiant notamment le niveau de ressources des établissements de santé, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). En plus d'étendre ses attributions aux domaines de la médecine libérale et du secteur médico-social, la réforme donne aux ARS des prérogatives en matière de santé publique ainsi que la mission d'adapter les politiques de santé et de prévention à leur contexte régional.

Dans le même temps - dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP) - les Drass ont été absorbées par les ARS, tandis que les Ddass sont regroupées avec d'autres administrations sociales locales et deviennent, selon la taille du département, des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ou des directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).



## CHAPITRE 3 :

# Médecine de ville et professionnels de santé

Le système de santé français s'appuie à la fois sur des structures spécialisées et des compétences variées, avec des professionnels de santé et du secteur paramédical et social. Toutes disciplines médicales confondues, ils représentent près de 8 % de la population active française, soit 1,8 million de personnes. Les métiers de la santé se scindent en plusieurs catégories en fonction des spécialités médicales et du degré de formation. Le secteur de la santé fait également appel à des compétences apparentées au domaine médico-social et social. On distingue ainsi les professions de santé médicales des professions de santé paramédicales et assimilées qui contribuent également à la production de services sanitaires. Les premières regroupent les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes. Réglementés par le Code de santé publique (CSP), ces métiers évoluent dans un cadre législatif et conventionnel strict, afin de garantir la qualité et la sécurité des prestations médicales délivrées. L'encadrement vise également à garantir un accès aux soins homogène sur le territoire. Les professionnels de santé exercent à titre libéral ou comme salarié d'un établissement de soins ou d'autres structures nécessitant leur savoir-faire (organismes de sécurité sociale, médecine du travail, médecine scolaire...).

## I - Les professions médicales

Régis par le CSP, ces métiers exigent un diplôme d'État obtenu à l'issue d'études longues (10 ans en moyenne). La réglementation prévoit l'inscription sur une liste préfectorale, ainsi que la délivrance d'une carte professionnelle. Les effectifs de la profession sont retraits par un *numerus clausus* pour limiter l'entrée des étudiants en formation initiale de médecine. Par ailleurs, chaque spécialité est rattachée à un ordre professionnel chargé notamment du respect du code déontologique (inscrit au CSP), et de la régulation des rapports entre les professionnels. La violation du cadre réglementaire peut induire des sanctions pénales

et le non-respect de la morale professionnelle fixée par le code peut entraîner des procédures disciplinaires et aller jusqu'à l'interdiction définitive d'exercer.

### LE CADRE D'ACTIVITÉ ET LE MODE D'EXERCICE

Tableau n°4 : Répartition des médecins selon la spécialité et le mode d'exercice (France entière)

	Libéral	Mixte	Salarisé	Divers	Sans	Total 2009
Anatomie et cytologie-pathologiques	574	151	738	2	0	1465
Anesthésie-réanimation	2976	427	6280	6	3	9692
Biologie médicale	1034	128	1439	29	0	2630
Cardiologie et maladies vasculaires	2527	1588	1866	26	1	6008
Chirurgie de la face et du cou	1	2	2	0	0	5
Chirurgie générale	1051	686	1708	9	6	3460
Chirurgie infantile	24	43	162	0	1	230
Chirurgie maxillo-faciale	104	44	41	0	0	189
Chirurgie orthopédique et traumatologie	1199	609	796	2	1	2607
CPRE	436	209	77	0	0	722
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	85	54	162	0	0	301
Chirurgie urologique	457	198	208	0	0	863
Chirurgie vasculaire	229	106	132	0	0	467
Chirurgie viscérale et digestive	266	115	327	0	0	708
Dermatologie et vénéréologie	2402	800	578	13	2	3795
Endocrinologie et métabolisme	476	292	752	11	1	1532
Gastro-entérologie et hépatologie	1247	784	1272	11	0	3314
Génétique médicale	4	4	191	0	0	199
Gériatrie	35	31	725	0	0	791
Gynécologie médicale	1134	456	184	2	0	1776
Gynécologie médicale et obstétrique	1018	595	329	1	0	1943
Gynécologie-obstétrique	1139	834	1443	0	1	3417
Hématologie	9	6	259	3	0	277
Médecine du travail	27	17	5849	4	0	5897
Médecine générale	39321	5229	29657	957	40	75204
Médecine interne	210	246	1840	17	3	2316
Médecine nucléaire	155	77	316	1	0	549
Médecine physique et de réadaptation	380	169	1212	3	1	1765
Néphrologie	208	139	866	5	0	1218
Neuro-psychiatrie	71	45	62	2	0	180
Neurochirurgie	81	57	266	0	1	405
Neurologie	434	368	1116	9	0	1927
Onco-hématologie	4	2	11	0	0	17
Oncologie médicale	109	47	462	7	0	625
Ophthalmologie	3250	1399	697	8	0	5354
ORL	1356	871	574	3	1	2805
Pédiatrie	1745	917	3882	28	3	6575
Pneumologie	652	464	1445	9	1	2571
Psychiatrie	3359	2068	6187	14	3	11631
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	327	227	621	1	3	1179
Radiodiagnostic et imagerie médicale	3941	1245	2082	3	5	7276
Radiodiagnostic et radiothérapie	60	12	14	0	0	86
Radiothérapie et onco-radiothérapie	221	119	329	0	0	669
Réanimation médicale	4	2	120	0	0	126
Recherche médicale	0	0	11	3	0	14
Rhumatologie	1198	580	694	19	3	2494
Santé publique et médecine sociale	17	9	1521	34	1	1582
Spécialité médecine générale	19787	2037	1613	5	0	23442
Stomatologie	618	304	112	1	1	1036

Tableau extrait de l'Atlas 2009 de la démographie médicale, Conseil de l'Ordre des médecins.

## A - Les médecins

### Généralistes et spécialistes

On distingue ici les docteurs en médecine qui exercent la médecine générale ou de spécialité d'une part, et les spécialistes en chirurgie générale ou de spécialité d'autre part. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 216 017<sup>1</sup> médecins en activité sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins : 209 143 en métropole, 6 060 dans les départements et territoires d'Outre-mer (Dom-Tom) et 814 résident à l'étranger. Depuis les années 1990, les effectifs augmentent de 2 % par an en moyenne. La profession compte parmi ses membres 9 631 médecins de nationalité européenne et extra-européenne généralement, installés en Ile-de-France ou dans les régions frontalières.

La médecine de ville, également appelée "ambulatoire", compte à la fois des généralistes et des spécialistes. En représentant près de 60 % des praticiens en activité, ils assurent une part abondante de l'offre de soins globale. Ils exercent en cabinet, seul ou en groupe, et sont rémunérés à l'acte dans le cadre de conventions conclues entre les organisations syndicales de la profession et la caisse nationale d'assurance maladie. Les médecins libéraux à mode d'exercice particulier (MEP) dispensent des prestations supplémentaires comme l'acupuncture ou l'homéopathie, ou exercent plusieurs disciplines. Ils sont près de 6 700 en France et se concentrent surtout en région parisienne.

Parmi les 95 000 médecins salariés, près de 90 % travaillent dans le secteur public. Les praticiens hospitaliers à temps plein ou partiel sont des agents publics recrutés sur concours nationaux, mais ils peuvent également être recrutés par voie contractuelle.

L'hôpital public autorise ses médecins à exercer une partie de leur activité à titre libéral au sein même de l'établissement : c'est le cas d'un tiers d'entre eux. Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), les praticiens ont un double statut pour assurer leur mission d'enseignement et de recherche. Dans le secteur privé, on compte environ 4 400 médecins dans les cliniques et près de 10 900 praticiens dans les établissements privés à but non lucratif. Sous contrats privés, ils sont rémunérés conformément aux conventions collectives applicables dans chaque établissement.

---

1 - l'Atlas 2009 de la démographie médicale en France, (Conseil de l'Ordre des médecins).

### L'exercice libéral de la médecine

Avec le développement des caisses d'assurance maladie obligatoire dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, les médecins s'organisent pour défendre l'autonomie de la profession et adoptent la Charte de la médecine libérale en 1927. Attachés à leur statut de travailleurs indépendants, ils refusent alors l'ingérence des pouvoirs publics et le fait d'être sous tutelle de l'assurance maladie. La Charte repose sur un socle de principes, qui garantie à la fois les intérêts économiques de la profession et la liberté des patients dans le choix de l'offre de soins :

- Le libre choix du lieu d'installation par le praticien ;
- Le respect absolu du secret professionnel ;
- Le libre choix du praticien par le patient ;
- La liberté de prescription ;
- La libre entente entre le médecin et le patient sur le montant des honoraires ;
- La rémunération à l'acte et le paiement direct par le patient (absence du tiers payant pour les soins de ville) ;
- Le contrôle déontologique et professionnel des médecins par les organismes professionnels et non par les caisses d'assurance-maladie ;
- La représentation des syndicats de médecins au sein des caisses d'assurance maladie.

Ces principes sont toujours d'actualité malgré les réformes successives pour encadrer la pratique de la médecine libérale. Les évolutions concernent essentiellement le libre choix du patient avec l'instauration du médecin traitant et le montant des honoraires des praticiens avec la création de tarifs conventionnés. En revanche, le paiement à l'acte demeure un principe fort car il participe à la qualité de soins. En effet, si la prestation médicale est inadaptée ou peu satisfaisante, le patient est libre de choisir un autre médecin traitant ou d'aller consulter un autre praticien.

Par ailleurs, la liberté de prescription n'est pas totale dans les faits. En plus de se conformer aux limites posées par la loi, la prescription obéit au code déontologique de la profession qui appelle au devoir d'assistance morale du médecin et leur demande de prescrire uniquement ce qui est nécessaire à la qualité, à l'efficacité et à la sécurité des soins. Pour des raisons économiques, les médecins sont incités à privilégier les médicaments génériques. Chaque année, les médecins reçoivent leur profil personnalisé des prescriptions qui permet un retour d'information sur les pratiques et des comparaisons. Ce document recense l'ensemble de leurs prescriptions (médicaments génériques, arrêts de travail...) et les situe sur une moyenne départementale. Si un médecin semble avoir un écart anormal à la

moyenne, un médecin conseil de la Cpm pourra examiner plus précisément ses pratiques. S'ils sont libres de s'installer selon leurs préférences, des formules de regroupement (maisons de santé) cherchent à inciter les praticiens à s'installer dans les zones défavorisées ou isolées, afin de garantir un accès pour tous aux soins ambulatoires.

### Les chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes ont leur propre ordre professionnel et obéissent au code de déontologie dentaire. Le cycle de formation s'effectue sur une période de six à huit ans en unité de formation et de recherche (UFR) d'ontologie. Avec 40 000 praticiens, la France compte environ 65 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Si la profession exerce essentiellement à titre libéral, près de 8 % des praticiens sont salariés en établissements de soins où ils peuvent notamment pratiquer des opérations dentaires lourdes.

### Les sages-femmes

Titulaires d'un diplôme d'État délivré par l'UFR de médecine, les sages-femmes participent activement aux actions de prévention et aux examens nécessaires au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. En cas de pathologie ou d'accouchement anormal, elles sont assistées d'un médecin. En France, on compte actuellement plus de 18 000 sages-femmes. Environ 80 % d'entre-elles sont salariées en établissements de soins et 12 % exercent en statut libéral dans un cabinet ou en groupe.

---

## NOUVEAUX DISPOSITIFS

---

### Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné

*Depuis 2005, tout assuré de 16 ans et plus est incité à choisir un médecin traitant pour la consultation de premier recours, généraliste ou spécialiste. Dans les faits, le choix s'oriente vers le généraliste qui dispense les soins de première intention. En plus d'établir une relation durable et un rapport de confiance avec le patient, ce dispositif permet la mise en place d'un parcours de soins coordonné : après la première consultation, le médecin traitant oriente - si nécessaire - le malade vers un spécialiste. Des sanctions financières sont appliquées aux assurés en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins et lorsqu'ils n'ont pas choisi de médecin traitant.*

*Grâce à une meilleure diffusion de l'information et une coordination renforcée entre les*

différents praticiens, le patient évite la multiplication inutile d'examens de santé comme les prises de sang et les radiographies. Ce système permet également de lutter contre l'accumulation d'ordonnances et d'éviter le risque d'interactions médicamenteuses néfastes pour la santé du malade. Le dispositif du parcours de soins permet de responsabiliser le patient dans sa consommation de soins et de coordonner les acteurs de santé dans leurs prescriptions. À terme, il devrait contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. En dehors du parcours de soins coordonné, l'assuré n'est pas remboursé intégralement par l'assurance-maladie. En revanche, pour certaines spécialités comme la gynécologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie ou la psychiatrie, la consultation directe du praticien n'est pas pénalisée financièrement. Il en va de même pour les situations d'urgence et d'éloignement géographique. Le dispositif de médecin traitant s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux (38 millions de personnes) et des médecins libéraux, soit près de 114 000 professionnels de santé, dont 53 000 spécialistes.

### Les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi)

Depuis le mois de juin 2009, les médecins peuvent souscrire à un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (le Capi). Ce dispositif s'inscrit dans le programme d'évolution des pratiques et d'amélioration de la qualité des soins. En s'engageant dans cette démarche, le médecin bénéficie d'un suivi régulier d'activité (indicateurs mensuels liés au médicament et trimestriels pour l'ensemble des objectifs), de données accessibles via un compte individuel en ligne, une aide pour la sensibilisation des patients sur des thèmes nationaux de prévention (diabète, cancer...). En retour, le médecin reçoit une rémunération annuelle complémentaire qui prend en compte le taux de réalisation de ses objectifs, la progression de ses pratiques, ainsi que le nombre de patients suivis, soit une somme compensatoire d'une fourchette de 2 000 à 7 000 euros. À la fin de 2009, 12 600 médecins avaient déjà adhéré au Capi, soit 30 % des professionnels de santé concernés par ce programme d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

## B - Une profession fortement encadrée

### La formation

En France, le nombre de médecins en formation est fixé par un quota annuel connu sous le nom de *numerus clausus*. Il est fixé chaque année par arrêté ministériel et évolue en fonction des besoins de santé de la population. Il est réparti entre les différentes unités de formation et de recherche en médecine (UFR). Sur l'ensemble des universités françaises en 2009,

7 400 étudiants étaient autorisés à poursuivre leurs études à l'issue des épreuves en fin de première année de premier cycle. Ces premiers examens sont éliminatoires et ne peuvent être passés que deux fois. Les études de médecine se déclinent en trois cycles et durent en général dix ans. À l'issue du concours d'internat en fin de deuxième cycle, les étudiants choisissent leurs disciplines en fonction de leur classement et de leurs préférences : les généralistes suivent un dernier cycle de trois ans, les spécialistes un cycle de cinq ans en moyenne. Depuis 2002, tous les médecins (libéraux, salariés, hospitaliers) sont obligés de suivre une formation médicale continue, appelée développement professionnel continu (DPC), afin d'entretenir leurs savoir-faire et d'actualiser leurs connaissances sur les pratiques thérapeutiques nouvelles et les techniques innovantes. Cela se traduit par l'abonnement à des revues spécialisées, la présence à des conférences et des congrès et par le suivi de formations professionnelles. Par ailleurs, les praticiens sont soumis à une évaluation tous les cinq ans, dont les critères sont élaborés conjointement par la Haute Autorité de santé (HAS) et les organismes professionnels de chaque spécialité.

### Les conventions médicales

Le financement des soins de ville (honoraires, prescription de médicaments et autres services médicaux, indemnisation d'arrêts de travail) représente 47 %<sup>2</sup> des dépenses d'assurance maladie. Dans le respect des principes libéraux, l'État a progressivement mis en place des dispositifs pour encadrer ces dépenses, dans une logique d'usage maîtrisé des ressources nationales de santé et une exigence de qualité des soins. Les rapports entre les caisses d'assurance maladie et chaque profession participant au service public de santé obéissent à un système conventionnel. Conclues pour une durée de cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladies (Uncam) et les organisations syndicales des professions médicales, elles déterminent notamment les honoraires des actes médicaux et les compensations financières des médecins, les modalités de financement des actions de formation obligatoire et les particularités du parcours de soins.

Depuis 2004, l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) est chargé des négociations avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Par ailleurs, les Unions des médecins exerçant à titre libéral (Urmel) contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé en liaison avec la Haute Autorité de santé (HAS).

---

2 - Tiré des "Chiffres & repères 2008" de l'assurance maladie

## Les secteurs tarifaires

- **Le secteur à honoraires opposables dit "secteur 1"** : le médecin conventionné s'engage à respecter le tarif réglementaire (en 2011, 23 euros pour les généralistes et 27 euros pour les spécialistes) et il s'interdit tout dépassement d'honoraires. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie financent près des deux tiers de leurs cotisations sociales et, dans le cadre du parcours de soins coordonné, remboursent le patient à hauteur de 70 % (hors ALD et autres cas particuliers). Les trois quarts des médecins sont en secteur 1, dont 91 % des généralistes et 62 % des spécialistes.
- **Le secteur à honoraires différents dit "secteur 2"** : le médecin conventionné pratique des tarifs libres. Ce choix est souvent celui d'anciens médecins d'établissements de soins lors d'une première installation à titre libéral. L'assurance maladie ne rembourse le patient que sur la base du tarif conventionnel. Ce secteur regroupe notamment 38 % des spécialistes.
- **Le secteur hors convention dit "secteur 3"** : le médecin exerce hors convention. L'assurance-maladie base son remboursement sur un tarif dit "d'autorité" et variable selon la nature des soins (moins de 1 euro pour les consultations et 16 % du tarif opposable pour les actes techniques).
- **Le secteur optionnel** : cette nouvelle catégorie de tarification - réservée aux médecins conventionnés - vise à associer dans un même secteur des tarifs libres et conventionnés. Le praticien pourrait facturer 30 % de ses actes au tarif de la sécurité sociale et 70 % en honoraires libres (sous certains plafonds). Ce secteur est tout récent car le protocole d'accord tripartite entre l'Uncam, l'Unocam et la CSMF a été signé en octobre 2009.

## La répartition territoriale

En termes de densité médicale, la France demeure dans la moyenne européenne avec 290,3 praticiens par 100 000 habitants en 2009. Conformément au principe de libre installation des médecins libéraux, la répartition géographique des praticiens n'est pas encadrée par les pouvoirs publics et, depuis quelque temps, la France accuse une baisse de la densité médicale dans certaines zones isolées ou défavorisées.

Malgré l'assouplissement continu du *numerus clausus* et la mise en œuvre de mesures incitatives pour encourager leur installation dans des régions identifiées, les inégalités persistent et risquent de se creuser dans les années à venir. Afin d'assurer une veille permanente sur l'évolution de la population médicale et procéder à des études projectives, l'État a créé l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Les modèles de projection actuels se sont beaucoup sophistiqués afin

d'associer une multiplicité de paramètres. Ils incluent la progression de la demande de soins avec le vieillissement de la population française et les départs en retraite de praticiens issus de la génération du baby-boom. Ils intègrent également l'évolution des comportements du corps médical avec la féminisation de la profession, la réduction du temps de travail, ainsi que la désaffection pour certaines localisations et spécialités médicales. Ces études prennent également en compte les nouvelles compétences et les progrès technologiques. Pour apporter une réponse concrète à ce déséquilibre géographique, l'État incite les professionnels de santé à se regrouper ou à participer à la création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dans les zones isolées, ainsi que de maisons médicales de garde pour garantir la permanence des soins. La loi HPST doit aller plus loin : les médecins exerçant en zone excédentaire devront apporter leur soutien aux praticiens des zones en sous densité médicale et ce, sous peine d'une redevance.

## II - Les professions paramédicales et assimilées

À côté des professions de santé, le personnel soignant participe activement à la prise en charge des malades. La plupart de ces professions sont soumises au CSP et peuvent avoir un ordre professionnel, comme c'est le cas pour les infirmiers.

### *A - Les professions paramédicales réglementées*

#### **Les soins infirmiers**

Depuis les années 70, le nombre d'infirmiers a augmenté de manière continue et plus particulièrement ces dernières années avec l'assouplissement des quotas (30 000 en 2004). On compte aujourd'hui près de 480 000 infirmiers. La profession est largement féminisée et travaille très majoritairement (près de 90 %) comme salarié en milieu hospitalier. Le métier est très diversifié et compte une filière générale et trois spécialités :

le bloc opératoire pour seconder le chirurgien (6 500), l'anesthésie pour la sécurité du matériel et de l'opération chirurgicale (7 500) et la puériculture en faveur du développement des jeunes enfants (14 000). Au service de la personne soignée, l'infirmière accompagne les malades et participe à leur prise en charge avec un grand nombre d'intervenants sanitaires et sociaux.

### **Les autres métiers réglementés**

Intervenant généralement en milieu hospitalier, les professionnels du secteur de l'imagerie médicale - comme la radiologie, la scanographie ou l'IRM - ou participant à des traitements de radiothérapie sont placés sous la responsabilité d'un médecin et exercent sur prescription médicale. Les métiers de la rééducation et de la réadaptation sont très variés : le masseur kinésithérapeute intervient dans la rééducation fonctionnelle ; l'orthophoniste corrige les troubles de communication écrite et orale ; le podologue traite les affections orthopédiques ; l'opticien lunetier conçoit et vend des lunettes et les fournitures associées. L'exercice de ces professions nécessite un diplôme délivré par un institut agréé par l'État. Ces soins sont soumis à une prescription médicale.

### ***B - Les autres professions***

À côté de ces métiers traditionnels, d'autres professions interviennent dans la prise en charge des patients.

### **L'aide psychique et l'éducation**

Les psychologues mènent des actions préventives ou curatives en faveur des personnes victimes de troubles mentaux. En plus d'exercer à titre indépendant, ils interviennent dans différentes structures : hôpital, établissement scolaire ou lieu du travail. D'autres métiers, comme les éducateurs spécialisés ou les animateurs, sont sollicités dans le cadre du bien-être psychique ou de l'insertion sociale des individus.

### **Les métiers de laboratoire**

Les soins médico-techniques sont assurés par des techniciens en analyses biomédicales. Ces examens biologiques sont nécessaires pour établir des diagnostics ou s'assurer de la non toxicité d'un traitement. En officine et en hôpital, les préparateurs en pharmacie jouent également un rôle important : ils élaborent les préparations médicamenteuses

prescrites par le médecin, délivrent les médicaments et veillent au respect de la posologie indiquée sur l'ordonnance.

Ses champs d'intervention sont variés : si 8 % des diététiciens exercent en cabinet et collaborent avec des médecins, d'autres professionnels travaillent avec des chercheurs en institut de recherche ou dans l'industrie pharmaceutique, tandis que certains interviennent en milieu hospitalier ou en restauration collective.

### Les auxiliaires du personnel infirmier

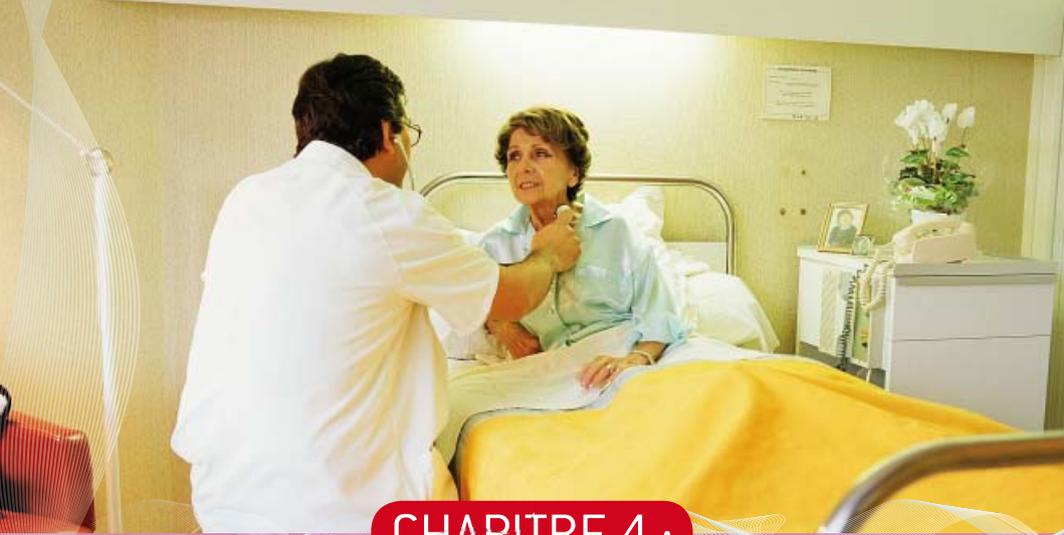
Sous la responsabilité d'un infirmier, l'aide-soignant accompagne les personnes dépendantes dans leurs activités quotidiennes (hygiène et confort) et assure des soins pour garantir l'autonomie des patients. Ils sont plus de 456 000 en France et interviennent en milieu hospitalier, à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que dans le secteur social. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, l'aide-soignant participe aux soins préventifs, curatifs et palliatifs. Aujourd'hui, il est amené à intervenir de plus en plus auprès des personnes âgées. Dans les établissements de soins et les structures médico-sociales, les agents de services hospitaliers qualifiés (ASHQ) s'occupent de l'hygiène et de l'entretien des locaux et du matériel. Ils contribuent également au confort des patients pendant leur séjour et assistent l'aide-soignant si nécessaire.

### Le transport sanitaire

L'ambulancier est chargé de transporter les malades ou les blessés pour la réalisation de soins et de diagnostics. Ces trajets se font sur prescription médicale ou sur la demande des services de secours. En cas de soins d'urgence, l'ambulancier assiste les intervenants de l'aide médicale urgente et transmet des informations relatives au malade aux services hospitaliers. Il peut exercer dans le secteur privé commercial, associatif (la Croix-Rouge) ou pour le service public hospitalier.

### L'appareillage médical

En fonction des zones corporelles affectées, plusieurs spécialistes interviennent afin de concevoir et d'appareiller les prothèses des patients : l'oculariste intervient au niveau du globe oculaire, le prothésiste dentaire conçoit les prothèses dentaires commandées par le chirurgien-dentiste, l'orthoprothésiste prend en charge les patients amputés. L'ensemble de ces soins est également dispensé aux personnes handicapées.



## CHAPITRE 4 :

# Les établissements de soins

# I - Le système hospitalier

## A - Le service public hospitalier

Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'hôpital a d'abord une vocation sociale - recueil des indigents - avant de devenir une institution de santé et de recherche. Plusieurs réformes ont mis en place les principes de fonctionnement du système hospitalier contemporain.

La loi du 31 décembre 1970 définit la notion de service public hospitalier (SPH) autour des grands principes suivants : égalité d'accès et de traitement, continuité des soins, obligation d'adaptabilité afin d'assurer une qualité des soins optimale sur l'ensemble du territoire.

La loi du 31 juillet 1991 instaure le principe d'unicité du système hospitalier en attribuant à l'ensemble des établissements de soins, publics comme privés non lucratif, des missions d'intérêt général communes. Elles sont de quatre ordres : soins, information du patient, mission de santé publique, ainsi que l'évaluation et l'analyse de l'activité. En plus de dispenser des soins préventifs, curatifs et palliatifs (soulager la douleur), l'hôpital veille à la prise en charge continue du patient à l'issue d'une admission ou d'un séjour en établissement. Par ailleurs, le SPH participe à l'enseignement universitaire, à la formation continue des professionnels de santé, ainsi qu'à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique.

Pour favoriser une organisation plus cohérente de l'offre de soins, la loi HPST a supprimé la catégorie d'établissement participant au service public hospitalier (PSPH). Tout établissement privé peut désormais se voir confier des missions de service public (sur la base du volontariat par l'ARS, voire par obligation) et bénéficie alors d'un nouveau statut unique, celui d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). La distinction entre le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif perdure.

## B - Les missions de l'hôpital

### L'accès aux soins

Aujourd'hui, l'hôpital prend en charge tous les malades sans aucune discrimination de race, de sexe ou de niveau de richesse. En situation d'urgence, toute personne démunie - dépourvue de pièces d'identité ou d'attestation de couverture maladie - sera prise en charge si son état de santé l'exige. L'accueil est assuré 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année.

### La prévention

En accueillant plusieurs millions de personnes par an - malades ou visiteurs - l'hôpital est aussi le lieu de référence pour dépister des maladies. De fait, l'hôpital joue un rôle majeur dans la prévention et informe au quotidien différents publics - patients, visiteurs et professionnels. Par la mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux locaux, il contribue à la mise en place de mesures préventives et curatives dans différents domaines : obésité, alcoolisme, tabagisme, sécurité routière... À l'intérieur comme à l'extérieur des établissements, de nombreuses actions de promotion de la santé sont ainsi menées afin de sensibiliser et d'éduquer les patients.

### La continuité des soins

Conformément au Code de la santé publique, les établissements participant au service public hospitalier accueillent jour et nuit de nouveaux patients grâce à des services combinés. À l'hôpital, cette mission est dévolue au service des urgences et aux dispositifs de permanence de soins assurés par des médecins et des équipes médicales en astreinte. En cas de saturation, le patient est dirigé vers un établissement voisin, grâce à la mise en réseau des structures hospitalières d'un même territoire. Par ailleurs, un service minimum est toujours assuré en cas de grève du personnel.

### La qualité des soins

La qualité des soins obéit à la logique d'amélioration continue du service rendu au patient et de la performance de l'établissement. Chaque établissement s'engage dans une démarche de qualité et respecte ainsi un corpus de normes en termes de matériel, de qualification du personnel, d'organisation des soins et d'accueil des patients. Au-delà des enjeux de santé publique, ces démarches invitent l'établissement à optimiser son organisation et à respecter ses objectifs financiers. Effectuée par des experts indépendants, l'évaluation du fonctionnement et des pratiques vise à contrôler le niveau de sécurité et la qualité des soins. Ainsi depuis une dizaine d'années, chaque hôpital est engagé dans un processus d'accréditation délivrée par la Haute Autorité de santé (HAS).

### L'enseignement universitaire et la formation continue

En coopération avec les facultés de médecine, les 29 centres hospitaliers universitaires (CHU) participent à l'enseignement public médical, pharmaceutique et odontologique, ainsi qu'à la formation post universitaire (enseignement professionnel spécialisé du

médecin diplômé). La formation initiale des médecins suit trois cycles avec plusieurs stages cliniques et le concours de l'internat pour choisir une discipline de spécialisation. Les CHU contribuent également à la formation continue du personnel de la fonction publique hospitalière (FHP) et des professionnels de santé non médecins (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, préparateurs en pharmacie...).

Par ailleurs, les praticiens hospitaliers et libéraux sont tenus par la loi de suivre une formation individuelle continue. Plus qu'une obligation déontologique, cette dernière permet d'entretenir les savoir-faire, d'acquérir de nouvelles connaissances et de s'adapter à l'évolution des techniques de soins.

### La recherche

En plus d'être un lieu d'enseignement et de formation, l'hôpital participe activement à la recherche médicale, dentaire et pharmaceutique. En matière d'innovation thérapeutique et d'essais sur la personne, les CHU s'appuient sur l'expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et bénéficient d'un réseau pluridisciplinaire reconnu : délégations et centres de recherche clinique, partenariats avec des instituts spécialisés, coopération avec des équipes de l'Inserm et du Centre national de la recherche scientifique (CNRS). En tant que lieu stratégique du progrès médical, l'hôpital est devenu un interlocuteur incontournable des acteurs de l'industrie pharmaceutique et biomédicale.

## II - le secteur hospitalier français

Le secteur hospitalier<sup>1</sup> se compose de 2 877 établissements de santé avec une capacité d'environ 448 500 lits d'hospitalisation à temps complet et près de 53 000 places réservées aux patients pris en charge de manière ponctuelle. Le secteur hospitalier se scinde en trois catégories : les établissements publics, les établissements à but non lucratif et les établissements commerciaux connus sous le nom de "cliniques".

---

1 - Tiré de *L'hospitalisation et l'organisation des soins en France (2006)*.

Partage du champ selon :		Établissements de santé (1)					
la catégorie d'établissement	Établissements publics de santé (2)			Établissements de santé privés (3)			
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Centres hospitaliers généraux (CH)	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)	Autres établissements (5)	Établissements antérieurement financés par dotation globale	Autres établissements privés (4)
						Établissements de soins de courte durée	
						Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	
						Établissements de lutte contre les maladies mentales (6)	
						Établissements de soins de suite et de réadaptation (7)	
						Établissements de soins de longue durée	
						Établissements d'hospitalisation à domicile	
						Établissements de dialyse	
						Établissements de radiothérapie	
le statut						Secteur public	
les modalités de financement	Secteur non lucratif			Secteur lucratif			
	Objetif des dépenses relatives aux activités MCO (ODMCO) Financement à l'activité (8)						
	Dotation annuelle complémentaire provisoire (DAC) (9)						
	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) / Dotations spécifiques						
	Objetif des dépenses d'assurance-maladie (ODAM) relatives aux activités de SSR et de psychiatrie (10)			Objetif quantifié national (OQN) relatif aux activités de SSR et de psychiatrie			
Dotation annuelle de financement (DAF)							

Champ : France entière.  
Source : ministère de la Santé - DCOS - Avril 2008

## A - Établissements publics de santé

Les 1 006 établissements publics de santé (EPS) regroupent environ 65 % des lits en hôpitaux (291 483 lits) et de la prise en charge ambulatoire (32 626 places). Personnes morales de droit public, les hôpitaux publics assurent une mission d'intérêt général et sont rattachés à une collectivité territoriale, à la commune le plus généralement. S'ils bénéficient d'une autonomie de gestion juridique et financière, ils demeurent sous le contrôle de l'État et doivent notamment respecter le Code des marchés publics.

Le secteur public regroupe des établissements exerçant dans le domaine sanitaire (hôpitaux), social (maisons de retraites) et médico-social (centres d'accueil spécialisés). Sous la dénomination générique "d'hôpital public", on distingue deux catégories principales d'EPS : les centres hospitaliers régionaux (CHR) d'une part, les centres hospitaliers (CH) et les hôpitaux locaux d'autre part. Ils sont financés de manière identique, mais leurs missions et leur périmètre d'action diffèrent.

### Les centres hospitaliers régionaux (CHR) : 31 établissements

Centre hospitalier à vocation régionale, le CHR dispense un ensemble de soins spécialisés grâce à un plateau technique performant (personnel spécialisé et appareillages de chirurgie,

d'imagerie...). En plus d'assurer les soins courants de la population locale, il fait fonction de recours pour les autres établissements de la région. Avec plus de 200 sites hospitaliers, près de 3 000 services ou départements, une capacité de 80 000 lits et environ 7 000 places en ambulatoire, les CHR représentent 35 % de l'activité du secteur public hospitalier français. Sous convention avec une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR), la plupart des CHR ont le statut de centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Ils assurent ainsi une triple mission : prise en charge des malades, enseignement et recherche. Les 29 CHRU sont généralement implantés dans des agglomérations (Paris, Lyon, Strasbourg, Marseille...) ou dans des grandes villes (Nantes, Grenoble, Rennes, Saint-Étienne...).

### **Les centres hospitaliers généraux (CH ou CHG) : 611 établissements**

Les CH représentent plus de la moitié des lits d'hospitalisation (160 000 lits) et la majorité de la prise en charge de jour du secteur public avec 11 500 places de jour. Hôpital pivot d'un territoire, en charge de la population locale, il établit des diagnostics et dispense une série des soins liés à des affections aiguës en médecine, en obstétrique et en chirurgie. À la suite d'un séjour hospitalier, il assure les soins de suite et de réadaptation (SSR) et de longue durée. Parmi les CH, 91 structures sont spécialisées en psychiatrie (CHS). Les 520 autres établissements assurent des activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

### **Les hôpitaux locaux (HL) : 346 établissements**

Les hôpitaux locaux représentent un tiers du parc hospitalier et environ 4 % des lits du secteur public avec 21 600 lits. Généralement situés dans des communes rurales, ils dispensent des soins de médecine de courte durée et de proximité. Ils correspondent au premier niveau de prise en charge hospitalière et sont également spécialisés dans les activités de moyens et de longs séjours comme les SSR, la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les dispositifs d'aide à domicile.

## ***B - Établissements privés***

En 2006, le secteur hospitalier privé compte près de 1 871 établissements, exploitant près de 157 000 lits et 20 500 places de jour. Parmi les établissements privés, on distingue ceux à vocation lucrative (les cliniques) d'une part, et ceux sans visée commerciale et participant généralement au service public hospitalier d'autre part.

### **Les établissements privés à but lucratif : 1 067 cliniques**

Ces établissements comptent 94 000 lits et près de 11 000 places de jour. Sociétés commerciales avec des capitaux propres et soumises à un régime juridique de droit privé, ces cliniques sont souvent des groupements d'intérêt économique (GIE) ou appartiennent à des groupes comptant plusieurs établissements. Les praticiens y exercent une activité libérale. Dans la mesure où elles doivent répondre aux objectifs sanitaires d'un territoire, les cliniques sont également soumises au système d'autorisation préalable des pouvoirs publics (création, extension, équipements lourds...). Dans les cliniques privées conventionnées, le patient est remboursé aux taux normaux. Dans les établissements non conventionnés en revanche, il peut être remboursé à un taux inférieur.

### **Les établissements privés à but non lucratif : 804 structures**

Les établissements privés à but non lucratif représentent 51 000 lits et 7 750 places de jour. Dotés de compétences transversales dans les domaines sanitaire, social et médico-social, ils assurent une prise en charge globale des malades. Généralement administrés par des associations, sociétés mutualistes ou fondations, ces établissements bénéficient d'une autonomie de gestion. Ils suivent néanmoins un mode de financement semblable aux hôpitaux publics et obéissent aux mêmes obligations de prise en charge des patients. En plus des structures de soins à domicile (SSIAD) ou d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad), le secteur privé non lucratif assure une grande partie de l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD).

Plus des deux tiers de ces entités participent au SPH (565 contre 239), dont vingt centres régionaux de lutte contre le cancer (CLCC) répartis sur tout le territoire français (3 000 lits). Outre leur mission de recherche et d'enseignement, ces centres jouent un rôle essentiel dans la lutte contre le cancer et contribuent à améliorer la prise en charge des malades.

## *C - Établissements spécialisés et alternatives à l'hospitalisation*

### **Les soins psychiatriques**

La prise en charge des malades atteints de troubles mentaux ou de souffrances psychiques requiert des structures d'accueil et de soins spécialisées. Le dispositif psychiatrique public est organisé en secteurs psychiatriques afin d'assurer une prise en charge en établissement ou à domicile, adaptée aux besoins des différents profils de patients : adultes, personnes

en centre de rétention, enfants et adolescents. En plus de répondre aux exigences d'accessibilité et de continuité de soins, la sectorisation obéit à un double système de prise en charge, hospitalière ou ambulatoire, le personnel soignant étant amené à exercer à l'intérieur et à l'extérieur des établissements. Le système de santé français compte 91 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), ainsi que 240 établissements privés de lutte contre les maladies mentales. Le développement de systèmes de téléalarme et la coordination des soins entre plusieurs spécialistes permettent l'essor de modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. Parmi les structures existantes, les centres médico-psychologiques (CMP) assurent des soins ambulatoires et à domicile et organisent des actions de prévention. On distingue également des structures spécialisées dans la réinsertion sociale et la réadaptation du malade comme les centres d'accueil thérapeutique ou les appartements communautaires.

### **L'accueil et le suivi médical des personnes âgées dépendantes**

En parallèle des modes d'hospitalisation traditionnel, il existe des structures du domaine sanitaire et médico-social dédiées à la prise en charge - à temps complet ou parfois partiel - des personnes âgées dépendantes : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Rattachés ou non à un établissement de soins, ils peuvent participer au SPH ou appartenir au secteur privé lucratif. Les personnes âgées y sont admises au regard de leur état de santé et de leur degré d'autonomie ou d'isolement. L'admission est possible à partir de 65 ans - 60 ans en cas d'invalidité au travail -, mais l'âge moyen d'entrée est aujourd'hui de plus de 83 ans. Enfin, pour les personnes âgées dont l'état nécessite une aide ponctuelle, les Ehpad réservent des places pour l'hébergement temporaire de jour ou de nuit. Ce dispositif permet notamment de soulager ponctuellement les proches (les aidants) qui s'occupent d'une personne âgée dépendante ou atteinte de la maladie d'Alzheimer.

En fonction de leur profil, les personnes âgées dépendantes sont prises en charge par des établissements de soins ou des structures médico-sociales.

### • Le secteur de soins

On distingue différents niveaux de prise en charge. Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent des patients dépendants pour une surveillance médicale constante, d'une durée d'un an et demi en moyenne. Les établissements offrent également des soins gériatriques de court séjour (MCO) en hospitalisation complète ou partielle, ainsi que des soins de suite et de réadaptation (SSR) en moyen séjour.

### • Le secteur médico-social

Rattachées ou non à des établissements de soins, les maisons de retraites - maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa) en zone rurale - proposent un hébergement permanent ou temporaire, ainsi que des services collectifs associés (hygiène, restauration, blanchissage, activités...). Les logements foyers et les résidences services proposent un hébergement en appartement avec possibilité de bénéficier de services collectifs.

### Les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle

Ces dernières années, les modes d'hospitalisation à domicile ou d'accueil temporaire en Ehpad se développent pour mieux répondre aux attentes des patients dépendants, accorder un temps de répit aux aidants et permettre une meilleure régulation de l'offre hospitalière. Les patients peuvent notamment bénéficier de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour une surveillance médicale et autres soins d'hygiène et paramédicaux. L'ensemble de ces prestations est pris en charge - en tout ou partie - par la sécurité sociale. Le maintien à domicile est aujourd'hui rendu possible par les progrès des techniques (télésurveillance et téléalarme) et par la coordination efficace des professionnels de santé et des services sociaux (transports organisés, portage de repas à domicile, aide ménagère et travaux d'entretien, garde à domicile...).

### III - Le pilotage des établissements de soins

#### *A - Les instruments de la politique hospitalière*

L'organisation et la planification de l'offre hospitalière obéissent à trois impératifs : établir une répartition territoriale cohérente, répondre aux besoins de la population, maîtriser les dépenses de santé. Les pouvoirs publics ont mis en œuvre différents outils pour fixer le niveau d'équipement des établissements, encadrer leurs dépenses, connaître et évaluer leurs activités.

##### **La planification hospitalière**

Le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) est l'outil de planification sanitaire. Sur une période de cinq ans, il fixe les orientations sanitaires à l'échelle de la région dans une logique de rationalisation territoriale de l'offre hospitalière et d'amélioration de la qualité des soins. Il veille à l'instauration d'une organisation graduée des plateaux techniques et favorise des solutions alternatives à l'hospitalisation (maintien à domicile et activités de proximité). Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été chargées de la répartition du budget des hôpitaux sur leur territoire, de la délivrance des autorisations et de la coopération des établissements publics et privés de santé. Dans le cadre de la dernière réforme hospitalière, les ARH ont été remplacées, en 2010, par les **agences régionales de santé (ARS)**, désormais pilotes de la politique de santé régionale dans un cadre élargi au médico-social. Au sein du projet régional de santé piloté par l'ARS, plusieurs plans vont coexister : le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation sanitaire (volet hospitalier et ambulatoire) et le schéma médico-social.

##### **La certification et les systèmes d'information**

Dans une démarche d'évaluation du fonctionnement et des pratiques, la Haute Autorité de santé (HAS) délivre des certifications renouvelables aux hôpitaux et cliniques. Par ailleurs, le système d'information sur l'hôpital regroupe un ensemble d'outils pour recenser l'ensemble des ressources certifiées (professionnels, établissements et équipements). Enfin, le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) évalue l'activité des hôpitaux afin de répartir les ressources budgétaires en fonction de la nature médicale des séjours hospitaliers.

## Le financement

Le montant des dépenses hospitalières du secteur public est réparti en dotations régionales, elles-mêmes réparties par les ARS. Par ailleurs, l'État apporte son soutien à l'investissement hospitalier par des plans de financements pluriannuels de plusieurs milliards d'euros. Jugé déséquilibré et non représentatif de l'activité des établissements, l'ancien système d'allocation a été récemment remplacé par un nouveau mode de financement : **la tarification à l'activité**, ou la T2A.

### La T2A, un levier efficace de réorganisation

Depuis 2004, un nouveau dispositif d'allocation de ressources s'applique à l'ensemble des établissements, publics comme privés : la tarification à l'activité (la T2A). Désormais, c'est l'activité médicale (nature et volume des soins produits) qui détermine les ressources de l'hôpital. La T2A procède d'un mode de financement mixte qui différencie les missions de soins de celles relevant de l'intérêt général (recherche, enseignement...). Les premières sont financées à l'activité, les secondes bénéficient d'une dotation spéciale. La T2A concerne uniquement les activités MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et non les services de suite et de réadaptation, la psychiatrie et les soins de longue durée, financés suivant d'autres logiques. En induisant une plus grande médicalisation du financement, la T2A tend à responsabiliser les acteurs et à développer des outils de pilotage et de gestion internes. Elle vise à harmoniser les modes de financement et à répartir de manière équitable les ressources à la fois entre les secteurs médicaux et entre les hôpitaux. La T2A sera progressivement appliquée à d'autres secteurs de soins.

## B - Vers une nouvelle gouvernance hospitalière

### Avant 2009 et la loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire"

#### • L'administration de l'hôpital

Personne morale dotée d'une autonomie administrative et financière, l'hôpital était une organisation publique dotée d'organes de gestion - un conseil d'administration (CA), un directeur d'établissement nommé par le ministre et un conseil exécutif (CE) - et de plusieurs instances de consultation, dont la commission médicale d'établissement (CME)

avec les représentants des praticiens, le comité technique d'établissement (CTE) avec les représentants syndicaux, ainsi que le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Si les modalités de décision varient selon le statut des établissements, les structures privées obéissent à des modes de gestion et de concertation assez proches et connaissent une organisation voisine de celle des hôpitaux publics.

### • L'organisation médicale

L'organisation globale de l'hôpital est conforme au projet médical de l'établissement ainsi qu'au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) voté en conseil d'administration. L'hôpital est organisé en pôles d'activité cliniques et médico-techniques, eux-mêmes divisés en services et unités fonctionnelles faisant appel à des compétences médicales et paramédicales spécifiques. Chaque pôle est dirigé par un praticien désigné pour cinq ans et en charge d'élaborer un projet d'organisation interne et d'évaluation de son pôle. L'organisation en pôle obéit à la logique de synergie de disciplines médicales et d'objectifs de soins. Elle favorise également une optimisation du fonctionnement économique de l'établissement en simplifiant les relations avec les services supports (imagerie médicale, laboratoires et pharmacie).

### • L'impact du plan hôpital 2007 sur la gouvernance hospitalière

En plus de l'instauration de la T2A, le plan hôpital 2007 vise à moderniser la gouvernance hospitalière en élargissant l'autonomie des établissements et le regroupement des services hospitaliers au sein de pôles d'activités.

### **Après 2009 et la loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire"**

La loi du 21 juillet 2009, "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) a mis en place une nouvelle organisation hospitalière pour répondre aux enjeux actuels de l'offre sanitaire : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, renforcement des politiques de prévention et nouvelle organisation territoriale du système de santé.

La loi HPST vise à garantir une offre de soins gradués de qualité et renforcer l'efficacité et la sécurité des prestations de santé. En matière de prévention, la priorité est donnée à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et à la lutte contre les conduites à risques. Ce dispositif vise essentiellement les facteurs des maladies chroniques et des cancers comme le tabac, l'alcool et l'obésité.

La gouvernance de l'hôpital est modifiée comme suit :

- **Une nouvelle gouvernance pour les établissements publics**

La modernisation du fonctionnement interne induit la responsabilisation accrue des dirigeants et la création de nouvelles instances de pilotage. Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration et voit ses missions recentrées sur les décisions stratégiques, l'évaluation et le contrôle. Un directoire remplace le comité exécutif. Il est consulté sur les principales décisions, adopte le projet médical et prépare le projet d'établissement. Son président est le directeur de l'établissement et son vice-président le président de CME. Celui-ci élabore le projet médical en collaboration avec le directeur d'établissement. Il coordonne la politique médicale et est co-décideur en matière de qualité, de sécurité des soins et de prise en charge des usagers. La CME recentre ses missions sur le projet médical et les programmes d'action sur la qualité et la sécurité des soins. Le nombre d'organes consultatifs est diminué, certains étant intégrés à la CME.

Le directeur de l'établissement est en charge de la mise en œuvre du projet d'établissement et de l'état des prévisions de recette et de dépenses (EPRD).

En plus d'assouplir les procédures de nomination du personnel hospitalier, la loi autorise la nomination et le recrutement de directeurs et de praticiens non issus de la fonction publique hospitalière. En revanche, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) ne nomme pas les directeurs des établissements hospitaliers, mais peut seulement proposer une série de trois personnes habilitées. Il est nommé par le Centre national de gestion.

Avec la mise en place du contrat de pôle, les chefs de pôle voient leur responsabilité renforcée dans le pilotage interne (organisation des ressources humaines et logistique). En matière de qualité et de sécurité, l'établissement s'engage à rendre public ses résultats annuels au moyen d'indicateurs de suivi.

- **Le renforcement des outils de coopération sanitaire**

Pour favoriser la coopération, la réforme prévoit une recomposition de l'offre de soins sur le modèle de groupements avec la création des communautés hospitalières de territoire (CHT). Au sein d'un même territoire, les établissements publics sont amenés à coopérer sous la tutelle d'un hôpital référent en charge de la stratégie commune et doté d'un plateau technique important. La délégation de certaines compétences à l'hôpital référent et la mutualisation des ressources participent à la mise en œuvre d'un projet médical cohérent

à l'échelle locale. Dans une logique similaire, la coopération des établissements publics et privés est facilitée par la création de groupements de coopération sanitaire (GCS). L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements (Anap) assiste désormais les établissements dans leurs démarches de modernisation interne afin d'améliorer le service rendu aux usagers.

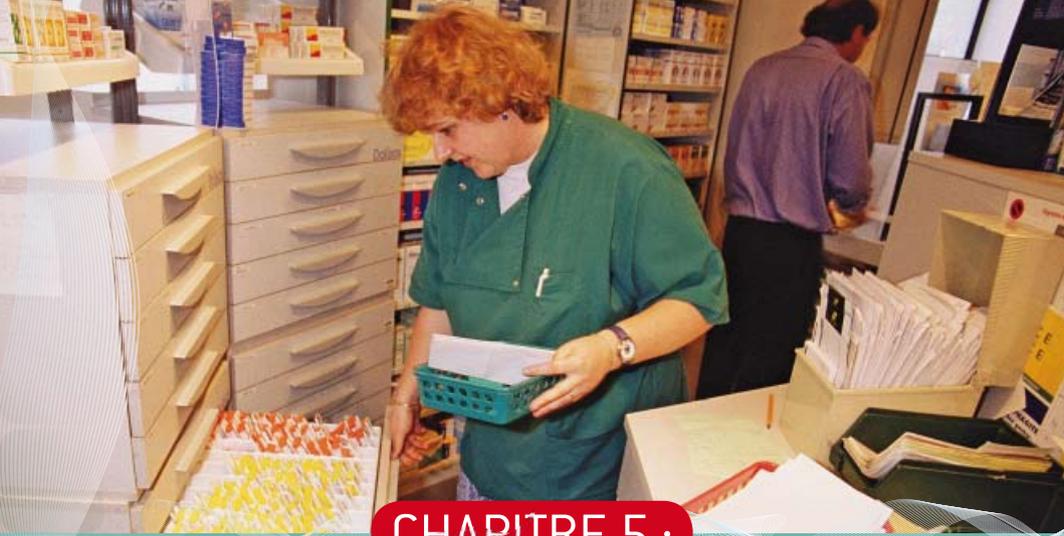
### • L'organisation territoriale du système santé et accès aux soins

Les ARS se substituent aux ARH comme autorités responsables de la mise en œuvre de la politique nationale de santé en région et deviennent l'interlocuteur unique des professionnels de santé. Leurs prérogatives sont étendues à la médecine de ville et au secteur médico-social et permettent ainsi un décloisonnement des dispositifs existants (hôpital, médecine ambulatoire et champ médico-social).

La direction de l'ARS arrête le projet régional de santé après concertation au sein des conférences de territoire qui fédèrent les professionnels de santé et les acteurs du secteur médico-social. Le projet régional de santé détermine les orientations et les modalités d'application des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'offre médico-sociale. Outre l'amélioration de la traçabilité des activités sanitaires et la mutualisation des informations, l'Agence des systèmes d'information partagés (Asip) favorise, pour sa part, le déploiement d'outils innovants comme la téléradiologie ou la télé médecine.

En plus de veiller à la juste répartition territoriale des médecins et des dispositifs sanitaires, l'ARS encourage la coordination et la permanence des soins ambulatoires et hospitaliers. Par ailleurs, les Sros intègrent un volet ambulatoire, afin d'optimiser le maillage des ressources sanitaires et de favoriser les partenariats entre les différents acteurs locaux.





## CHAPITRE 5 :

# Pharmacie et industrie de santé

## I - La pharmacie en France

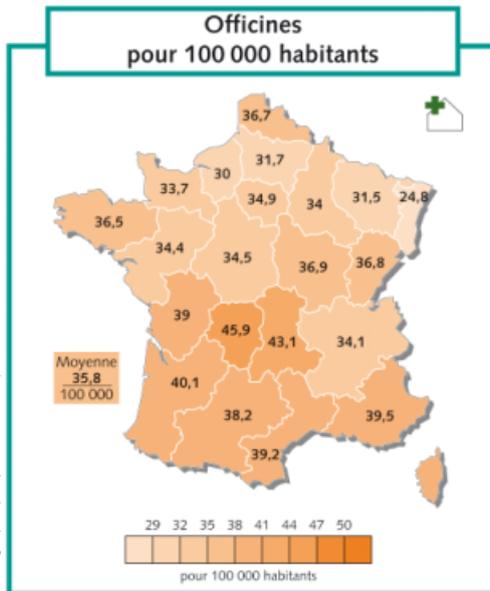
Malgré la création du statut d'apothicaire au XVIII<sup>e</sup> siècle, la proximité entre la médecine et la pharmacie persiste au XX<sup>e</sup> siècle et certains praticiens spécialisés - comme les vétérinaires, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes - peuvent toujours délivrer un nombre limité de médicaments. En France, la pharmacie est une activité pluridisciplinaire qui comprend sept sections, dont certains métiers principaux : pharmaciens d'officine et pharmaciens distributeurs, pharmaciens hospitaliers, pharmaciens de l'industrie, pharmaciens biologistes. La pharmacie est une activité encadrée par le Code de la santé publique. En plus de réglementer la production et la distribution des médicaments, l'État fixe leurs prix de vente et les marges associées pour leur distribution. Bien que les pharmacies de ville soient des entreprises privées, leur implantation est régie par le cadre légal de 1941 - renouvelé en 1999 - qui précise les conditions d'implantation, de transfert et de regroupement des officines. Toute ouverture d'un établissement est soumise à une autorisation administrative préalable délivrée par le préfet (une licence). Les restrictions géographiques et socio-démographiques visent à répartir de manière harmonieuse les pharmacies sur le territoire, surtout dans les régions à faible densité de population ou dans des zones dites sensibles. Ainsi à l'échelle nationale, on compte environ une pharmacie pour 2 800 habitants, pour une moyenne européenne d'une officine pour 3 300 habitants. Par ailleurs, si les pharmaciens d'officine peuvent exercer en société, les "chaînes" restent interdites : chaque établissement est indépendant et demeure détenu par un propriétaire unique.

### A - Le pharmacien d'officine

Propriétaire d'une pharmacie, il exerce à la fois une activité de commerce et une profession libérale. De nationalité française ou européenne et titulaire d'un diplôme d'État de docteur en pharmacie, il est inscrit au tableau de l'instance ordinaire de la profession, l'Ordre des pharmaciens. Cette organisation définit un code déontologique afin de garantir l'indépendance, ainsi que le respect des devoirs de la profession. Le pharmacien est notamment tenu au secret professionnel. Propriétaire d'une officine, il bénéficie du monopole de la dispensation des médicaments à usage humain et vend aussi des médicaments vétérinaires, des plantes médicinales, des produits d'hygiène et

de beauté. Habilité à préparer des spécialités thérapeutiques prescrites, il délivre des médicaments et vérifie les ordonnances. En plus de conseiller le client et de vérifier la posologie des médicaments délivrés, il doit l'alerter sur les incompatibilités éventuelles entre certains médicaments ou avec d'autres substances de consommation courante comme l'alcool. Il peut également collecter gratuitement les médicaments inutilisés apportés par des particuliers, afin qu'ils soient détruits dans de bonnes conditions de sécurité. Si un malade est dans l'impossibilité de se déplacer, le pharmacien de ville peut dispenser les médicaments prescrits à domicile. Par ailleurs, certains pharmaciens sont amenés à participer à des actes de santé publique et à des services de nature sociale, par la transmission des données de remboursement aux caisses d'assurance maladie et à certains organismes complémentaires.

Depuis juillet 2008, les pharmaciens peuvent laisser le libre accès au public, devant leur comptoir, à certains médicaments pouvant être délivrés sans prescription médicale. Cette mesure est destinée à favoriser l'automédication.



Source : Ordre national des pharmaciens "Plaquette démographique pharmaceutique"

**En France métropolitaine, on compte en moyenne 36 officines pour 100 000 habitants.**

## B - Le pharmacien hospitalier

Il travaille au sein des “pharmacies à usage intérieur” (PUI) de différents types d'établissements : hôpitaux publics et privés, structures médico-sociales, centres pénitenciers, services de santé des armées. Responsable des activités pharmaceutiques de ces établissements, le pharmacien hospitalier est chargé de la gestion, de l'approvisionnement, de la préparation, du contrôle, de la détention, ainsi que de la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles pour les patients hospitalisés dans les établissements. Il veille à la qualité et à la sécurité des traitements en surveillant notamment les risques des dispositifs médicaux ou les effets indésirables des produits. Il peut également contribuer à l'évaluation des médicaments dans le cadre d'essais cliniques. Depuis 2004, les PUI sont autorisés à vendre des médicaments à des patients ambulatoires : ce dispositif dit de “rétrocession hospitalière” est une spécificité du système de santé français.

### Chiffres-clés : Au 1<sup>er</sup> janvier 2009

#### 72 716 pharmaciens en France :

- 28 148 titulaires d'officine de ville et 22 462 pharmacies en France métropolitaine
- 26 217 adjoints d'officine (salarié assistant le pharmacien titulaire dans la préparation et la délivrance de médicaments)
- 5 303 pharmaciens hospitaliers
- 3 393 pharmaciens de l'industrie
- 1 362 pharmaciens distributeurs
- 8 015 pharmaciens biologistes

Source : Ordre national des pharmaciens “Plaquette démographique pharmaceutique

## II - L'industrie de santé en France

### A - Le médicament

Du fait des risques inhérents à sa consommation, le médicament évolue sur un marché strictement encadré et l'ensemble des acteurs du secteur est soumis à des réglementations

rigoureuses. Doté d'un statut juridique spécifique inscrit dans le Code de la santé publique, il fait l'objet d'une vigilance particulière visant à garantir sa qualité, son efficacité et son innocuité. Certains médicaments dédiés à des pathologies bénignes sont délivrés sans ordonnance et rentrent dans le champ de l'automédication. Mais la grande majorité des spécialités pharmaceutiques exige la prescription d'un professionnel de santé - médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires ou sages-femmes.

L'industrie pharmaceutique comprend également des dispositifs médicaux qui sont des produits de santé jouant un rôle prépondérant dans les traitements, ainsi que dans la prévention et la détection des maladies. Les dispositifs médicaux regroupent des produits et des équipements aux domaines d'application très variés et sont réglementés par le Code de la santé publique.

Afin de garantir une sécurité optimale d'emploi des médicaments, la délivrance est soumise à des restrictions relatives à la date et à la durée de prescription, ainsi qu'à la quantité délivrée. Certaines spécialités pharmacologiques sont ainsi classées en listes :

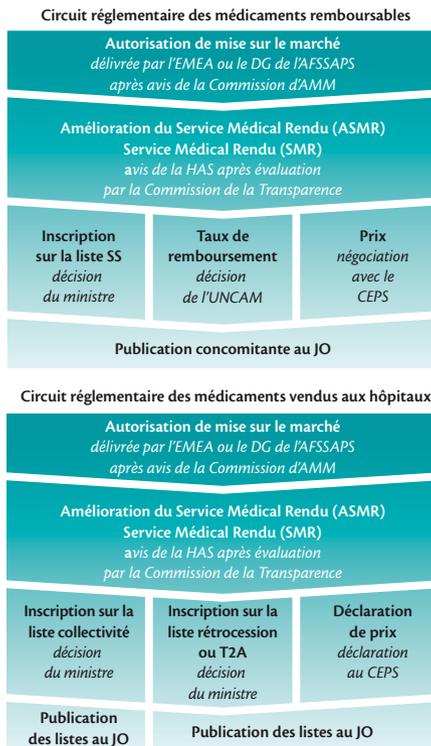
- **Liste I** : vente sur présentation d'une ordonnance dans les trois mois après sa rédaction. Le nombre de renouvellement est indiqué par le prescripteur dans les limites d'un an. Les boîtes portent un cadre rouge.
- **Liste II** : vente sur présentation d'une ordonnance dans les trois mois après sa rédaction. La prescription est renouvelable pendant un an sauf mention contraire du prescripteur. Les boîtes portent un cadre vert.
- **Stupéfiants** : vente sur présentation d'une ordonnance sécurisée (accompagnée d'un "bon de toxique" conservé par le pharmacien pendant trois ans). La durée de prescription est limitée à 28 jours et aucun renouvellement n'est autorisé.

### Une mise sur le marché réglementée

Toute délivrance et prescription d'un médicament, même dans le cadre de l'automédication, est subordonnée à une décision administrative : l'autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Longue et rigoureuse, la procédure comporte une série d'études de toxicologie et des essais cliniques sur l'homme afin de déterminer les bénéfices et le niveau de sécurité, ainsi que des données chimiques, pharmaceutiques et biologiques attestant de la qualité du médicament. L'AMM n'est pas seulement un agrément de commercialisation, elle induit la production de documents relatifs au médicament

autorisé : un résumé des caractéristiques du produit (RCP), des informations sur son conditionnement et enfin, une notice destinée à l'usager qui est systématiquement incluse dans l'emballage du produit. Délivrée pour une durée de cinq ans aux médicaments dont le rapport bénéfice/risque est positif, l'AMM est accordée pour des indications thérapeutiques et des modalités d'utilisations précises. Toute modification de la spécialité pharmaceutique nécessite une nouvelle AMM ou une modification de l'AMM.

L'Affsaps délivre deux autres types d'agrément restrictif : l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), destinée aux maladies graves ou rares pour lesquelles il n'existe pas de traitement approprié, et l'autorisation d'importation (AI), préalable à toute importation de médicaments nécessaires à la réalisation d'une recherche biomédicale.



Source : site web du Leem (les entreprises du médicament)

## La tarification et la prescription

Les spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des produits remboursables par l'assurance maladie sont soumises à une tarification administrée. Les marges des médicaments sont fixées par voie réglementaire : leurs prix sont fixés par convention entre le fabricant et le Comité économique des produits de santé (CEPS). La tarification fait ensuite l'objet d'un arrêté ministériel publié au *Journal officiel*. La commission de transparence de la Haute autorité de santé (HAS) donne un avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur la prise en charge des médicaments (par la sécurité sociale et /ou pour leur utilisation à l'hôpital), notamment au vu de leur service médical rendu qui prend en compte la gravité de la pathologie, l'efficacité et les effets indésirables du médicament, et sa place dans la stratégie thérapeutique, ainsi que de l'amélioration du service médical rendu qu'ils sont susceptibles d'apporter par rapport aux traitements déjà disponibles.

Si la tarification est régulée, la nature et le volume des prescriptions restent à la seule discrétion du professionnel de santé. Un médecin doit ainsi gérer un répertoire de 3 000 médicaments, dont 500 d'utilisation courante. Il est régulièrement informé par des visiteurs médicaux de laboratoires et par le biais de revues médicales dans le cadre de la formation médicale continue (FMC).

## À NOTER : LE NOUVEAU RÉGIME DE “LA PRESCRIPTION RESTREINTE”

*En raison de leurs caractéristiques thérapeutiques, de leur coût ou des risques d'utilisation, certains médicaments sont soumis à une “prescription restreinte”. Ils font l'objet d'une classification inscrite dans l'AMM, qui comporte quatre régimes distincts :*

- **La réserve hospitalière (RH) :**

*Médicaments innovants comportant des risques potentiels élevés. Ils sont dispensés et administrés au cours d'une hospitalisation.*

- **La prescription initiale hospitalière (PIH) :**

*Médicament obligatoirement prescrit une première fois par un médecin hospitalier dans le cadre d'un diagnostic clinique. Tout médecin de ville peut renouveler la prescription. Il peut être délivré directement en pharmacie hospitalière ou en officine de ville.*

- **Les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement (SP) :**

*En raison du haut niveau de toxicité du médicament et de la gravité des effets secondaires potentiels, la prescription est subordonnée à une surveillance biologique pour suivre le rapport bénéfices risques (cf p50). Ils sont prescrits par tout médecin.*

• **Les médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes (PRS) :**

*Médicament difficile à manier et prescrit par des médecins spécialistes pour des pathologies complexes. Ils sont délivrés en officine à partir d'une ordonnance dite "de médicaments d'exception".*

## B - L'industrie pharmaceutique

Contrairement à ses concurrents européens, l'industrie pharmaceutique française est née de l'officine et non de l'industrie chimique comme en Allemagne. Dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, les pharmaciens développent de nouvelles "spécialités" dans des laboratoires annexés à leur établissement. Leur regroupement progressif au sein de grands groupes donne naissance à l'industrie pharmaceutique qui se déploie sur deux grands secteurs d'activités : la recherche et la fabrication. Aujourd'hui, les entreprises et laboratoires du secteur pharmaceutique français sont représentés par une organisation professionnelle : Les Entreprises du Médicament, le Leem.

### Un secteur dynamique

Avec un chiffre d'affaires de 47,5 milliards d'euros en 2008 (dont 45 % à l'exportation), la France reste le premier producteur et exportateur européen du secteur depuis 1995. Elle a affiché un excédent commercial de 7,1 milliards d'euros en 2008. Le secteur emploie plus de 100 000 personnes et constitue le premier domaine industriel français en termes d'effort de recherche et développement, devant l'aéronautique et le spatial. Estimé à 4,9 milliards d'euros en 2008, le budget consacré à la recherche représente environ 12 % du chiffre d'affaires du secteur. Ces efforts sont d'autant plus importants qu'il faut compter entre sept et douze ans pour commercialiser une nouvelle molécule. Au nombre de 31 en 2008, les avancées thérapeutiques se concentrent surtout dans les domaines de la cancérologie, de l'infectiologie et des maladies rares. Parmi les 326 entreprises référencées par le Leem, 177 sont strictement spécialisés dans la biotechnologie. Levier nécessaire au développement de thérapies innovantes, ces nouvelles technologies permettent des gains de temps en

termes de recherche et de production pharmaceutique. Produits et équipements de pointe, les dispositifs médicaux représentent un marché de plusieurs milliards d'euros en France et est en progression constante ces dernières années.

### **Le soutien de l'État**

Devant le coût croissant de la recherche et avec la restructuration du secteur depuis les années 1990, l'État a mis en place une politique conventionnelle avec l'industrie pharmaceutique, afin de conserver les avancées et l'attractivité des groupes français. Outre les crédits d'impôts recherche, plusieurs accords-cadres définissent la politique globale du médicament et les relations avec les acteurs pharmaceutiques. En 2004 par exemple, l'État a créé le Conseil stratégique pour les industries de santé (CSIS) afin de promouvoir l'industrie pharmaceutique française et de soutenir la recherche, notamment par la création d'un fonds de soutien aux biotechnologies de 100 à 150 millions d'euros cofinancés par les laboratoires privés. Par ailleurs, la France est l'un des premiers pays à s'être doté d'une législation spécifique sur la recherche biomédicale, afin de protéger les personnes participant aux essais cliniques. Connues sous le nom de "bonnes pratiques cliniques" (BPC), elles visent également à rendre fiables et reproductibles les résultats issus des différentes phases de test du médicament.

## FOCUS : la publicité du médicament

*Toute information à visée promotionnelle et lucrative sur une spécialité pharmaceutique est soumise à une législation particulière de façon à garantir son bon usage. Seuls les médicaments avec AMM peuvent faire l'objet d'une publicité. La loi distingue deux cibles : les professionnels de santé et le grand public.*

### → Le grand public :

- Médicament non soumis à la prescription médicale et non remboursable par l'assurance maladie ainsi que, par dérogation, des produits tels que les vaccins ;
- Autorisation préalable de l'Afssaps : le visa de publicité ;
- Obligation d'adosser à un message de prudence et de renvoyer l'usager au médecin en cas de persistance des symptômes ;
- Le message ne doit pas suggérer que le médicament a une efficacité assurée et n'induit aucun effet indésirable.

### → Les professionnels de santé :

- Pas d'autorisation préalable de l'Afssaps ;
- Obligation de dépôt auprès de l'Afssaps dans un minimum de huit jours après la diffusion de la publicité aux professionnels ;
- À la suite de ce dépôt, l'Afssaps peut exiger la modification de la publicité, ordonner sa suspension ou son interdiction, ainsi que la diffusion d'un rectificatif.

## Une consommation importante

*Les Français restent les plus gros consommateurs de soins et de biens médicaux en Europe avec 163,8 milliards d'euros en 2007, soit 2 563 euros par habitant, dont 522 euros pour les médicaments. Multipliée par trente en quarante ans, cette forte consommation justifie une régulation du marché par plusieurs leviers : contrôle et encadrement des prix, recommandations de bonnes pratiques de prescription, déremboursement de certains produits et valorisation des génériques, actions de maîtrise médicalisée auprès des prescripteurs. Après l'expiration du brevet d'un médicament (10 ans en France), une copie du produit original peut être développée et commercialisée : c'est alors un médicament générique. En 2008, leurs ventes ont progressé de 6 % pour atteindre 10,2 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables. En 2009, la progression des ventes de génériques a permis à l'assurance maladie d'économiser 1 milliards d'euros.*



## CHAPITRE 6 :

# Politique de santé publique

Si la France présente, au sein des pays de l'Union européenne, la plus longue espérance de vie, ses résultats sont en revanche encore insuffisants en termes de mortalité évitable (avant 65 ans) et ils révèlent aussi des inégalités sociales et spatiales. Afin d'enrayer ce paradoxe et de garantir l'efficacité des actions de prévention menées à l'échelle nationale, la France s'est récemment dotée d'un cadre juridique clair et cohérent.

## I - Un cadre juridique pour encadrer les actions de santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a amorcé des changements fondamentaux dans le dispositif institutionnel, au niveau national et régional. La réduction de la mortalité prématurée et des disparités régionales en matière de santé est le cheval de bataille de la loi de 2004 qui, pour la première fois, affirme la responsabilité de l'État dans la définition de la politique de santé.

Le texte promeut une politique de prévention dynamique. Il renforce notamment le rôle de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et soutient également les actions de dépistage et le développement de programmes de santé.

### La loi du 9 août 2004 répond à la règle des "Cinq R" :

**Responsabilité** : L'État est garant de la protection de la santé et des initiatives des acteurs de santé. Il définit la politique de santé tous les cinq ans selon des objectifs pluriannuels.

**Résultats** : le gouvernement rend compte tous les cinq ans de l'impact de sa politique sur l'état de santé de la population.

**Rationalisation** : les structures sont clarifiées et simplifiées. La loi privilégie la méthode de programmation par objectifs.

**Régionalisation** : la région est définie comme le niveau optimal de la planification des actions et de la coordination des acteurs.

**Réseau** : les principaux acteurs de la santé publique sont réunis autour d'un groupement d'intérêt public (GIP), le groupement régional de santé publique (GRSP). Depuis, la loi du 21 juillet 2009 a créé les agences régionales de santé (ARS) qui regroupent sous une autorité unique les prérogatives du GRSP et de six autres services distincts impliqués dans la gouvernance sanitaire régionale, jusqu'ici pilotés par l'État ou l'assurance maladie.

---

### À NOTER : UNE SPÉCIFICITÉ FRANÇAISE

- *Il existe en France une culture de la concertation et de la coopération entre les acteurs de santé.*
- *La majorité des Français ne conteste pas la légitimité de l'État pour les questions de santé.*

## II - La politique de santé publique

### A - Un enjeu national relayé au niveau local

Les objectifs de la politique de santé publique sont adoptés par la représentation nationale, mais c'est l'échelon régional qui a été retenu pour fédérer l'action des multiples acteurs de la santé publique.

**Au niveau national**, les objectifs de santé publique sont fixés tous les cinq ans. Le gouvernement, dans un rapport annexé à la loi, précise les principaux plans d'actions qu'il entend mettre en œuvre. Le Parlement examine, amende et vote la loi définissant les objectifs de santé publique.

**Au niveau régional**, le directeur général de l'ARS a désormais pour tâche de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé.

### B - Les objectifs pluriannuels de la politique de l'État

Dans un souci de planification et d'évaluation des politiques menées, l'État a défini les objectifs nationaux de santé dans un rapport annexé à la loi de santé publique du 9 août 2004. Les objectifs de santé publique portent essentiellement sur des résultats à atteindre en termes d'évolution de l'état de santé de la population ou de son exposition à un facteur de risque. Ils sont au nombre de 100, parmi lesquels figurent à titre d'exemples :

- Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % ;
- Abaisser la prévalence du tabagisme de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes ;
- Réduire de 20 % l'obésité chez les adultes ;
- Augmenter de 25 % la proportion de personnes faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique, au moins cinq fois par semaine.

L'atteinte des objectifs de santé publique peut nécessiter de définir des stratégies d'action. Ces travaux se traduisent par l'élaboration de plans et programmes.

## C - Les acteurs de la santé publique en France<sup>1</sup>

En France, deux instances ont un rôle consultatif et assistent le gouvernement dans l'élaboration et l'évaluation de la politique de santé.

### Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)



Créé par la loi du 9 août 2004, le Haut Conseil de la santé publique a pour mission de fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et les stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. Il est notamment chargé d'évaluer tous les cinq ans la réalisation des objectifs de la politique de santé publique, et de rédiger un rapport analysant les problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, en proposant de nouveaux objectifs quantifiés. Il peut également être mandaté pour évaluer certains des grands plans nationaux de santé.

### La Conférence nationale de santé (CNS)



Lieu d'échange et de concertation sur les orientations des politiques de santé, la Conférence contribue à l'organisation de débats publics et permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue. La CNS est également un organe de consultation du ministère de la Santé lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de santé publique. La Conférence élabore un rapport annuel adressé au ministre sur le respect des droits des usagers du système de santé. Le rapport 2009, intitulé "Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé", propose des recommandations pour "mettre le patient au centre du système de santé".

### Le Comité national de santé publique (CNSP)

La politique de santé publique est élaborée à un niveau interministériel. Le Comité coordonne l'action des différents départements ministériels dans le domaine de la sécurité sanitaire et de la prévention.

En termes de prévention, le premier acteur est l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

1 - Le réseau national des agences sanitaires apparaît dans le chapitre 7.

## L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)



Placé sous la tutelle du ministère de la Santé, l'Inpes<sup>2</sup> est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé fixées par le gouvernement. Ses principales missions consistent à :

- Mettre en œuvre les programmes de prévention ;
- Exercer une fonction d'expertise et de conseil ;
- Assurer le développement de l'éducation pour la santé ;
- Gérer les situations d'urgence ;
- Constituer un réseau national documentaire sur tous les sujets relatifs à la prévention et à la promotion de la santé ;
- Émettre des avis et recommandations ;
- Participer à l'action européenne et internationale en rapport avec ses missions.

L'Institut conçoit et met en œuvre de nombreuses campagnes de prévention sur de grandes priorités de santé publique. Dans le cadre du plan Cancer, l'Inpes a, par exemple, lancé une campagne pour inciter les femmes enceintes à ne consommer ni alcool ni tabac.

C'est également l'Inpes qui a réalisé les campagnes de prévention contre la grippe aviaire et plus récemment, les campagnes d'alerte de la grippe A(H1N1) pendant l'hiver 2009-2010.



## L'assurance maladie

Au-delà de ses missions de service public de protection sociale (garantie de l'accès aux soins, revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail...), l'assurance maladie joue également un

2 - Se référer au chapitre 7 relatif aux agences sanitaires

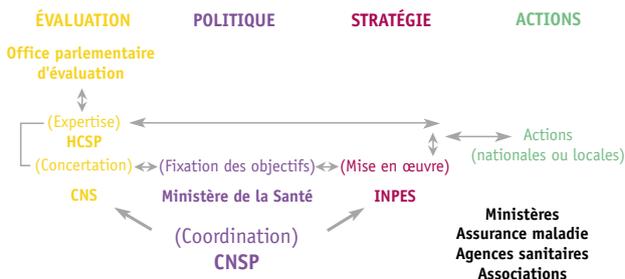
Source : site web Institut National du Cancer



rôle en matière de prévention. L'engagement de l'assurance maladie en ce domaine procède d'une démarche visant à enrayer certaines menaces, comme l'obésité infantile, susceptibles de peser, à terme, sur le système de santé français, mais aussi sur les comptes sociaux. L'assurance maladie dispose des compétences techniques et des instruments financiers nécessaires pour contribuer à la réalisation de la plupart des 100 objectifs prévus par la loi de 2004. C'est ainsi, par exemple, qu'elle mène, chaque année, la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et qu'elle poursuit, chaque année depuis 2004, la campagne "Octobre rose" rappelant l'importance du dépistage du cancer du sein.

## L'organisation des acteurs de santé publique

Source : ministère de la Santé



## D - Les plans et les programmes de santé

### Les plans stratégiques pluriannuels

La loi du 9 août 2004 a prévu cinq plans nationaux concernant :

- La lutte contre le cancer ;
- La lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ;
- La limitation de l'impact sur la santé des facteurs d'environnement ;
- L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- L'amélioration de la prise en charge des maladies rares.

Les programmes prévus par arrêté ministériel concernent notamment les programmes de prévention et de dépistage. Les autres plans ou programmes mis en place depuis 2001 sont en cours ou ont été reconduits.

Ainsi, une cinquantaine de plans nationaux sont en cours. Ils concernent des pathologies, des facteurs de risque, des populations ou des situations d'alerte sanitaire.

### **Le Programme national nutrition santé (PNNS)**

La mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue, au cours des dernières années, comme une priorité de santé publique. Lancé en janvier 2001 le PNNS a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition (alimentation et activité physique).

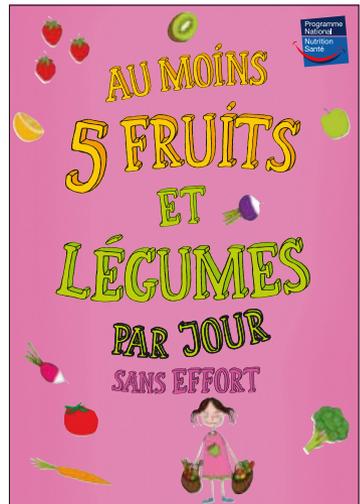
Ce programme comprend neuf objectifs nutritionnels prioritaires portant sur la consommation alimentaire, l'activité physique ou l'évolution de paramètres biologiques. Il s'agit notamment d'informer et d'orienter les consommateurs vers des choix alimentaires satisfaisants et d'impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et de la restauration collective.

Au nombre des objectifs établis pour la période 2006-2010, on peut citer ceux visant à :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes ;
- Augmenter l'activité physique quotidienne.

Un accent important est mis depuis 2007 sur l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments mis sur le marché. Ainsi, une autre recommandation vise à limiter la consommation en matières grasses, en sucre et en sel.

Une des campagnes grand public menée en matière de consommation alimentaire recommande ainsi de "manger cinq fruits et légumes par jour".



Source : [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr) - site du PNNS

## Le Plan national santé environnement (PNSE)

Le PNSE est l'un des cinq plans stratégiques pluriannuels définis au niveau national et instaurés par la loi relative à la politique de santé publique. Le deuxième plan national santé environnement (PNSE2) a été rendu public en juin 2009. Il vise à prévenir les pathologies à fort impact sur la santé, à mieux protéger les populations sensibles et à réduire les inégalités géographiques environnementales. Il couvre de ce fait divers domaines prioritaires : amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur, de l'eau, prise en compte des produits chimiques et des sols pollués, ou encore, résorption des points noirs du bruit et des risques émergents. Une synergie entre le plan national santé environnement et le plan de lutte contre le cancer a notamment été recherchée.

Le PNSE2 sera décliné dans chaque région dans un plan régional santé environnement. Au regard des enjeux de santé environnementale sur son territoire, chaque région sélectionne les actions adéquates en tenant compte des priorités régionales de santé publique, notamment en matière de réduction des inégalités de santé.

### L'éducation thérapeutique du patient : l'exemple du diabète

Définie comme un ensemble de pratiques visant à permettre au patient d'acquérir des compétences pour être capable de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'adresse en priorité aux patients atteints de maladies chroniques (20 % de la population française) : diabète, asthme, insuffisance cardiaque... Ces pathologies nécessitent des soins quotidiens et donc, supposent une adhésion étroite du patient à son programme de prise en charge (prise de médicaments, régime...). En partenariat avec le personnel soignant, le malade est suivi et apprend à prendre en charge sa maladie. Dans cette démarche, l'assurance maladie a mis en place un site internet pilote dédié à l'accompagnement des patients atteints d'une maladie chronique spécifique : le diabète. Déployé sur onze départements, il compte aujourd'hui 53 000 adhérents. Lancé en mars 2008, le site "sophia" offre aux diabétiques un certain nombre de services pour un suivi gratuit et efficace de leur maladie : informations et conseils pratiques, accompagnement téléphonique assuré par des professionnels de santé, agenda pour le rappel des rendez-vous et des examens. Une enquête récente sur ce dispositif d'accompagnement souligne son efficacité : meilleure compréhension de la maladie, incitation au suivi efficace, progrès en termes d'équilibre alimentaire. Près de 80 % des adhérents du site estiment que ce nouveau modèle de prise en charge améliore leur quotidien.



## CHAPITRE 7 :

# Les agences sanitaires

## I - Une volonté de modernisation

### *Un nouveau paysage institutionnel*

En France, la création d'organismes publics indépendants s'est d'abord inscrit dans une démarche générale de modernisation de l'État, qui dépasse le secteur de la santé. Mais, du sang contaminé à la crise de la vache folle, la répétition d'incidents sanitaires dans les années 1980-1990 a fait apparaître des défaillances liées à une trop forte centralisation et au manque d'expertise scientifique. La question des risques de santé est par ailleurs devenue une préoccupation publique. Dès 1998, l'émergence de la doctrine de la "sécurité sanitaire" contribue au renouvellement des modes de régulation du système de santé.

Inspirées du modèle anglo-saxon ou scandinave, les agences sanitaires incarnent la volonté d'évoluer vers des formes de gouvernance moins centralisées. Communément appelées "agences", elles ont généralement un statut d'établissement public administratif (EPA). En charge d'une mission de santé publique, elles assurent des actions de veille et d'expertise dans un domaine particulier. Placées sous la tutelle d'un ou de plusieurs ministères en fonction de leurs compétences, elles bénéficient de ressources financières propres et d'un mode de gestion autonome. L'État reste néanmoins aux commandes : il fixe les grandes lignes stratégiques, prend les décisions, nomme les dirigeants et contrôle les résultats de ces établissements.

### **Renforcer l'expertise et la gestion des risques sanitaires**

Plus souples et réactifs dans leur fonctionnement, ces établissements répondent efficacement aux situations d'urgence sanitaire. Le recours à l'expertise scientifique et la distance vis-à-vis du pouvoir central sont gages d'impartialité et de crédibilité. En externalisant certaines missions, l'État se libère de lourdes tâches de gestion et renforce ses prérogatives en matière de santé publique et de sécurité sanitaire. Par ailleurs, la mise en place de contrats d'objectifs clarifie ses relations avec les agences.

Fortes d'un réseau d'une dizaine d'agences expérimentées, la France dispose d'un dispositif efficace pour garantir la sécurité sanitaire des populations. Dotées d'importants moyens humains et financiers, les agences sont des outils d'aide à la décision déterminants en matière de santé publique. En étroite relation avec leurs homologues européennes, les agences françaises bénéficient, depuis plusieurs années, d'un savoir-faire reconnu mondialement dans l'expertise et la veille sanitaire.

### → La Haute Autorité de santé<sup>1</sup> (HAS)



Créée en 2004 dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, la HAS veille à renforcer la qualité des services de soins et à maîtriser les dépenses de santé. Chargée d'évaluer scientifiquement l'intérêt thérapeutique des produits et services médicaux, la HAS juge de la pertinence de leur remboursement. Elle participe ainsi au maintien d'un système de prise en charge solidaire et à une gestion optimisée du "panier de soins". Afin d'améliorer les pratiques et la qualité générale du système de santé, elle favorise la concertation entre les acteurs et s'assure de la fiabilité des informations médicales diffusées. Elle participe à la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et des usagers en élaborant des guides de parcours de soins, et notamment à destination des affections de longue durée (ALD) comme le diabète, l'asthme ou l'hépatite C. En matière de sécurité des soins, la HAS informe le public sur les infections nosocomiales sur un site dédié ([www.infonosocomiale.com](http://www.infonosocomiale.com)).

## II - Le réseau des agences sanitaires

### → L'Institut de veille sanitaire (InVS)



Créé en 1998, l'InVS remplit des missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique. En cas de risques susceptibles d'altérer l'état de santé général de la population, il alerte et conseille le gouvernement sur les mesures à prendre pour prévenir ou atténuer leur impact. En relation avec l'Agence européenne de surveillance des maladies (ECDC) et en tant que membre actif des organes spécialisés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'InVS participe à plusieurs programmes de surveillance des maladies à l'échelle mondiale. Dans le contexte de multiplication et de globalisation des crises sanitaires, l'InVS est devenu l'interlocuteur technique privilégié de plusieurs pays. Par exemple, dès les prémices de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) en mai 2003, l'Institut a déployé un système de vigilance qui a notamment permis d'éviter la survenue significative de cas en France.

---

1 - La Haute Autorité de santé n'est pas une agence sanitaire, mais une autorité indépendante.

### → L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps)



Créée en 1999, l'Afsaps est garante de la qualité, de la sécurité d'emploi et du bon usage des produits de santé destinés à l'homme. Fort d'un savoir-faire multidisciplinaire, l'Afsaps évalue les risques et les bénéfices de l'intégralité des produits et services médicaux commercialisés, avant d'autoriser leur mise sur le marché. Du contrôle en laboratoire aux inspections sur les sites de production et d'essais, l'Afsaps assure une vigilance permanente afin d'évaluer les conditions de fabrication et les données relatives aux dispositifs thérapeutiques. En cas de risques liés à un produit, l'Agence peut prendre des mesures de police sanitaire pour la sécurité des patients, comme le retrait d'un médicament. En plus de participer à l'élaboration de textes législatifs et réglementaires, l'Afsaps s'implique dans les programmes de santé publique. Au sein du réseau européen des laboratoires de contrôle (OMCL), elle contribue activement à la lutte contre la contrefaçon de médicaments.

### → L'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)



Créée en 2010, l'Anses constitue la plus grande agence de sécurité sanitaire en Europe. Elle reprend les missions, les moyens et le personnel de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). Elle en reprend également les acquis et les valeurs - compétence scientifique, indépendance dans l'évaluation des risques, ouverture de l'expertise - pour les mettre au service d'une lecture plus globale et transversale des questions sanitaires.

### → L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa)

Créée en 1999 et opérationnelle jusqu'en 2010, l'Afssa exerçait une mission de veille dans le domaine de l'alimentation. Elle évaluait les risques sanitaires et nutritionnels sur l'ensemble de la chaîne de fabrication des aliments destinés à l'homme ou aux animaux. Responsable de dispositifs d'alerte, elle appuyait les pouvoirs publics dans la mise en œuvre de mesures de protection sanitaire. Par ailleurs, l'Afssa autorisait la mise sur le marché des médicaments vétérinaires. En plus de favoriser la diffusion des connaissances scientifiques, elle menait des programmes de recherche dans ses onze laboratoires. En 2009, 180 000 analyses et diagnostics ont été réalisés et les activités de recherche ont donné lieu à 250 publications dans des revues internationales. A l'échelle communautaire, l'Afssa participait à l'élaboration des avis émis par l'Agence européenne de sécurité des aliments (AESAs).

### → L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)

Créé en 2002 et opérationnelle jusqu'en 2010, l'Afsset évaluait les risques de santé inhérents aux domaines de l'environnement et du travail en déployant plusieurs actions : veille scientifique et diffusion des connaissances sur les risques émergents, information grand public, contribution à des programmes scientifiques européens. Grâce à une coopération avec les instances spécialistes des risques industriels et technologiques, l'Afsset garantissait une approche transversale sur des sujets sensibles comme les matériaux ou les substances toxiques. Son expertise l'autorisait à formuler des recommandations dans l'élaboration de dispositions législatives et réglementaires, comme en 2009, à l'occasion du Grenelle de l'environnement.

### → L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)



Créé en 2001, l'IRSN est chargé d'évaluer des risques nucléaires et radiologiques.

Son expertise s'étend sur des sujets complexes : protection contre les rayonnements ionisants, sûreté des installations et des transports de matières radioactives, expertise nucléaire de défense... La pluridisciplinarité de ses équipes - ingénieurs, chercheurs, médecins, agronomes, vétérinaires - permet de réaliser des travaux de haut niveau pour des établissements publics ou privés. Partenaire de plus de trente pays, l'IRSN a acquis une stature internationale. Il participe à des programmes de recherche de grande ampleur, ainsi qu'à l'élaboration de recommandations internationales dans les domaines de la sûreté nucléaire et de la radioprotection.

### → L'Agence de la biomédecine (ABM)



Créé en 2004, l'ABM s'intéresse à quatre domaines médicaux : prélèvement et greffe, procréation, embryologie et génétique humaines. L'ABM régule les pratiques et veille au respect de la prise en charge des patients : délivrance d'autorisation pour les protocoles de recherche in vitro sur l'embryon et la conservation de cellules souches embryonnaires, autorisation des échanges internationaux à des fins de recherche, agrément des praticiens et de l'ouverture d'établissements spécialisés.

En plus de promouvoir les dons, elle contrôle les activités thérapeutiques liées aux greffes - 4 580 greffes d'organes en 2009 et 4 423 greffes de cellules souches en 2008. Dans le cadre de la lutte internationale contre le trafic d'organes et le tourisme de la greffe, l'ABM a lancé une enquête anonyme annuelle sur les patients greffés à l'étranger, enquête reprise par plusieurs pays membres de l'Union européenne.

### → L'Établissement français du sang (EFS)



Créé en 2000, l'EFS est l'opérateur civil unique de la transfusion sanguine en France. Il garantit l'autosuffisance nationale en produits sanguins, ainsi que la sécurité du réseau de transfusion. Organisé autour de 17 établissements régionaux et de 9 000 collaborateurs, l'EFS est responsable de 155 sites fixes de collecte et organise 40 000 collectes mobiles en France chaque année. Il peut ainsi alimenter plus de 1 900 établissements de soins. L'EFS mène plus de cinquante programmes de recherche innovants avec des instituts - Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Institut national de la Santé et de la recherche médicale (Inserm) - et des sociétés biotechnologiques. Devant les besoins croissants en plasma, il a élaboré une stratégie nationale de collecte, en mettant l'accent sur la fidélisation des donneurs. Bilan 2007 : 6 % de dons supplémentaires - soit près de 1 620 000 prélèvements et plus d'un million de malades soignés.

### → L'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)



Créé en 2002, l'Inpes assure la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé, ainsi que la gestion de l'information lors des situations d'urgence sanitaire, comme lors de l'épidémie de chikungunya ou lors de la grippe A (H1N1) pendant l'hiver 2009-2010. Il coordonne douze programmes de promotion de la santé à travers des campagnes de sensibilisation contre l'alcool, le tabac ou encore les maladies sexuellement transmissibles... Expert public de la prévention des conduites à risques, l'Inpes a déjà à son actif plus de 70 millions de documents d'informations publiés. Certaines de ses études, comme les "Baromètres santé", sont désormais des indicateurs de référence sur l'évolution des comportements en matière de santé. En plus de participer à l'animation et au financement d'acteurs de prévention locaux, l'Inpes coordonne le réseau des hôpitaux promoteurs de santé (HPH - *Health Promoting Hospital*) initié par l'OMS.

## L'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (Eprus)



Opérationnel depuis 2007, l'Eprus répond aux urgences sanitaires de grande ampleur. En cas d'alerte sanitaire et de saturation du système de soins français, l'Eprus peut mobiliser rapidement les moyens humains et logistiques en France et à l'international. Il est chargé de mettre en œuvre des outils inédits : le corps de réserve sanitaire - intervention de professionnels de santé volontaires - et le stock national de santé (gestion de la réserve et de la logistique des produits thérapeutiques). Pour faire face aux menaces de pandémie grippale récentes, l'Eprus gère une réserve d'environ 1,5 milliard de masques et de 70 millions de doses de Tamiflu. Placé au cœur du dispositif national de sécurité sanitaire, l'Eprus bénéficie d'un réseau d'intervenants compétents en situation de crise : Sécurité civile et service de santé des armées, associations spécialisées comme la Croix-Rouge, professionnels de santé et organisations non gouvernementales (ONG) comme Médecins sans Frontières. L'Eprus a également vocation à intervenir à l'étranger : en 2009 par exemple, il a envoyé une quinzaine de médecins volontaires à Gaza.





## CHAPITRE 8 :

# L'assurance maladie

Les risques financiers liés à la maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), sont assurés en grande partie par la branche maladie de la sécurité sociale : l'assurance maladie. Les organismes complémentaires, mutuelles et assurances privées, ainsi que la couverture maladie universelle (CMU), garantissent une couverture supplémentaire à près de 95 % de la population. L'assurance maladie obligatoire prend en charge plus de 75 % des dépenses de santé (130 milliards d'euros de prestations).

L'assurance maladie repose sur trois principes fondateurs : **égalité d'accès aux soins, solidarité et qualité des soins**. Elle s'est progressivement étendue à toutes les catégories socio-professionnelles et aux populations les plus démunies avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000, qui compte désormais 4,3 millions de bénéficiaires. Par ailleurs, la couverture de l'assuré social s'étend à ses ayants droit, conjoint et enfants en principe jusqu'à l'âge de 16 ans. Ainsi, la quasi totalité de la population française bénéficie d'une couverture maladie sur une base professionnelle, familiale ou sur des critères socio-économiques.

Placés sous la tutelle de l'État, les différents régimes d'assurés sociaux participent à la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire :

- En 2009, le régime général de la sécurité sociale géré **par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés** (CNAMTS), couvre plus de 89 % de la population ;
  - En 2009, la **Mutualité sociale agricole** (MSA) couvre environ 5,4 % de la population ;
  - En 2009, le **Régime social des indépendants** (RSI) couvre environ 5,4 % de la population.
- Les différents régimes spéciaux couvrent le risque maladie et professionnel de catégories professionnelles spécifiques.

## I - La protection sociale maladie

### A - Couverture maladie et AT/MP

L'assurance maladie représente 30 % des dépenses de la protection sociale en France. La couverture maladie se décline de manière différente selon la nature du risque et la nature des soins. Elle assure également les congés maternité.

#### La prise en charge des soins : soins ambulatoires et hospitaliers

Le remboursement des dépenses de soins s'effectue dans une relation triangulaire : le patient avance les frais médicaux, le professionnel de santé perçoit ses honoraires à l'issue de la consultation et la caisse d'assurance maladie d'affiliation rembourse l'assuré à un taux variable. En principe, seuls les traitements curatifs et certains actes préventifs, comme les vaccins, sont pris en charge par l'assurance maladie.

Cette prise en charge s'effectue sous la forme de prestations en nature (remboursement des dépenses engagées) mais, de plus en plus, le mécanisme du "tiers payant" s'étend aux soins ambulatoires et évite au patient d'avancer les frais occasionnés. Le montant des actes médicaux - honoraires, prix des services et produits de santé - correspond aux tarifs conventionnels négociés entre la caisse et les syndicats des professions de santé. Pour les produits de santé (médicaments), le taux de prise en charge varie en fonction du service médical rendu reconnu aux produits et services et des négociations entre les différents acteurs intervenant dans l'offre et le remboursement des frais médicaux.

Ces prestations en nature couvertes par l'assurance maladie concernent principalement :

- Les frais de médecine générale, de spécialité et de chirurgie ;
- Les dépenses de produits pharmaceutiques, comme les médicaments et certains contraceptifs, appareils et prothèses ;
- Les examens et analyses nécessaires à un diagnostic médical ou à déterminer la posologie d'un médicament ;
- L'hospitalisation et le traitement en centre de cure (soins de suite et de réadaptation) ;
- Les frais de transport sanitaire en cas d'accident, de maladie grave ou de handicap.

Les actes médicaux remboursés, en tout ou partie, par l'assurance maladie sont inscrits sur des listes qui en définissent le contenu. La **classification commune des actes médicaux** (CCAM) classe ainsi plus de 7 500 actes techniques, médicaux et chirurgicaux sur une échelle unique et valable pour les soins de ville et dispensés à l'hôpital. Elle fait office de référence pour fixer le taux de prise en charge des différentes prestations. Le ticket modérateur fixe la part laissée à la charge de l'assuré social afin de le responsabiliser dans sa consommation de soins et de l'impliquer dans l'équilibre financier de l'assurance maladie. Il en va de même avec le **forfait journalier hospitalier** à l'occasion de courts ou moyens séjours en hôpital (18 euros en hôpital ou en clinique, 13,50 euros en service de psychiatrie). Plusieurs cas de figure sont toutefois dispensés du forfait : femmes enceintes, bénéficiaires de la CMU, accidentés du travail.. Dans une logique similaire, le **système de franchise médicale** détermine un forfait assumé par l'assuré, qui varie en fonction des produits et services sanitaires : un euro par acte ou consultation extrahospitalière, 0,50 euro par boîte de médicament, 2 euros pour un trajet en transport sanitaire. Le plafond annuel de ces franchises est fixé à 50 euros par assuré et certaines catégories sociales sont exonérées des franchises et du ticket modérateur (bénéficiaires de la CMU). Enfin, certains actes requièrent un accord préalable de l'assurance maladie (une "entente préalable") pour certains actes innovants ou onéreux comme la pose de prothèses.

## Le revenu de remplacement

Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont pris en charge par la branche maladie de la protection sociale sous forme d'**indemnités journalières** (IJ). Sous condition de disposer d'un arrêt de travail établi par un médecin, l'assuré social, malade ou accidenté perçoit un salaire de remplacement, versé par la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) dès le quatrième jour de la période d'arrêt prescrite. Les trois jours de carence sont prévus pour éviter les abus ou l'absentéisme injustifié. La caisse primaire est prévenue de l'arrêt de travail du salarié par la transmission de l'attestation du médecin. Le complément est versé par l'entreprise ou l'institution de prévoyance à laquelle est affilié l'assuré (10 jours de carence). Le revenu de remplacement global garantit 90 % de la rémunération journalière. Le montant des indemnités est réévalué en fonction de la longueur du congé, du nombre d'enfants à charge et de la nature de la maladie. Dans le cas d'une affection de longue durée (ALD), les prestations peuvent être versées pendant une période de trois ans.

## Le congé maternité et paternité

En qualité d'assurées sociales ou d'ayants droit, les femmes enceintes sont intégralement remboursées des frais médicaux induits par leur grossesse. Les femmes salariées bénéficient d'un revenu de remplacement et d'un congé de maternité de base de 16 semaines. Cette durée est variable en fonction du nombre d'enfants déjà à charge ou à naître lors de l'accouchement, avec une période d'indemnisation maximale de 34 semaines (sauf en cas de complications). Le montant de l'indemnité correspond au salaire journalier de base, avec un plafond fixé, en moyenne, à 75 euros par jour. Certaines conventions collectives et accords prévoient le maintien du salaire intégral par l'entreprise pendant le congé. De la même manière, depuis 2002, le congé paternité permet au père actif de toucher des indemnités lors d'un arrêt de 11 ou 18 jours selon les cas.

## L'invalidité

À la suite d'une maladie ou d'un accident hors activité professionnelle, l'assuré de moins de 60 ans peut bénéficier d'une pension d'invalidité, afin de compenser ses éventuelles incapacités physiques et mentales au travail. Plusieurs catégories existent en fonction du degré de handicap, le montant des indemnités variant de 260 à 2 500 euros par mois.

## B - Réforme de l'assurance maladie.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie vise à une gestion plus efficace du risque en renouvelant les modes de gouvernance. Forte de compétences élargies, l'assurance maladie est désormais placée au cœur du système de santé et joue un rôle primordial dans la cohérence de la politique de santé publique. Associée à l'élaboration de la politique hospitalière et du médicament, elle se voit confier de nouvelles prérogatives en matière de soins ambulatoires. Les caisses participent à l'encadrement et à la surveillance des dépenses de santé dans une logique de **coordination des soins et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé**. Les nouvelles compétences dévolues à l'assurance maladie ont induit une réorganisation de sa gouvernance et une plus grande lisibilité des responsabilités réciproques des acteurs. Tous doivent coordonner leurs actions dans une logique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé publique.

### FOCUS : “Mieux soigner et dépenser moins !”

*La maîtrise médicalisée vise à promouvoir la qualité des soins tout en favorisant une meilleure utilisation des ressources publiques en matière de dépenses de santé, afin de pérenniser un système de santé efficace et solidaire. Sans perdre en qualité ni en sécurité, elle recherche les gains de productivité au sein du système de soins en insistant notamment sur l'efficacité du recours aux soins et sur la coordination des soins et des prestataires de santé. Cette démarche repose sur un partenariat fort entre l'assurance maladie, les professionnels de santé et les établissements de soins. Elle vise également à développer une prise en charge transversale efficace entre les différents secteurs ville, hôpital et médico-social. Elle exige enfin une responsabilisation dans la consommation et la prescription de soins. Les différents acteurs s'engagent à participer à la mise en place du parcours de soins coordonné avec le médecin traitant, de la rationalisation des prescriptions médicamenteuses en favorisant les génériques, du contrôle renforcé des arrêts de travail et du suivi des patients en affections de longue durée (ALD), ou encore, du déploiement de l'hospitalisation à domicile (HAD).*

Garant de l'efficacité et de l'équité du système de santé et de l'assurance maladie obligatoire, l'État fixe toujours les grands objectifs de santé publique et les conditions d'équilibre pluriannuel des différents régimes sociaux. Il veille également à la qualité et à l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'à l'équité de la prise en

charge par les différents régimes sociaux. Aujourd'hui, l'échelon régional est reconnu comme le niveau de référence pour la gestion de la politique de santé publique. Chaque année, le parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), qui fixe les objectifs annuels des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'ensemble des régimes. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'Ondam est fixé, pour l'exercice 2010, à 162,4 milliards d'euros, soit une hausse de 3 % par rapport à 2008 (157,9 milliards d'euros).

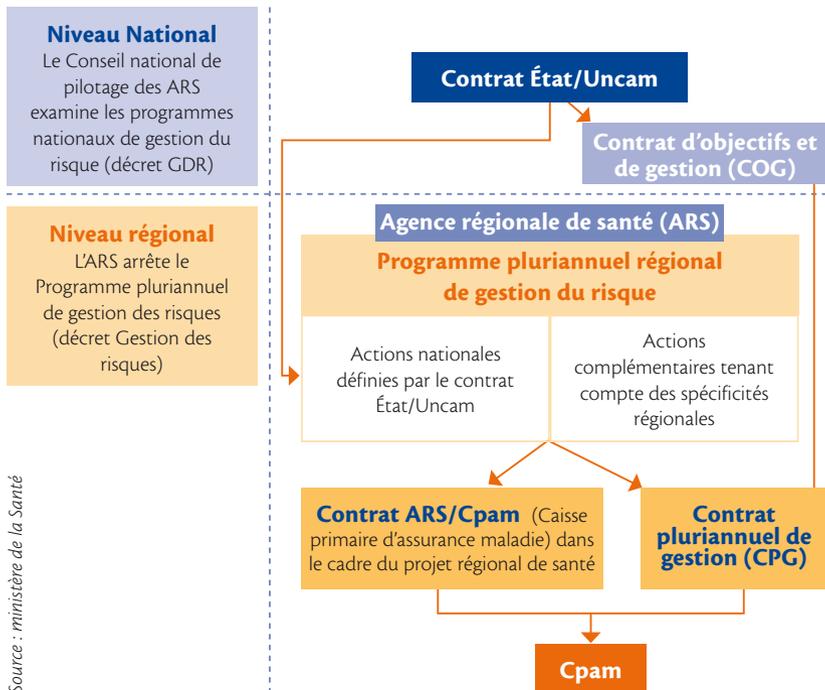
### Uncam et Unocam

Depuis 2004, les caisses des trois grands régimes sont regroupées au sein d'une seule et même instance : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Responsable de la coordination de ces caisses, l'Uncam exerce un rôle central dans le pilotage de l'assurance maladie. Elle négocie et conclut les accords et les conventions nationales avec les professions de santé. En s'appuyant sur les avis de la Haute Autorité de santé (HAS), l'Uncam procède au classement des médicaments en fonction de leur utilité thérapeutique et fixe le taux de prise en charge des soins dans les limites de l'Ondam. Elle détermine ainsi les actes et les prestations de santé admis au remboursement. Enfin, l'Uncam joue un rôle consultatif et donne son avis sur les projets de lois et autres textes réglementaires. L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) regroupe pour sa part l'ensemble des organismes mutualistes complémentaires régis par le Code de la mutualité ainsi que les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance relevant du Code des assurances. L'Unocam émet des avis sur les décisions de l'Uncam qui influent sur les dépenses des complémentaires santé, comme l'admission et le taux de remboursement des actes et des produits de santé ou les termes des conventions nationales conclues avec les professions de santé. Par ailleurs, l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) négocie avec l'Uncam et l'Unocam à l'occasion de ces accords conventionnels. La synergie entre l'assurance maladie, les organismes de couverture complémentaire et les professionnels de santé participe à une gestion cohérente du système de soins.

D'autres entités participent aussi au pilotage et à la régulation de l'assurance maladie obligatoire au niveau national :

- Le Comité économique des produits de santé (CEPS) contribue à l'élaboration de la politique du médicament ;
- L'Institut des données de santé veille à la cohérence et à la qualité des systèmes d'information pour la gestion du risque maladie ;

- La Haute Autorité de santé (HAS) - autorité publique indépendante à caractère scientifique - veille à l'amélioration de la qualité des soins. En matière de services et produits de santé, elle évalue l'intérêt médical de l'ensemble des actes médicaux pris en charge par l'assurance maladie et rend des avis sur la justification de leur remboursement à l'Uncam. En termes de qualité et de sécurité des soins, la HAS favorise l'échange de bonnes pratiques professionnelles et d'informations médicales pour les soins ambulatoires comme hospitaliers. Enfin, elle définit les procédures de certification des établissements de soins et celles relatives à l'évaluation, et encourage l'informatisation des données médicales.
- Le Comité d'alerte des dépenses de l'assurance maladie avertit le Parlement, le gouvernement, ainsi que les caisses d'assurance maladie, en cas de risque d'un dépassement de l'Ondam.
- Le Conseil de l'hospitalisation participe à la définition des procédures de financement des établissements de soins et aux mesures d'encadrement des dépenses hospitalières.



Source : ministère de la Santé

## II Les différents régimes de protection

### A - Le régime général : l'assurance maladie

Service public décentralisé, le régime général est organisé selon trois échelons territoriaux et structuré en un vaste réseau de caisses d'assurance maladie.



#### Au niveau national

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) gère deux risques distincts :

- La santé, qui inclut la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès ;
  - Les accidents du travail, qui comprennent les accidents et les maladies professionnelles.
- Son directeur est également le responsable de l'Uncam. En plus d'assurer la gestion administrative de l'Uncam, la CNAMTS coordonne les caisses régionales et locales. Elle dirige également le service national médical qui a une mission d'expertise, consistant notamment à vérifier la justification médicale des soins prescrits et consommés dans la logique d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Intégré à la CNAMTS, ce service de contrôle est confié à des praticiens-conseils au niveau local. Chaque année, ces derniers réalisent des entretiens auprès de leurs confrères au sujet des bonnes pratiques thérapeutiques et de prescription, et les sensibilisent ainsi à la maîtrise médicalisée des dépenses. Plus de 40 000 entretiens ont été effectués sur la période 2006-2008.

#### Au niveau régional et local

La création des agences régionales de santé (ARS) a induit plusieurs changements importants au niveau local. Les ARS prennent une part des attributions des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) qui sont devenues, au cours de l'année 2010 les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Les ARS ont repris la branche santé des Cram et les Carsat conservent leurs compétences en matière d'assurance-vieillesse et de risques professionnels. Au nombre de seize sur le territoire métropolitain, les Carsat participent à la définition et à l'application des orientations sanitaires et sociales à l'échelle régionale et relatives aux domaines des accidents du travail, des maladies professionnelles, de la vieillesse et des retraites (à l'exclusion des caisses d'Île-de-France et de l'Alsace Moselle qui n'ont pas de compétence en matière de vieillesse). Elles financent des dispositifs en faveur de la qualité de vie et de soins des personnes âgées et des personnes handicapées. Les Carsat

jouent également un rôle important en matière de sécurité et de santé au travail en menant une politique de prévention des risques professionnels.

Au plan local, les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) assurent les relations de proximité entre les assurés et l'assurance maladie. En plus de réaliser des opérations courantes comme l'immatriculation des assurés ou le remboursement des prestations, les Cpam financent et mènent des actions de prévention et de promotion de la santé. Ces actions peuvent désormais être menées en lien avec les agences régionales de santé (ARS) en application du projet régional de santé. Chaque département compte au minimum une Cpam. On en dénombre actuellement 101 sur le territoire métropolitain. Dans les départements d'outre-mer, les quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) jouent le rôle conjoint de Cpam, de caisse d'allocations familiales et d'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

### Le service aux usagers et aux professionnels

Grâce à l'informatisation des feuilles de soins avec la carte Vitale, le remboursement s'effectue sous cinq jours, contre douze avec les feuilles de soins traditionnelles. Les 5 500 points d'accueil de France métropolitaine reçoivent 40 millions d'assurés et traitent 20 millions d'appels téléphoniques chaque année. Depuis janvier 2007, un service de plateforme téléphonique renseigne les assurés sur leurs droits, les tarifs pratiqués ou les coordonnées des praticiens à proximité de leur domicile. Du relevé des indemnités journalières à la mise à jour de la carte Vitale, plus de 75 000 opérations sont effectuées quotidiennement aux 1 100 guichets automatiques de l'assurance maladie. Sur le site Internet [ameli.fr](http://ameli.fr), l'assuré peut créer un compte personnalisé pour suivre ses remboursements, remplir des formulaires administratifs en ligne et accéder à la liste des tarifs et des adresses des professionnels de santé et des établissements de soins.

Via un compte individuel en ligne, les professionnels de santé peuvent consulter leurs versements et la liste des patients qui les ont désignés comme médecin traitant ou commander des supports de prévention mis à leur disposition.

Enfin, les entreprises peuvent effectuer leurs démarches (déclarations sociales, attestations de salaires) en ligne grâce au téléservice [net-entreprises.fr](http://net-entreprises.fr). Ils peuvent également adhérer aux services du site internet [risquesprofessionnels.ameli.fr](http://risquesprofessionnels.ameli.fr) pour s'informer et recevoir le suivi des indemnités de leur salarié en arrêt maladie.

Créées en 2000, les treize unions des gestionnaires des établissements des caisses d'assurance maladie (Ugecam) gèrent un réseau de 150 établissements à caractère

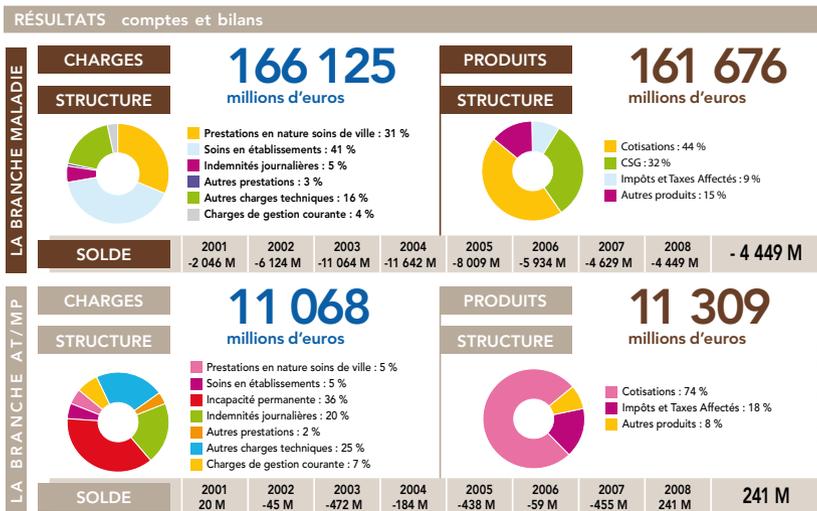
sanitaire et médico-social appartenant à l'assurance maladie et veillent à la qualité de ces prestations à l'échelle de leur région.

Les ARS - conjointement avec les représentants régionaux des organismes d'assurance maladie - élaborent un programme pluriannuel régional de gestion du risque qui comprend les actions et les objectifs de gestion du risque définis au niveau national dans le contrat entre l'État et l'Uncam. Ce programme pluriannuel comprend également les actions et les objectifs complémentaires (régionaux) liés aux spécificités locales.

## CHIFFRES CLÉS

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2009 pour le régime général (métropole et DOM) s'élevait à 150,8 milliards d'euros pour la branche maladie et à 173,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.

La branche maladie a représenté, en 2009, des recettes de 162,3 milliards d'euros. L'objectif de dépenses pour la branche AT/MP était alors de 11,2 milliards d'euros pour le régime général. Pour la branche AT/MP, les recettes étaient de 12,1 milliards d'euros.



L'assurance maladie traite plus d'un milliard de demandes de remboursement par an. Les dépenses se répartissent ainsi : prestations maladies (118,8 milliards d'euros), maternité (5,98 milliards), invalidité (4,43 milliards), décès (161 millions). Les prestations maladie-maternité représentent ainsi 85 % des dépenses de la branche maladie. En 2008, la maîtrise médicalisée a permis de réaliser 495 millions d'euros d'économies. Depuis 2005, la lutte contre les fraudes et les abus a permis d'économiser 358,2 millions d'euros.

### *B - Le régime social des indépendants (RSI)*



Créé en 2006, le RSI couvre le risque maladie, maternité et vieillesse pour l'ensemble des professions indépendantes, dites "non salariées et non agricoles". Le RSI regroupe l'ensemble des organismes gestionnaires de la couverture des professions indépendantes et, depuis 2008, il est l'interlocuteur social unique (ISU) en matière de cotisations et de contributions sociales des chefs d'entreprises artisans, industriels ou commerçants. Il est dès lors en charge de prestations auparavant gérées par différents organismes et participe ainsi à une meilleure lisibilité de la prise en charge auprès de ses assurés. Au-delà de sa mission de protection sociale, le RSI assure l'accompagnement personnalisé des travailleurs indépendants dans leurs démarches liées à la santé, et parfois à la retraite, aux moments décisifs de leur parcours professionnel, mais aussi privé.

L'organisation territoriale est semblable à celle du régime général de l'assurance maladie : une caisse nationale sous la tutelle de l'État, un réseau d'une trentaine de caisses régionales interprofessionnelles et deux caisses dédiées aux professions libérales (pour les risques maladie et maternité). En plus de nombreux sites d'accueil locaux, le RSI a maillé le territoire d'un réseau d'organismes conventionnés afin de remplir efficacement ses missions de versement des prestations d'assurance maladie et maternité.

En matière de prévention, le RSI relaie les opérations de prévention nationales et mène plusieurs actions dans les champs du dépistage (cancer du sein, de l'utérus et du colon), des addictions, de la vaccination ou du dépistage (maladies héréditaires et professionnelles).

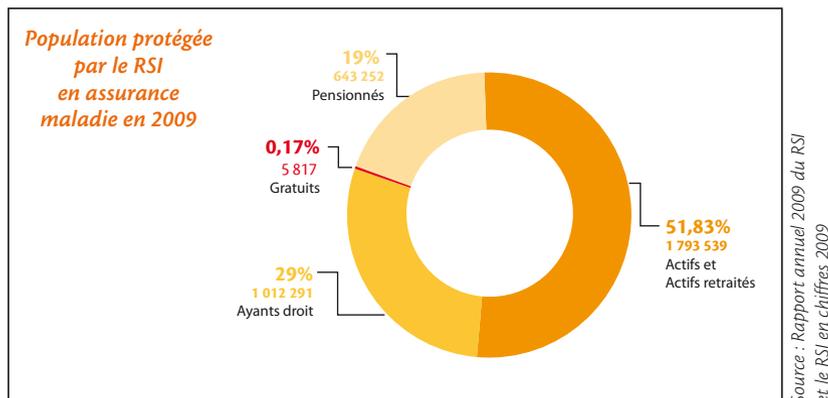
## CHIFFRES CLÉS 2009

### DÉMOGRAPHIE

**2,1 millions** de cotisants, **3,5 millions** de bénéficiaires maladie, plus de **22 000** invalides

### DÉPENSES

**6,6 milliards** de prestations maladies (3,2 milliards pour les soins de ville, 3,4 milliards pour les établissements de soins, 209 millions pour les indemnités journalières)



### C - La mutualité sociale agricole (MSA)



La Mutualité sociale agricole (MSA) gère la protection sociale agricole globale (santé, retraite, famille...) de l'ensemble de la profession agricole - exploitants, salariés, employeurs de main d'œuvre agricole - et de leurs familles, soit plus de six millions de bénéficiaires. Le réseau MSA, composé d'une caisse centrale et de 35 caisses pluridépartementales, verse ainsi plus de 27,1 milliards d'euros de prestations chaque année. Il réalise de surcroît la collecte et le contrôle des cotisations sociales dûes par les exploitants et les employeurs de main d'œuvre agricoles.

Sur le plan de la santé, garantir une offre de soins qui soit à la portée de tout le milieu rural constitue l'une des priorités de la MSA. Face à la répartition très inégale des professionnels de santé sur le territoire français, aux difficultés de déplacement et au

vieillesse de la population, la MSA propose des services et des modes de prise en charge innovants et fondés sur l'expérimentation : accompagnement dans la création de maisons de santé rurales pluridisciplinaires, contribution au développement de réseaux gérontologiques pour le maintien à domicile des personnes âgées...

La prévention représente également un domaine d'intervention privilégié depuis de nombreuses années et s'adresse à tous les publics (examens bucco-dentaires, ateliers du *Bien vieillir*, séances d'activation de la mémoire...). Par ailleurs, la MSA est le seul régime de protection sociale à assurer en direct, dans son secteur d'activité, la médecine du travail et la prévention des risques professionnels.

### CHIFFRES CLÉS (2009)

#### DÉMOGRAPHIE

**1,2 million** d'actifs, **200 000** établissements employeurs

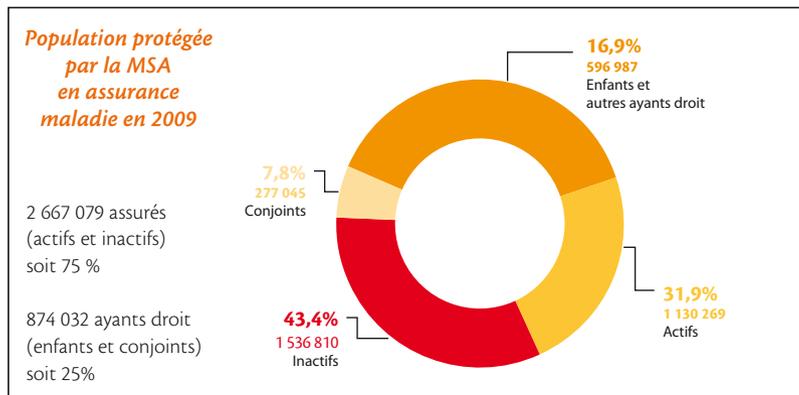
**3,5 millions** de personnes assurées en risque maladie

**2,3 millions** de personnes couvertes contre les accidents de travail

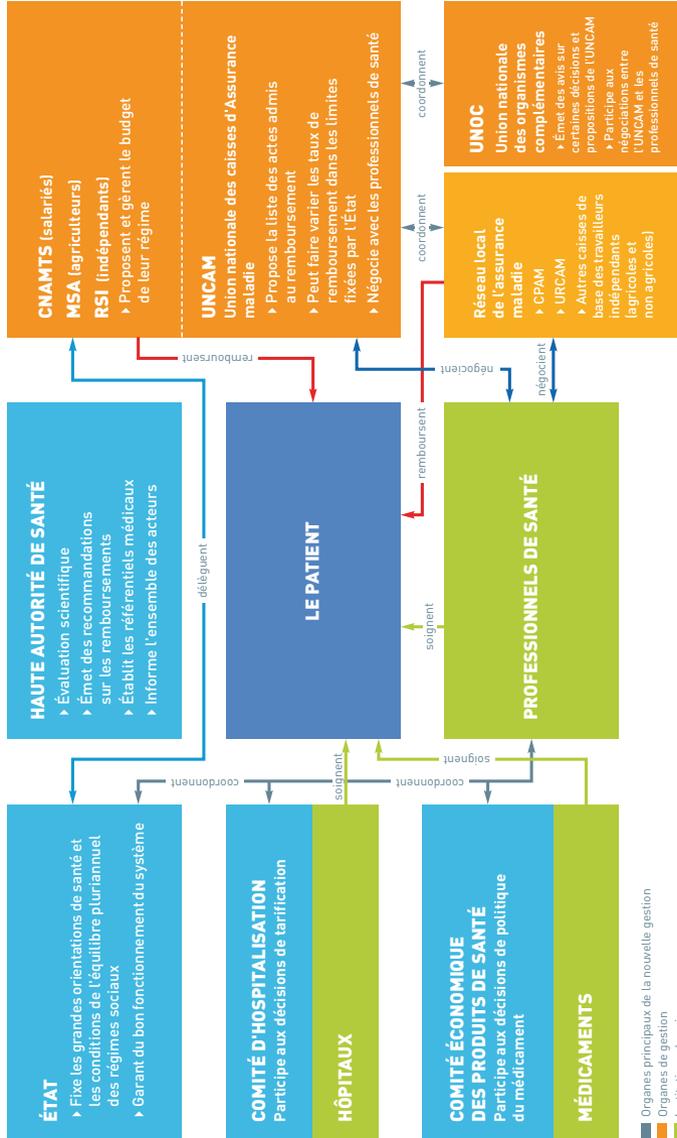
**3,9 millions** de personnes bénéficiaires de l'action sanitaire et sociale (précarité, handicap, gérontologie, prévention sanitaire, familles et jeunes)

#### FINANCEMENT

**27,7 milliards** d'euros de prestations sociales au régime agricole en 2009 (métropole et Dom) dont 40 % pour la couverture du risque maladie.



Source : Rapport d'activité 2009 de la MSA



■ Organes principaux de la nouvelle gestion  
 ■ Organes de gestion  
 ■ Institutions de soin

Source : ministère de la Santé



## CHAPITRE 9 :

# Complémentaire santé et accès de tous aux soins

## I - Dispositifs d'accès aux soins

### A - La complémentaire santé : une protection indispensable

Si l'on considère la participation financière que représente le ticket modérateur, l'assurance maladie obligatoire peut s'avérer insuffisante pour un remboursement des dépenses de santé. Le bénéfice d'une assurance complémentaire santé est donc souvent nécessaire pour ne pas laisser à la charge des malades des dépenses qu'ils ne pourraient supporter. L'absence de couverture complémentaire est en effet un facteur important de renoncement aux soins : 32 % des personnes non couvertes déclarent renoncer à des soins.

	assurance maladie obligatoire	assurance maladie complémentaire
Affiliation	Obligatoire	Facultative (sauf dans le cadre de conventions collectives)
Couverture	Ensemble de la population	93 % de la population, dont environ 8 % au titre de la CMU et 4 % au titre de la CMU-C °.
Financement	Proportionnel au revenu	Forfaitaire
Part dans le financement	Finance 78 % de la dépense courante de soins et de biens médicaux	Finance 13 % de la dépense courante de soins et de biens médicaux

### B - Les dispositifs publics destinés à améliorer l'accès aux soins

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (CMU) a répondu aux lacunes du dispositif en offrant aux plus démunis un accès à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie et une complémentaire santé gratuite. Ce dispositif comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire (CMU-C).

### La CMU de base



La CMU prévoit l'affiliation obligatoire au régime général d'assurance maladie de toute personne non couverte par un autre régime d'assurance maladie. La CMU de base permet de bénéficier de toutes les prestations en nature (remboursements) de l'assurance maladie. Elle engendre les mêmes droits et obligations que cette dernière : le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. Celui-ci paie, en principe, ses consultations chez le médecin et ses médicaments en pharmacie et est remboursé au même titre que les autres assurés sociaux par sa caisse d'assurance maladie.

### La CMU Complémentaire (CMU-C)

La CMU-C permet de fournir une complémentaire santé gratuite sous condition de ressources : les revenus annuels des demandeurs doivent être inférieurs à un plafond, qui varie selon la composition du foyer (7 521 euros pour une personne seule en métropole en 2009). Les bénéficiaires ont droit à une prise en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait hospitalier ainsi que, dans des limites fixées par arrêté, des dépassements de tarifs pratiqués pour les soins dentaires, l'optique et certains dispositifs médicaux (audioprothèses, appareillages...). Ces prestations offrent donc la possibilité d'accéder à l'ensemble du système de soins sans dépense à charge et sans avance de frais, puisque le tiers payant est de droit pour le bénéficiaire.

### L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

La loi du 13 août 2004 est venue compléter la loi du 27 juillet 1999 en créant une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), au bénéfice des personnes disposant de ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. L'ACS se présente sous la forme d'une aide financière pour le paiement d'un contrat santé souscrit à titre individuel. Si les ressources du ménage sont comprises entre le plafond de la CMU-C et celui-ci majoré de 20 %, sa caisse d'assurance maladie lui remet une attestation ouvrant droit à l'ACS. Le montant de cette dernière varie en fonction de l'âge des bénéficiaires : 200 euros pour les 16-25 ans et pour les personnes âgées de 25 à 59 ans et 400 euros pour les plus de 60 ans. L'ACS donne droit à :

- Une "attestation-chèque" à faire valoir auprès de la complémentaire santé choisie librement par le bénéficiaire (caisse d'assurance maladie, mutuelle ou compagnie d'assurances) ;

- La dispense de l'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie lors des consultations médicales, dans le cadre du parcours de soin coordonné.

### **Le fonds CMU**

Lors de sa mise en place par la loi du 27 juillet 1999, le fonds de financement de la CMU assurait le financement de la CMU complémentaire, puis de l'ACS à partir de 2004, grâce à diverses contributions publiques.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le fonds CMU dispose désormais d'une ressource propre : la taxe sur les organismes complémentaires, qui passe de 2,5 % à 5,9 %. Le financement de la CMU-C et de l'ACS représente une dépense d'environ 1,7 milliard d'euros par an.

### **L'aide médicale de l'État**

L'aide médicale de l'État (AME) est destinée à prendre en charge les frais de santé des personnes qui ne remplissent les conditions de stabilité et de résidence pour bénéficier de la CMU. En d'autres termes, l'AME s'adresse aux ressortissants en situation irrégulière qui ne disposent d'aucune couverture sociale, à condition qu'ils résident en France depuis plus de trois mois. Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance des frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.

## **II - Les complémentaires santé privées**

Au-delà de l'intervention de la sécurité sociale et de l'État, les organismes habilités à proposer une complémentaire santé sont les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Les contrats de couverture complémentaire santé peuvent être souscrits à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat d'entreprise, avec un financement de l'employeur. Dans ce cas, ils ont un caractère obligatoire pour tous les salariés concernés. Il existe également des contrats couvrant des publics spécifiques, comme ceux destinés aux étudiants.

Les complémentaires santé proposent une couverture de base qui prend en charge le ticket modérateur non couvert par l'assurance maladie obligatoire ou des prestations plus

étendues : frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, forfait journalier hospitalier, les consultations médicales, les frais pharmaceutiques, les frais d'optique, etc.

## *A- Les organismes non lucratifs*

### **Les mutuelles**

Le mouvement mutualiste représente 86 % des organismes complémentaires et rassemble plus de 2 000 mutuelles et unions de mutuelles. Ces institutions, qui relevaient à l'origine de la Charte de la mutualité de 1898, continuent de fonctionner en vertu du principe de participation des assurés à la gestion. Elles ne pratiquent aucune discrimination en fonction de l'état de santé de la personne.

Les mutuelles financent une couverture sociale complémentaire, ainsi que des actions de prévoyance (vieillesse, invalidité, décès), au moyen de cotisations dont le montant est indépendant des caractéristiques individuelles des adhérents. En dehors de ces prestations assurancielles, elles gèrent plus d'un millier d'œuvres et d'institutions sociales diverses pour leurs adhérents (établissements hospitaliers, maisons de retraite, centres de loisirs, cabinets dentaires...).

La Mutualité française milite en faveur du tiers payant, mécanisme permettant aux adhérents de ne pas avancer les frais médicaux. Ces frais sont pris en charge par les mutuelles dans le cadre de conventions signées avec la sécurité sociale, les professionnels de santé et les établissements de soins.

### **Les institutions de prévoyance**

Les institutions de prévoyance sont également des organismes privés à but non lucratif. Elles gèrent des contrats d'assurance de personne à caractère collectif, c'est-à-dire dans le cadre exclusif de l'entreprise ou de la branche professionnelle. Le conseil d'administration est constitué à parts égales de représentants des salariés et des employeurs. Il a la charge de définir et de mettre en œuvre les garanties dans l'intérêt exclusif des salariés.

Ces institutions interviennent aussi sur d'autres champs de l'assurance : retraite, décès, incapacité, invalidité.



## B - Les opérateurs : les sociétés d'assurance

Les sociétés d'assurance représentent plus de 10 % des organismes complémentaires. À la différence des deux catégories précédentes, elles sont à but lucratif.

Les garanties de remboursement varient selon les contrats : prise en charge du seul ticket modérateur, remboursement total ou partiel des frais laissés à la charge de l'assuré (au-delà des tarifs conventionnels).

### Unocam

La loi du 13 août 2004 a créé L'Union nationale<sup>1</sup> des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam), qui regroupe les trois catégories d'institutions concernées. Son objectif principal est de développer une meilleure coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, afin de définir une politique de gestion du risque partagée par tous les acteurs du système de santé.

1 - Se référer au chapitre 8 sur l'assurance maladie

### Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5
CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3
Organismes complémentaires <sup>(2)</sup>	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7
<i>Mutuelles<sup>(2)</sup></i>	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7
<i>Sociétés d'assurance<sup>(2)</sup></i>	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5
<i>Institutions de prévoyance<sup>(2)</sup></i>	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>						

<sup>(1)</sup> : y compris les déficits des hôpitaux publics

<sup>(2)</sup> : y compris prestations CMU-C versés par ces organismes



## CHAPITRE 10 :

# Dépenses de santé et financement de l'offre de soins

### I - Les dépenses

Chaque année, les comptes nationaux de la santé répertorient l'ensemble des dépenses effectuées dans le domaine sanitaire et médico-social. Ils permettent également d'apprécier la répartition de l'effort financier entre l'État, les collectivités locales, l'assurance maladie, les organismes complémentaires (mutuelles et institutions de prévoyance) et les ménages. On distingue ainsi :

- **La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : elle comprend les soins hospitaliers et en sections médicalisées (personnes âgées), les soins de ville et la médecine préventive, les transports sanitaires et les produits médicaux ;
- **Les dépenses courantes de santé** : elles couvrent un champ de dépenses plus large que la CSBM. Elles s'élargissent en effet aux indemnités journalières (arrêts de travail), aux subventions reçues par le système de santé et au coût de gestion de l'administration sanitaire, ainsi qu'aux dépenses de prévention, de recherche et de formation médicales.

#### POINT ACTU : LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ 2008

*En 2008, la CSBM a atteint 170,5 milliards d'euros (8,7 % du PIB) et les dépenses courantes de santé se stabilisent à 215 milliards d'euros (11 % du PIB). Grâce aux dispositifs déployés depuis quelques années dans une logique de maîtrise médicalisée des soins, la croissance des dépenses de santé s'est ralentie, notamment pour certains produits et prestations sanitaires (auxiliaires médicaux, transports sanitaires, médicaments). Mises en œuvre dès 2008, les franchises ont rapporté 890 millions d'euros de recettes. Les génériques continuent leur progression et représentent 11 % des ventes, soit une économie d'environ un milliard d'euros pour l'assurance maladie en 2009.*

*Les dépenses de santé sont financées à la fois par des sources publiques et privées. La part de la CSBM financée par la sécurité sociale s'élève à 75,5 %. La contribution des organismes complémentaires continue à progresser pour atteindre 13,7 % et, enfin, le reste à charge pour les ménages représente 9,4 % de la CSBM.*

## *Le panier de soins*

Les produits et services de santé pris en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires sont inscrits sur des listes répertoriant leurs tarifs et la base de remboursement réglementaire. Il existe plusieurs listes d'actes et de biens médicaux :

- **La liste des actes et des prestations se décompose elle-même en deux classifications :**

- La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : cette nomenclature s'applique aux actes cliniques médicaux et aux actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
- La classification commune des actes médicaux (CCAM) : cette nomenclature s'applique, pour les actes techniques, au secteur libéral et hospitalier public et privé. Elle répertorie des actes codés en décrivant les techniques des différentes spécialités médicales et leur coût. Elle sert de base tarifaire pour la juste rémunération de l'acte en exercice libéral et l'allocation des ressources hospitalières.

- **La table nationale de codage de biologie (TNB) :** cette liste répertorie les tarifs applicables aux analyses, examens et autres frais liés à des prestations effectuées en laboratoire.

- **La liste des spécialités remboursables pour les médicaments :** elle détermine les produits et services thérapeutiques remboursés par l'assurance maladie et le tarif réglementaire des médicaments négociés avec les laboratoires pharmaceutiques.

- **La liste des produits et prestations pour les dispositifs médicaux :** cette liste s'intéresse aux dispositifs utilisés pour les traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques, pansements, prothèses et autres dispositifs pour les personnes handicapées physiques.

## II - Le financement du système de santé

Conformément au principe de séparation des risques, l'organisation financière du régime général repose sur l'autonomie des différentes branches de protection sociale (maladie et accidents du travail, famille, vieillesse). Chacune bénéficie d'un budget propre et chaque caisse nationale est responsable de l'équilibre financier de sa branche.

Contrairement aux ressources de l'État et des autres collectivités publiques, le système de protection sociale obéit au principe d'**affectation des recettes et des dépenses** : les contributions des salariés et employeurs sont clairement identifiées et affectées à la branche correspondante.

En plus d'assurer la lisibilité et la transparence du financement, cette affectation des cotisations permet d'associer directement les recettes et les dépenses liées à un risque social particulier. Depuis 1997, le Parlement vote la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui fixe un objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'ensemble des régimes obligatoires de l'assurance maladie. Dans une logique d'équilibre financier de la sécurité sociale, l'Ondam s'appuie sur les évolutions des dépenses de l'année précédente, des besoins de la population et des ressources disponibles. Indicatif sans être limitatif, il se décline en six enveloppes de dépenses correspondant à des secteurs déterminés :

- Les soins de ville, qui correspondent aux honoraires des professions médicales libérales : 75 milliards d'euros en 2010 ;
- Les établissements de soins financés par la T2A : 52 milliards d'euros ;
- Les autres dépenses des établissements de soins : 19 milliards d'euros ;
- Les modes de prise en charge alternatifs : 1 milliard d'euros ;
- L'aide versée aux établissements et services pour les personnes âgées (7 milliards d'euros) et les personnes handicapées (7,9 milliards d'euros).

### *La structure des recettes de l'assurance maladie*

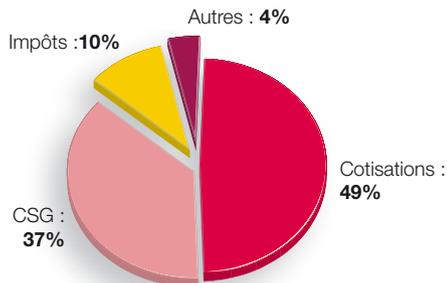
Le mode de financement de l'assurance maladie repose essentiellement sur des cotisations sociales prélevées sur les revenus d'activité professionnelle. Depuis les années 1990, les ressources se sont progressivement diversifiées avec le transfert de taxes et d'impôts au profit de la branche maladie et notamment avec la création de la **contribution sociale généralisée** (CSG).

- **Les cotisations** : dans une logique de partage du coût du financement de la sécurité sociale, il existe deux types de cotisations : les cotisations employeurs avec un taux de 12,80 % et les cotisations salariales (0,75 %). Ces dernières ont pratiquement disparu avec la création de la CSG. En 2008, les cotisations représentent 49 % des ressources de la branche maladie.

- **La CSG** : créé en 1991, cet impôt spécifique est affecté à la sécurité sociale. Au-delà des revenus du travail et de remplacement, il modifie la structure de financement de la sécurité sociale en élargissant ses prélèvements aux revenus du patrimoine et du capital. Le taux de la CSG s'élève à 7,5 %, excepté pour les revenus de remplacement (6,2 %). Environ 70 % de son rendement bénéficie aux régimes d'assurance maladie.
- **Les recettes fiscales** : les impôts et taxes affectés au financement de la branche maladie comme celles appliquées à l'alcool, au tabac, aux automobiles ou aux médicaments.

Les différents régimes sont liés par un système de compensation afin de corriger les évolutions démographiques divergentes des différents régimes. Enfin, l'État verse également une contribution, sous la forme de subventions d'équilibre aux régimes déficitaires et de prestations versées au titre de l'invalidité.

### Structure simplifiée du financement de la branche maladie en 2009



### *La collecte et la répartition des recettes*

Dans le régime général - qui couvre tous les salariés du secteur privé - le recouvrement des cotisations, contributions sociales et autres taxes affectées est assuré par une branche spécifique. La branche recouvrement comprend l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) et les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Administration gestionnaire de la trésorerie des trois

branches du régime général, l'Acoss anime et contrôle l'ensemble du réseau d'une centaine d'Urssaf. Elle assure aussi la gestion commune de la trésorerie des trois branches du régime général. La branche recouvrement est ainsi responsable de :

- **La collecte des cotisations** : versées par les employeurs et les travailleurs indépendants aux Urssaf, les cotisations remontent sur le compte unique de l'Acoss et la part correspondant aux cotisations maladie est ensuite reversée à la branche maladie.
- **La collecte de la CSG** : les Urssaf recouvrent seulement la CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement. Celle due sur les revenus du capital et du patrimoine est collectée par les services fiscaux. L'ensemble est reversé à l'Acoss qui répartit cette somme entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

### FOCUS : Réduire le déficit de l'assurance maladie

*Le déficit de l'assurance maladie a des causes structurelles, mais découle aussi d'un déséquilibre conjoncturel. En effet, le ralentissement de la croissance et la montée du chômage engendrent une perte de recettes, qui ne permet pas de compenser la hausse du niveau de dépenses de santé. En plus de la diversification des ressources de financement, plusieurs techniques de régulation ont donc été mises en œuvre pour enrayer ces pertes :*

- **Le contrôle par la demande** : les assurés sont amenés à davantage contribuer à la prise en charge de leurs dépenses de santé. D'un côté, ces mesures régulent la consommation de soins et d'un autre, elles offrent des ressources financières supplémentaires à l'assurance maladie. Concrètement, la participation de l'assuré est sollicitée via plusieurs dispositifs : contribution d'un euro par consultation, ticket modérateur, forfait hospitalier, le déremboursement de médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé insuffisant.
- **Le contrôle de l'offre** : En plus des outils de planification sanitaire (numerus clausus, Sros...), l'État a initié plusieurs réformes pour favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Cela se traduit notamment par le choix du médecin traitant, le parcours de soins coordonné, la prescription de médicaments génériques, le renforcement des pratiques professionnelles libérales avec la création de références médicales opposables (RMO) pour éviter les prescriptions abusives. La rationalisation de l'offre de soins passe également par une plus grande cohérence et efficacité du système, comme la modernisation de la gestion hospitalière avec l'instauration de la T2A.



## CHAPITRE 11 :

# Les grands enjeux

L'ensemble des études internationales (Union Européenne, OCDE, OMS...) confirment que la France dispose de l'un des systèmes de santé les plus performants au monde. Avec le développement de l'assurance maladie, ce système est accessible à toute la population, grâce à la combinaison entre les régimes d'assurance maladie obligatoire, les régimes complémentaires et les dispositifs de solidarité comme la couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Ce système a cependant un coût : la France consacre aux dépenses de santé totales environ 11 % de son produit intérieur brut (PIB), ce qui la classe au second rang mondial derrière les États-unis, très loin devant avec 16 % du PIB. Selon la dernière étude de l'OCDE, portant sur l'année 2008, la moyenne des pays de l'OCDE se situe à 8,9 %. La dépense moyenne de santé par habitant (ajustée sur la base de la parité du pouvoir d'achat moyen des monnaies) se situe en France à 3 601 dollars, contre 2 984 dollars pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Comme tous ses homologues des pays développés, le système de santé français est aujourd'hui confronté à un certain nombre de défis. À court terme, le principal est sans doute celui résultant de la crise économique mondiale, qui pèse sur les recettes de l'assurance maladie. Mais les principaux enjeux se situent dans le moyen et long terme. Les pouvoirs publics, comme les organismes de protection sociale ont d'ores et déjà entrepris de s'y préparer. En voici les principaux.

## La répartition du financement

Une autre particularité de la France est de présenter un taux élevé de financement des dépenses de santé par des fonds publics (y compris l'assurance maladie) : en 2008, 79 % des dépenses de santé étaient ainsi financées par des fonds publics (pour une moyenne de 73 % au sein de l'OCDE), contre 13,7 % pour l'assurance maladie complémentaire et 7 % restant directement à la charge des ménages (18 % au sein de l'OCDE).

Les mesures de redressement de l'assurance maladie prises au cours des dernières années - comme l'augmentation des tickets modérateurs, le moindre remboursement de certains médicaments jugés non indispensables et la mise en place de dispositifs comme le forfait à un euro - ont conduit à un accroissement de la part des complémentaires santé (dont les tarifs ont mécaniquement augmenté), mais aussi du reste à charge des ménages. La part financée par la sécurité sociale au sens strict est ainsi passée de 77,1 % en 1995 à 75,5 % en 2008, tandis que celle des complémentaires santé passait de 12,2 % à 13,7 % sur la même période.

Cette évolution pose deux questions principales. La première est celle de l'universalité de la protection complémentaire santé. Actuellement, environ 7 % des Français ne sont pas couverts. Si les personnes à très faibles revenus peuvent bénéficier de la CMU complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), les travailleurs modestes - dont les revenus se situent néanmoins au-dessus des plafonds - n'ont parfois pas les moyens nécessaires pour acquérir une couverture complémentaire, s'ils n'en bénéficient pas dans le cadre de leur entreprise (ce qui est le cas pour les travailleurs indépendants et pour un certain nombre de petites entreprises). La seconde question est celle de la lisibilité et de la transparence des contrats d'assurance maladie complémentaire, qui recouvrent des prestations - et des coûts - très divers. Un premier pas a été franchi en ce domaine avec la mise en place, sous l'impulsion des pouvoirs publics, des "contrats responsables", qui définissent un niveau minimum de garanties proposées.

### Les affections de longue durée

Mis en place dès 1945, le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet aux personnes atteintes d'une affection longue et coûteuse de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour toutes les dépenses ayant trait à la maladie concernée. Environ 400 pathologies, regroupées en 30 affections, ouvrent droit à ce dispositif. S'y ajoute la "31<sup>e</sup> maladie", catégorie qui correspond à d'autres maladies - hors liste des 30 définie par décret - entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins d'une durée supérieure à six mois.

La France compte près de 8 millions de personnes en ALD (14 % de la population) et leur nombre a progressé de 5 % par an au cours des dix dernières années. Les ALD représentent environ 60 % des dépenses d'assurance maladie et leur montant progresse avec l'âge (une bonne part des ALD étant liées au vieillissement ou s'aggravant avec l'âge).

La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie a apporté d'importants changements, en confiant notamment des responsabilités à la Haute Autorité de Santé (HAS, voir chapitre 7). Celle-ci est notamment chargée d'émettre un avis sur la liste des ALD, de formuler des recommandations sur les actes et les prestations de soins nécessaires à la prise en charge des ALD, ainsi que sur les critères médicaux justifiant l'admission des patients dans ce dispositif. Les travaux de la HAS ont déjà fait apparaître d'importantes disparités sur ce dernier point, mais aussi des incohérences dans la liste des ALD (le diabète de type 2 sans complication est classé en ALD alors qu'il n'est pas spécialement coûteux, tandis que d'autres maladies, nettement plus honorables, ne sont pas classées en ALD). La réforme des ALD va donc constituer l'un des principaux chantiers de ces prochaines années pour le système de santé français.

### L'éducation thérapeutique du patient et la prévention

**"Processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient"** - selon la définition de l'OMS de 1998 -, l'éducation thérapeutique du patient est amenée à jouer un rôle croissant dans le système de santé français. Comme ses homologues étrangers, celui-ci est en effet confronté à la montée en charge des maladies "comportementales" ou "civilisationnelles". La rapide progression du diabète de type 2 en est la meilleure illustration.

Sur ce point, l'assurance maladie - et plus particulièrement la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - a développé un important savoir-faire. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue en effet l'une des priorités de la convention d'objectifs et de gestion (COG), signée entre l'État et la CNAMTS. Cette dernière a ainsi lancé en 2008, avec les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), un programme expérimental d'éducation thérapeutique du patient à destination d'un échantillon de personnes atteintes d'un diabète de type 2. Ce programme, qui s'inscrit dans le cadre d'une offre de services aux médecins traitants pour la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, mobilise notamment 21 centres d'exams de santé (CES).

De façon plus large, la prévention va jouer, dans les prochaines années, un rôle croissant dans le système de santé français. L'objectif est de limiter la montée en charge des maladies comportementales et de réduire la mortalité évitable (pourcentage des décès qui auraient pu être évités). Cette montée en charge de la prévention s'inscrit dans le prolongement de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (voir le chapitre 6). L'assurance maladie a déjà engagé de nombreuses actions en ce domaine : mise en place de sites dédiés, programmes de dépistages gratuits (du cancer du sein, dépistage bucco-dentaire chez les enfants et les jeunes), consultations de prévention pour les jeunes, programmes de prévention avec les professions de santé (prévention des effets secondaires des médicaments chez les plus de 65 ans, programme de prévention des maladies cardiovasculaires...), etc. Par ailleurs, les ARS sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre du schéma régional de prévention : programme d'actions comprenant le déploiement de l'ETP en région.

### **FOCUS : Le programme M'T Dents**

*Lancé en 2007 dans le cadre du plan national de prévention bucco-dentaire, le programme de prévention M'T Dents est mis en œuvre par l'assurance maladie. Il propose des rendez-vous de prévention chez le dentiste de leur choix à tous les enfants et adolescents à cinq âges clés : 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Au total, environ trois millions d'enfants bénéficient chaque année de ce programme. Grâce à des actions nationales et locales de communication et un travail avec l'Éducation nationale, la participation des enfants augmente rapidement : 15 % en 2007 (année du lancement), 29 % en 2008 (et 43 % chez les enfants de six ans).*

## Démographie médicale et offre de soins

En 2008, pour la première fois depuis plusieurs décennies, le nombre de médecins en activité régulière (médecins installés et disposant d'une adresse professionnelle) a reculé de 2 % en France, passant de 203 855 à 199 736, comme le montre l'édition 2009 de "L'Atlas de la démographie médicale", publié chaque année par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Certes, le nombre total de médecins a légèrement progressé de 0,5 %, ce qui s'explique par l'augmentation du nombre de médecins remplaçants et de praticiens ne déclarant pas d'activité. La combinaison de ce recul des médecins en activité régulière et de la croissance de la population française aboutit à une légère baisse de la densité médicale, passée en un an de 300,2 à 290,3 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants. Cette densité commence à s'effriter, non pas seulement dans les zones défavorisées mais désormais aussi au niveau national.

La question de la densité médicale de l'offre de soins se pose à deux niveaux : celui du nombre global de praticiens et celui de leur répartition sur le territoire.

Le premier point reste maîtrisable. Les pouvoirs publics ont en effet entrepris d'augmenter le *numerus clausus*, qui détermine le nombre d'étudiants entrant dans les différentes filières universitaires médicales (voir le chapitre 3). Compte tenu de la durée des études médicales et du décalage croissant entre la fin de ces dernières et l'installation en cabinet (nombre de jeunes médecins choisissant de commencer par des remplacements), il faut toutefois largement plus d'une décennie pour qu'un relèvement du *numerus clausus* commence à produire ses effets sur le terrain. Pour pallier la désaffection envers l'exercice libéral de la médecine - tout particulièrement pour les médecins généralistes -, le gouvernement et l'assurance maladie ont également entrepris de revaloriser cette filière.

L'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire se révèle nettement plus complexe à réaliser. La densité est ainsi de 237,5 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants en Picardie, contre 375 en région Provence Alpes Côte d'Azur. Ces disparités entre régions se doublent de différences importantes au sein même des régions, avec des écarts croissants entre les grandes villes - où continuent de s'installer les étudiants sortis des CHU - et les zones à plus faible densité. Ces écarts dans l'exercice libéral se retrouvent, dans des proportions souvent beaucoup plus importantes, chez d'autres professionnels de santé, comme les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes.

La liberté d'installation constituant l'un des principes de base de la médecine libérale, reconnu par la sécurité sociale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie - relayés par les collectivités territoriales - ont choisi de mettre en œuvre un ensemble de mesures incitatives pour convaincre les praticiens de s'installer dans les zones sous dotées : aide au financement des études en contrepartie d'un engagement d'installation, rémunération complémentaire, exonérations de charges, mise à disposition de locaux, développement de maisons de santé pluridisciplinaires pour lutter contre l'isolement...

Avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, l'assurance maladie a signé, en 2008 et 2009, des accords permettant de geler le nombre de professionnels dans les bassins de vie surdotés (pour les infirmiers par exemple, 250 bassins de vie regroupant environ 13 % des professionnels). En contrepartie, les professionnels qui s'installent dans le même nombre de zones sous dotées bénéficieront d'une prise en charge de leurs cotisations d'allocations familiales, d'une aide à l'investissement de 3 000 euros par an et d'une revalorisation de leurs actes (6 % pour les infirmiers).

### Dépendance et cinquième risque

Malgré le dynamisme démographique de la France (taux de natalité le plus élevé d'Europe, avec l'Irlande), le vieillissement inéluctable de la population et l'allongement constant de la durée de vie font de la dépendance un enjeu majeur des prochaines décennies. À l'horizon 2030, le nombre des plus de 75 ans aura été multiplié par trois et celui des plus de 85 ans par quatre. Outre la nécessité d'une prise en charge sociale et médicosociale adaptée, ce vieillissement pose également des questions sanitaires. C'est le cas, par exemple, avec la progression rapide de la maladie d'Alzheimer. La France a été l'un des tout premiers pays à se doter d'une politique structurée en la matière. Le plan Alzheimer 2008-2012 - le second du genre - prévoit ainsi une quarantaine de mesures, financées grâce à une enveloppe de plus d'un milliard d'euros.

Une telle évolution suppose évidemment une prise en charge médicale et médico-sociale adaptée. La France a entrepris de s'y préparer avec la mise en place progressive d'un "cinquième risque" de la protection sociale, entièrement dédié à la prise en charge de la dépendance. Cette montée en charge s'est faite en plusieurs d'étapes.

Dans un premier temps, le législateur a créé des prestations spécifiques. C'est ainsi qu'a été instaurée, en 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci compte aujourd'hui 1,1 million de bénéficiaires. Elle permet aux personnes âgées dépendantes de bénéficier d'une prestation en espèces, calculée en fonction de leur perte d'autonomie et de leurs ressources, et pouvant aller jusqu'à environ 1 200 euros par mois. Cette aide leur permet soit de financer des prestations favorisant le maintien à domicile, soit de financer le "tarif dépendance" dans les maisons de retraite. L'APA est financée principalement par les départements, avec le concours de l'État. En 2006, une prestation similaire a été mise en œuvre pour les personnes handicapées : la prestation de compensation du handicap (PCH).

Dans un second temps, la loi 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Celle-ci joue désormais un rôle central dans le financement de la prise en charge de la dépendance (voir encadré).

La troisième étape devrait se concrétiser en 2011 avec le probable dépôt d'un projet de loi instaurant le cinquième risque de la protection sociale. Le risque dépendance viendra ainsi compléter - 65 ans après la création de la sécurité sociale sous sa forme contemporaine - les risques maladie et accidents du travail, vieillesse et famille. À l'heure de la mise sous presse de cet ouvrage, tous les arbitrages sur le cinquième risque ne sont pas encore connus. Mais l'on sait déjà qu'il devrait associer des prestations relevant de la solidarité (sur le modèle des autres risques) et une part plus ou moins importante relevant de l'assurance privée. Afin d'inciter les actifs à se couvrir contre le risque dépendance, l'État pourrait mettre en place des incitations fiscales à la souscription des contrats. La gestion du cinquième risque devrait être confiée à la CNSA ou à un organisme dérivé de la CNSA.

## FOCUS : La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

*Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et opérationnelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, la CNSA joue à la fois le rôle d'une caisse de protection sociale (financement d'actions et de prestations) et celui d'une agence d'appui technique pour toutes les questions relatives à la prise en charge de la dépendance. Elle est notamment chargée de :*

- **Financer** les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées (elle apporte en particulier une aide aux départements pour le financement de l'APA - Allocation personnalisée d'autonomie - et de la PCH - Prestation de compensation du handicap) ;
- **Répartir** entre les régions et les départements les crédits de l'assurance maladie destinés au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes âgées ou handicapées ;
- **Garantir** l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicapés ;
- **Assurer** une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

*Le budget de la CNSA s'est élevé, en 2010, à 18,57 milliards d'euros. Il est alimenté par trois sources principales. Les deux premières sont les contributions versées par l'assurance maladie et l'affectation d'une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG). La troisième est plus originale. Il s'agit en effet de la contribution de solidarité autonomie (CSA). Celle-ci est versée par les employeurs (entreprises et administrations), en contrepartie de l'abandon d'une journée de congé par les salariés.*

### Ouvrages :

- Amédée Thévenet,  
**Les institutions sanitaires et sociales de la France**,  
*Que sais-je / PUF*, 2002.
- Ariel Beresniak et Gérard Duru,  
**Économie de la santé**,  
*éditions Masson*, 2007 (6<sup>e</sup> édition).
- Pierre Rosanvallon,  
**L'État en France de 1789 à nos jours**,  
*collection Points Histoire, Seuil*, 1993.
- Jean de Kervasdoué,  
**L'Hôpital**,  
*Que sais-je/ PUF*, 2004.
- Patrice Blémont et Pascal Olejniczak,  
**Assurance maladie et système d'offre de soins**,  
*Éllipses*, 2007.
- Dominique Ceccaldi, Danièle Moulinot, Dominique Rogeaux,  
**Les institutions sanitaires et sociales**,  
*Broché*, 2006.
- Bruno Palier,  
**La réforme des systèmes de santé**,  
*Que sais-je/ PUF*, 2004.
- Michel Borgetto, Jean-Jacques Dupeyroux, Robert Lafore,  
**Le droit de la sécurité sociale**,  
*Dalloz, collection Précis*, 2008 (16<sup>e</sup> édition).

### Articles :

- **“La Santé”**,  
*Cahiers Français* n°324  
dirigé par Olivier Cazenave,  
*La documentation française*  
janvier-février 2005.

- **“Atlas de la Révolution française”**,  
tome 7,  
*les Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales*, 1993.
- **“Hôpital”**,  
article *Universalis*  
de Robert-Frédéric Bridgman.
- **“Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ?”**,  
article de Daniel Benamouzig (CNRS/ INSERM/EHESS)  
et Julien Besançon (Science Po/CNRS),  
*revue Horizons stratégiques*,  
numéro 3, janvier 2007
- **“La protection sociale en France”**,  
sous la direction  
de Marc de Montalembert,  
*Les notices de la documentation française*,  
2008.

### Les dossiers online :

- <http://www.hopital.fr>
- Les dossiers sur le site du ministère :  
<http://www.sante-sports.gouv.fr/liste-des-dossiers-de-a-a-z.html>
- Les données DREES :  
<http://www.sante-sports.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html>
- Les dossiers de la documentation Française :  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

# Table des matières

Le système de santé en France

<b>CHAPITRE 1</b>	P. 5
<b>Historique du système de santé</b>	
<b>CHAPITRE 2</b>	P. 11
<b>Principes, organisation générale et gestion</b>	
<b>CHAPITRE 3</b>	P. 19
<b>Médecine de ville et professionnels de santé</b>	
<b>CHAPITRE 4</b>	P. 31
<b>Les établissements de soins</b>	
<b>CHAPITRE 5</b>	P. 45
<b>Pharmacie et industrie de santé</b>	
<b>CHAPITRE 6</b>	P. 55
<b>Politique de santé publique</b>	
<b>CHAPITRE 7</b>	P. 63
<b>Les agences sanitaires</b>	
<b>CHAPITRE 8</b>	P. 71
<b>L'assurance maladie</b>	
<b>CHAPITRE 9</b>	P. 85
<b>Complémentaire santé et accès de tous aux soins</b>	
<b>CHAPITRE 10</b>	P. 91
<b>Dépenses de santé et financement de l'offre de soins</b>	
<b>CHAPITRE 11</b>	P. 97
<b>Les grands enjeux</b>	

<b>ABM</b>	Agence de la biomédecine
<b>Accoss</b>	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
<b>ACS</b>	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
<b>AESA</b>	Agence européenne de sécurité des aliments
<b>Afssa</b>	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
<b>Afssaps</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
<b>Afsset</b>	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
<b>AI</b>	Autorisation d'importation
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AME</b>	Aide médicale de l'État
<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché
<b>Anap</b>	Agence nationale d'appui à la performance des établissements
<b>Anses</b>	Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASHQ</b>	Agent de services hospitaliers qualifiés
<b>Asip</b>	Agence des systèmes d'information partagés
<b>ASMR</b>	Amélioration du service médical rendu
<b>AT/MP</b>	Accidents du travail / maladies professionnelles
<b>ATU</b>	Autorisation temporaire d'utilisation
<b>BPC</b>	Bonnes pratiques cliniques
<b>CA</b>	Conseil d'administration
<b>Capi</b>	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
<b>Carsat</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>CE</b>	Conseil exécutif
<b>CEPS</b>	Comité économique des produits de santé
<b>CGSS</b>	Caisse générale de sécurité sociale
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional
<b>CHRU</b>	Centre hospitalier régional universitaire
<b>CHS</b>	Centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie)
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CHT</b>	Communauté hospitalière de territoire
<b>CHU</b>	Centre hospitalo-universitaire
<b>CLCC</b>	Centre régional de lutte contre le cancer
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CMU-C</b>	CMU complémentaire
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNRS</b>	Centre national de la recherche scientifique
<b>CNS</b>	Conférence nationale de santé
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>CNSP</b>	Comité national de santé publique
<b>Cpam</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>Cpom</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>COG</b>	Convention d'objectifs et de gestion
<b>Cram</b>	Caisses régionales d'assurance maladie
<b>CSBM</b>	Consommation de soins et de biens médicaux

<b>CSG</b>	Contribution sociale généralisée
<b>CSIS</b>	Conseil stratégique des industries de santé
<b>CSMF</b>	Confédération des syndicats médicaux français
<b>CSP</b>	Code de santé publique
<b>CTE</b>	Comité technique d'établissement
<b>Ddass</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DDCS</b>	Direction départementale de la cohésion sociale
<b>DDCSPP</b>	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>Dom-Tom</b>	Départements et territoires d'Outre-mer
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>Drass</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>Ehpad</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPA</b>	Établissement public administratif
<b>EPRD</b>	État des prévisions de recette et de dépenses
<b>Eprus</b>	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
<b>EPS</b>	Établissement public de santé
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETP</b>	Éducation thérapeutique du patient
<b>FHP</b>	Fonction publique hospitalière
<b>FMC</b>	Formation médicale continue
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GIE</b>	Groupe d'intérêt économique
<b>GRSP</b>	Groupe régional de santé publique
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la santé publique
<b>HPH</b>	Health Promoting Hospital
<b>HPST</b>	La loi du 21 juillet 2009, "Hôpital, patients, santé et territoires"
<b>IJ</b>	Indemnité journalière
<b>Inpes</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>Inserm</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique (technique d'imagerie médicale)
<b>IRSN</b>	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
<b>ISU</b>	Interlocuteur social unique
<b>Leem</b>	Les entreprises du médicament
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>MEP</b>	Mode d'exercice particulier
<b>MSP</b>	Maison de santé pluridisciplinaire
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie et obstétrique (court séjour hospitalier)

<b>Marpa</b>	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
<b>MSA</b>	Mutualité sociale agricole
<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économique
<b>OMCL</b>	Official Medicines Control Laboratories (réseau européen des laboratoires de contrôle)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>Ondam</b>	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
<b>ONDPS</b>	Observatoire national de la démographie des professions de santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PCH</b>	Prestation de compensation du handicap
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>PMSI</b>	Projet de médicalisation des systèmes d'information
<b>PNNS</b>	Programme national nutrition santé
<b>PNSE</b>	Plan national santé environnement
<b>PNSE2</b>	Second volet du plan national santé environnement
<b>PSPH</b>	Participant au service public hospitalier
<b>PUI</b>	Pharmacies à usage intérieur
<b>PU-PH</b>	Professeur des universités-praticien hospitalier
<b>RCP</b>	Résumé des caractéristiques du produit
<b>RGPP</b>	Révision générale des politiques publiques
<b>RMO</b>	Référence médicale opposable
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>SMR</b>	Service médical rendu
<b>SPH</b>	Service public hospitalier
<b>Sros</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>Ssiad</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>T2A</b>	Tarifification à l'activité
<b>TNB</b>	Table nationale de codage de biologie
<b>UFR</b>	Unité de formation et de recherche
<b>Ugecam</b>	Union des gestionnaires des établissements des caisses d'assurance maladie
<b>Uncam</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladies
<b>Unocam</b>	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
<b>UNPS</b>	Union nationale des professionnels de santé
<b>Urmel</b>	Union des médecins exerçant à titre libéral
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée
<b>Urssaf</b>	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

---

Document édité par le GIP SPSI

Directrice de la publication : Agnès Plassart, déléguée du GIP SPSI

Responsable d'édition : Xavier Chambard, responsable de la communication

Conception-rédaction : PCA

Création et réalisation graphique : Projectil

Juillet 2010

*La reproduction des textes est autorisée sous réserve de citer la source : GIP SPSI, juillet 2010.*



GIP SPSI - 76 bd Haussmann - 75008 Paris - France  
Tél. : +33 - (0)1 55 30 17 00 - Fax : +33 - (0)1 55 30 17 12

[www.gipspsi.org](http://www.gipspsi.org)