



Santé Publique

Le Système de Santé

PLAN

- I) Le Système de Santé
- II) Population
- III) Offre de soins
 - A. Professions de santé
 - B. Établissements de santé
 - C. Médicaments
- IV) Pilotage et contrôle

Le Système de Santé

Ne se limite pas qu'à la **dimension de soins**
 → S'étend à toutes les **dimensions de la vie sociale**

I) LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. Définition

→ Le **système de santé** réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent :

- des **soins formels** : médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies
- des **soins informels** : guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires
- ainsi que **d'autres services**, comme la recherche.

→ Il comporte des politiques, des règlements et **des services connexes non liés aux soins de santé** :

- sécurité des **aliments**
- sécurité au **travail**
- **routes et véhicules fiables** pour le **transport des fournitures médicales**

→ soit tout ce qui contribue à **promouvoir** ou à **protéger** la santé.

→ Ensemble des moyens et activités dont la fonction est la **production de santé** dans le sens **promouvoir**, **prévenir** l'apparition des facteurs de risque ou de maladies, **guérir**, **réduire** les conséquences des maladies sur le plan professionnel et social : **secteurs curatif, préventif et médico-social**.



Le système de santé : s'étend à toutes les dimensions de la vie sociale

≠

Le système de soins : concerne le dispositif de prise en charge de la maladie

2. Objectifs d'un système de santé

- **Objectif principal** : préserver ou améliorer la santé de la population +++
≠
- **Objectifs complémentaires/contributifs** : +++ (objectifs de pays développés)
 - fournir des **services** qui répondent aux **attentes légitimes** (médicales et autres) du public
 - veiller à ce que tous les **ménages aient accès** à leur juste part des **services publics** et qu'ils soient **protégés** aussi bien les uns que les autres contre les **risques de problèmes financiers**

3. Fonctions essentielles

Prestation de services de santé

Fournir des services de santé :

- qu'il s'agisse de **soins de santé personnels** (diagnostic, réadaptation, ...) à **visée curative**
- ou de **services « collectifs »** à **visée préventive ou éducative**, comme l'éducation de masse et l'hygiène.

Fourniture et gestion des ressources

Fournir les **ressources nécessaires** pour **faire fonctionner le système** (personnel médical, installations, médicaments, matériel, recherche/connaissances).

Financement

Percevoir des **recettes** et **affecter des ressources financières** aux différentes activités.

Administration

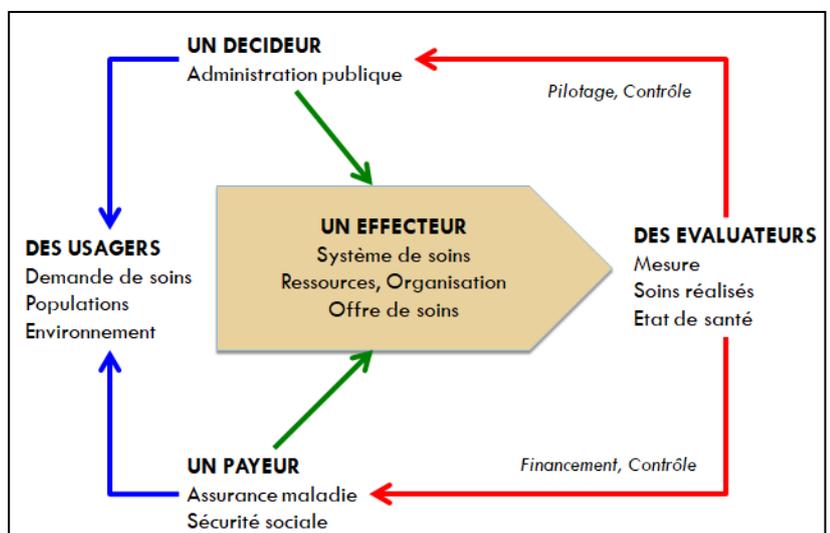
Uniformiser les règles de fonctionnement grâce à une administration chargée de l'organisation des soins, l'établissement des priorités, la mesure du rendement, la promotion, l'élaboration de politiques et de règlements et la protection des consommateurs.

4. Composantes +++ (le prof insiste dessus)

- **Population** :
 - Demands de soins (personnes âgées, nouveau-nés, femmes en âge de procréer)
 - Besoins sanitaires (espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité infantile, mortalité prématurée)
- **Offre de soins** : professions de santé, établissements, biens (médicaments, prothèse...) et services (consultations, hospitalisations, ...)
- **Système de financement**
- **Système de pilotage, contrôle** : régulation, définir des besoins et évaluer leur atteinte, rôle prépondérant des pouvoirs publics.

La population concerne la demande de soins.

NB : On est tous des usagers !



II) POPULATION

1. Recensement

- 65 millions habitants (2009) +++
- ≥ 65 ans : 16,8% ; ≥ 75 ans : 8,9%
 - ➔ personnes âgées : 1^{re} place de recours aux soins

2. Espérance de vie +++

➔ **Espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0)** : elle représente la **durée de vie moyenne** (autrement dit l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge +++

	♂	♀
EV à la naissance (2014)	79,3 ans	85,5 ans
EV à 60 ans (2015)	22,9 ans	27,3 ans

L'EV des femmes est supérieure à celle des hommes. L'EV augmente pour les deux sexes et la différentiel H/F diminue. +++

L'augmentation de l'espérance de vie est la conjugaison de plusieurs facteurs intervenant avant et après l'âge de 65 ans, notamment :

- l'effet du progrès médical
- l'évolution de l'environnement (amélioration de l'accès aux soins de santé, meilleures conditions de vie)
- et les changements de comportements individuels (comportements en matière d'hygiène et de prévention).

➔ **Espérance de vie « en bonne santé »**, c'est-à-dire sans limitation d'activités (ou sans incapacité : EVSI), depuis la naissance est estimée, en France, en 2014, à :

64,2 ans pour les ♀, 63,4 ans pour les ♂

C'est un résultat comparable à celui de pays voisins, mais un peu inférieur aux pays nordiques.

3. Mortalité

➔ **Mortalité infantile** (décès d'enfants <1 an) :

3,9 pour 1000 en 2017 (4,4 pour 1000 en 2000)

➔ **Mortalité prématurée** (décès avant 65 ans) :

- Essentiellement les **hommes**, décèdent 2 fois plus souvent que les femmes en raison des conduites à risque ++
- La part des décès des hommes avant 65 ans tend à **diminuer**, celle des femmes a **augmenté** entre 2000 et 2008.
- ➔ Les femmes relaient les hommes sur les conduites à risque ++

EVSI

*Explication de **bananablaste** ♥ : La vie comporte une phase « sans incapacité / sans limitation d'activité / en bonne santé » donc c'est en fait la phase où on a une vie « normale », sans maladie et il y a aussi une phase où l'on peut être malade (cancer qui nécessite un traitement), ou dépendant (personnes âgées qui ne peuvent pas rester seules chez elles).*

➔ **Espérance de vie = EVSI + phase avec limitation d'activités**

	Mortalité prématurée total	Mortalité prématurée femmes	Mortalité prématurée hommes
1980	24,5 %	15,7 %	32,6 %
1990	23,7 %	14,4 %	32,3 %
2000	20,6 %	12,9 %	27,9 %
2008	20,7 %	13,6 %	27,5 %

4. Causes de décès

CépiDc = Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de décès INSERM.

Cette statistique est établie sur la base des **informations recueillies** à partir de deux documents :

- le **certificat de décès** (rempli par le médecin)
- le **bulletin de décès** (établi par l'officier d'état civil)

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
Tumeurs	34	25	30
Maladies cardio-vasculaires	25	30	28
Morts violentes	9	7	8
Maladies infectieuses, parasitaires et de l'appareil respiratoire	6	6	6
Autres maladies	17	22	20
Causes de décès non-déclarées ou mal-définies	5	7	6

Seul l'ordre importe, sachant que les **tumeurs** et les **maladies cardio-vasculaires** sont les plus fréquentes !

III) OFFRE DE SOINS

A. Professions de santé

1. Définitions

Les professions de santé sont **définies** par le **Code de la Santé Publique** : existence d'un **diplôme d'État**, de **règles déontologiques** (ordre) et d'un **monopole d'exercice** ++

On distingue les professions :

- **Médicales** : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, vétérinaire, ...
- **Auxiliaires** : infirmiers, MSK, manip. radio, diététicien, pédicure, podologue, orthophoniste, orthoptiste, ...

Numéros clausus en 2011

Nombre d'étudiants admis à s'inscrire en L2 (nombre de postes ouverts au concours PACES) :

- *Médecine* : 7 400
- *Pharmacie* : 3 095
- *Odontologie* : 1 154
- *Sage-Femme* : 1 015

L'Héliotropisme

À l'instar du *tournesol* (cc au P1 qui se reconnaîtra), les *médecins* suivent le *soleil*

2. Démographie médicale

Médecins

En 2010, il y a 207 457 médecins en France dont :

- 59% de libéraux
- 49% de généralistes
- 51% de spécialistes
- 37% de femmes (en augmentation)

→ Répartition **inéga**le (due à l'**héliotropisme**) :

- **Densité moyenne nationale** : 334 médecins pour 100 000 habitants
- **PACA et Île de France** : > 400 médecins pour 100 000 habitants
- **Régions sans communes à faible densité médicale** : PACA, Alsace, Corse

→ **Mesures incitatives** à l'installation en **région** « dépeuplée ».

Pharmaciens

En 2010, il y a 73 259 pharmaciens en France dont :

- 28 000 titulaires de leur officine
- 26 441 adjoints en officine
- 5 470 travaillant à l'hôpital
- 3 348 dans l'industrie pharmaceutique

Il y a 22 186 pharmacies sur le territoire français.

▪ Les pharmaciens sont formés par les **facultés de pharmacie**.

▪ Les **pouvoirs publics** réglementent la production et la distribution des médicaments.

▪ Leur prix et leur éventuel taux de remboursement sont déterminés par arrêté ministériel.

▪ Bien que les pharmacies soient des **entreprises privées**, leur implantation est régie par des **normes démographiques fixées par les pouvoirs publics** ++

3. Modes d'exercice

→ **Libéral** : libre choix du lieu d'installation (sauf pharmacie), clientèle privée, libre choix du professionnel par le patient (mais concept de médecin traitant), liberté de prescription, rémunération à l'acte (mais conventionnement) ++

→ **Salarié** : praticiens hospitaliers, médecins dans structures de **santé publique** ♥ (Éducation nationale, PMI, administrations), hôpitaux privés, industrie pharmaceutique, médecine du travail, ONG, ...

Modes d'exercice médical

Actuellement, on a une **baisse du secteur libéral** avec une **augmentation du secteur salarié (secteur hospitalier) ou libéral partiel**

- 50% de spécialistes libéraux vs. 70% de généralistes libéraux
- 80% des spécialistes salariés travaillent à l'hôpital
- 45% des généralistes salariés travaillent à l'hôpital
- 20% des généralistes salariés travaillent dans des centres de prévention (PMI, ...)

Les **IDE** sont plutôt **salariés** ; les **MSK** (kiné) sont plutôt **libéraux**.

4. Financement

→ En France, ce sont le **paiement à l'acte pour les médecins de ville** et le **salariat à l'hôpital** qui représentent la norme.

→ Le montant des honoraires est fixé par des **échelles conventionnelles**

→ Si le **paiement à l'acte est largement prédominant en ville**, il existe une **possibilité de dépassement** pour les médecins qui exercent dans le secteur dit « **à honoraires libres** » ou qui avaient acquis une qualification particulière avant 1980.

→ Il existe parallèlement des **systèmes de forfaits** : système de rémunération médecin traitant, rémunération des astreintes dans le cadre de la permanence des soins, forfait pour patients en ALD.

→ Les **médecins hospitaliers sont salariés**, mais ils ont la **possibilité d'exercer une activité libérale en parallèle** +++

B. Établissements de santé

1. Cadre juridique

Héritage histoire : religieux (moyen-âge), publique (XVI^e siècle), commerciale (1950)

Loi du 31 décembre 1970 dite loi Debré

Elle pose les **principes du service public hospitalier** :

- **continuité des soins** (urgences)
- **égalité d'accès aux soins** (pas de discrimination, détenus)
- **enseignement, recherche, prévention et éducation pour la santé, aide médicale urgente**

La Loi Debré

En **1958**, elle instaure les **CHU** (cc l'histoire ♥)

En **1970**, elle crée le **service public hospitalier**.

Elle distingue **3 types d'établissements** : **court séjour (MCO)**, **soins de suite et réadaptation (SSR)**, **longue durée**.

Loi du 31 juillet 1991 et ordonnances du 24 avril 1996 (dites ordonnances Juppé)

- Renforcement du **droit des malades**
- Modernisation de la **gestion hospitalière**
- Transformation **planification sanitaire**

Loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner

Relative aux **droits des malades et à la qualité du système de santé**, elle participe à **l'évolution du système de santé** qui, centré jusqu'à ce jour sur le bénéfice thérapeutique, tend désormais à **réaffirmer le respect des libertés des patients**.

Le malade doit désormais **être considéré non seulement comme une personne détentrice de droits fondamentaux mais aussi comme un usager**, d'abord à titre individuel dans sa relation avec la profession médicale, ensuite à titre collectif par son rôle dans les institutions de santé.

Loi 806-2004 du 9 août 2004

Ne confondez pas avec la **réforme de 2004** sur l'Assurance Maladie !

Elle n'est que la **deuxième loi relative à la politique de Santé Publique** dont la France se soit dotée en un siècle ; la première, datant de 1902, concernait notamment la politique vaccinale.

→ Cette loi se donne comme objectif de développer une **politique de santé rééquilibrée entre prévention, soins et réadaptation**.

La priorité est la **réduction de la mortalité et de la morbidité évitables** (avant 60 ans), la lutte **contre les inégalités de santé, l'amélioration de la qualité de vie** des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et la prise en compte des déterminants de santé dans leur globalité.

Astuce : Faites des liens entre les lois et ordonnances (ex : suite aux ordonnances 1996, on a vu l'apparition des ARH → planification sanitaire + on a également les LFSS, l'ONDAM, ... qui ont été mis en place avec ces ordonnances)

2. Loi HPST +++

Loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST

Loi de **2009** portant réforme de **l'hôpital** et relative aux **patients**, à la **santé** et aux **territoires** (HPST).

- Titre 1 – La modernisation des **établissements de santé**
- Titre 2 – **L'accès de tous** à des soins de qualité
- Titre 3 – Prévention et **santé publique**
- Titre 4 – **Organisation territoriale** du système de santé

OBJECTIFS

→ Réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale et ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012 alors qu'ils affichent un déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année.

■ **Organisation régionale de la santé**

Les **Agences régionales de santé (ARS)** regroupent **sept structures complémentaires**, dont les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les DDASS, les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM) et une partie de l'activité des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

→ Les ARS sont appelées à **coordonner les hôpitaux, la médecine de ville** (généralistes et spécialistes) et le **secteur médico-social** (maisons de retraite, ESAT, ...)

■ **Accès aux soins**

La loi entend **lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins**

→ Face à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, la loi veut **tenter de repeupler les déserts médicaux tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux** ++

■ **Gouvernance des hôpitaux**

Nouvelle gouvernance des hôpitaux avec un **conseil de surveillance**, un **directoire** et des **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM)**. Il vise à **faciliter des « coopérations » de l'hôpital public avec le secteur privé** (cliniques...).

→ L'objectif est de débloquer la vie de l'hôpital qui était figée par la recherche du consensus ou l'équilibre des lobbies internes.

■ **Prévention et santé publique**

Le texte prévoit **l'interdiction totale de vente d'alcool aux mineurs** et **limite la vente d'alcool dans les stations-services**.

Il **facilite l'accès à la contraception**, en prévoyant notamment la possibilité pour le pharmacien de délivrer des contraceptifs oraux au-delà de la période de validité de l'ordonnance.

Point nostalgique : En effet, avant 2009, il suffisait d'avoir 16 ans pour acheter de l'alcool, conclusion : c'était beaucoup plus simple de se mettre des races #c'étaitmieuxavant #ahbouhsnifpourlesmineursdauj

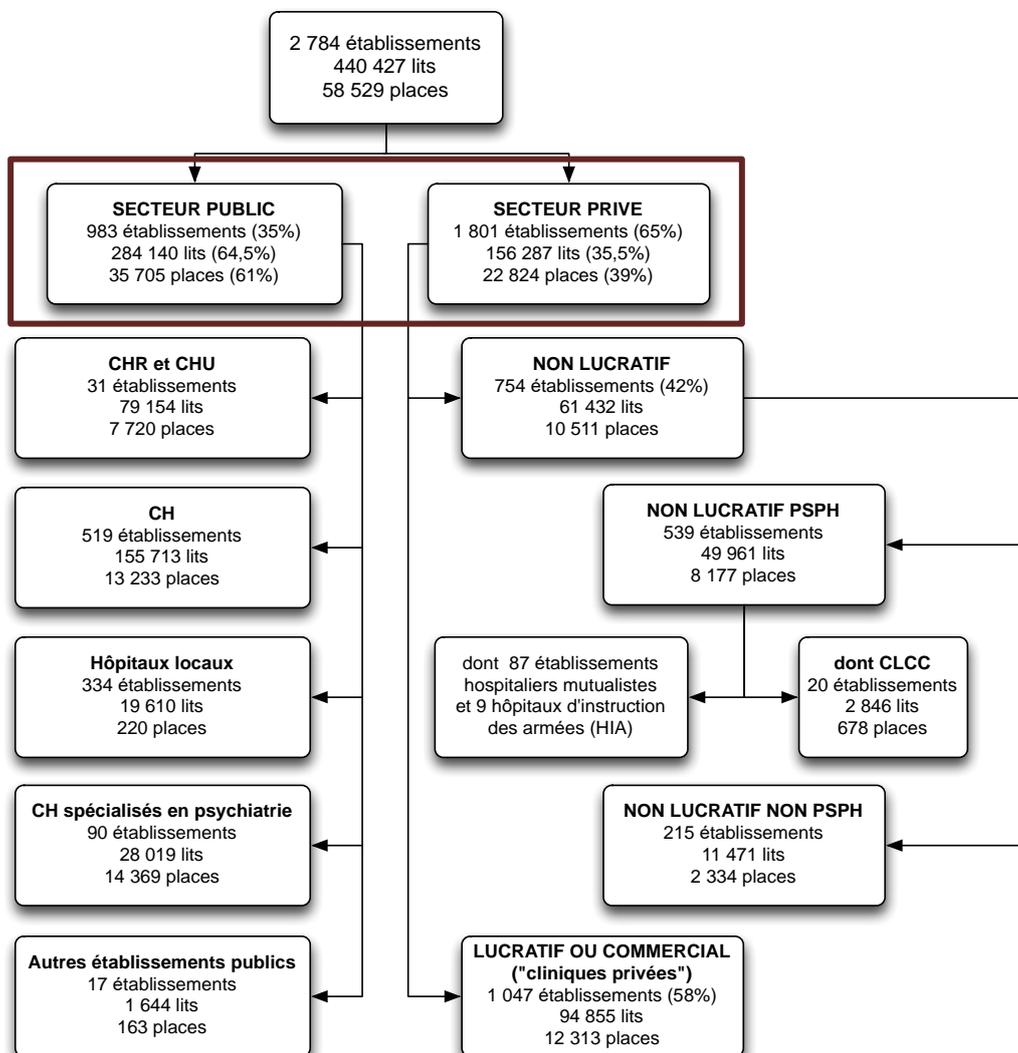
Rajouté par le prof : La loi HPST reprend les ordonnances de 1991 en intégrant les lois de 2002 et de 2004

3. Organisation des établissements

Selon la spécialisation	Selon le niveau de recours
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court séjour (médecine, chirurgie obstétrique = MCO) ▪ Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie : consultation Médicopsychologique ▪ Centre de lutte contre le cancer (CLCC) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital local (HL) ▪ Centre Hospitalier (CH) ▪ Centre Hospitalier Régional (CHR) Si convention avec Université (CHU)

Organisation des établissements de santé

Directoire, Conseil de surveillance, Commission médicale d'établissement (CME), Comité technique d'établissement (CTE), Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), Comité de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN), Commission du service de soins infirmiers, Pôles d'activités cliniques et médico-techniques composés d'unités fonctionnelles.



Les chiffres datent du 31.12.2008

Le prof rajoute : +++

Il y a plus d'établissements privés (65%) en France (donc plus de petites cliniques que d'hôpitaux) que d'établissements publics (35%). Cependant, au niveau des lits, le volume est plus important dans le secteur public que dans le secteur privé (logique, quand on considère que les hôpitaux prennent beaucoup plus de patients que le secteur privé)

Statut juridique

AVANT la loi HPST	Etablissements publics de santé				Etablissements de santé privés	
	Centres hospitaliers régionaux (CHR) Ou universitaires (CHU)	Centres hospitaliers généraux (CHG)	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)	Établissements de soins de courte durée Centres de lutte contre le cancer (CLCC) Établissements de lutte contre les maladies mentales Établissements de soins de suite et de réadaptation Établissements de soins de longue durée Établissements d'hospitalisation à domicile Etablissements de radiothérapie Établissements de dialyse	
	Secteur public				PSPH	Secteur privé
	Non lucratif				Lucratif	
APRES	Secteur public				ESPIC	Secteur privé
	Une seule catégorie d'établissements de santé publics : les centres hospitaliers				Etablissements de santé privés d'intérêt collectif	Etablissements de santé privés

Exemple d'informations à connaître sur ce tableau : +++

Suite à la loi HPST, les PSPH sont devenus des ESPIC ; ou bien les hôpitaux locaux sont devenus des centres hospitaliers (CH).

Point QCM ++ : Les secteurs lucratifs et non-lucratifs vont être supprimés suite à la loi. Concernant le nombre d'établissements, il va être diminué mais pas avec la loi.

4. Financement des établissements

Depuis janvier **2004**, **tarification à l'activité** : méthode de financement qui permet d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective pour une prise en charge analogue et un prix identique (forfait par pathologie)

→ L'**activité** de l'établissement est mesurée et évaluée par le **recueil d'informations** (résumés standardisés de sortie) effectué au travers du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI)

→ **Financement = T2A + MIGAC + MERI**

(= tarification à l'activité + Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation + Mission d'Enseignement, de Recherche, référence, d'Innovation, ...)

C. Médicaments (cette partie, c'est +++ en pharmaco♥, moins importante en SP)

→ L'**Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)** – anciennement AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé – délivre **l'autorisation de mise sur le marché** (AMM)

- La **Commission de Transparence** fixe le **taux de remboursement** et analyse le **service médical rendu** (SMR)
- Le **Comité Économique** (CEPS) fixe le **prix** par négociation avec l'industrie pharmaceutique .

→ À l'hôpital, les médicaments sont **acquis par appel d'offres** (code des marchés publics) et dispensés par des pharmacies à usage interne (PUI) avec possibilité de cession aux tiers (délivrance directe de certains médicaments aux patients).

→ En ambulatoire (90% des ventes) :

- Officines approvisionnées par des grossistes répartiteurs
- Droit de substitution du pharmacien pour un médicament générique ou équivalent ++
- Augmentation des ventes libres : médicaments « switch » et OTC (over the counter)

IV) PILOTAGE ET CONTRÔLE

A. Pilotage

1. Échelon national

L'État et ses ministres

→ Le rôle principal dans l'administration du système de santé revient à l'**État**, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

→ **Plusieurs ministères** interviennent dans l'**élaboration des politiques de santé** au nom de l'État : ainsi le ministère de la santé, le ministère du travail mais aussi le ministère des comptes publics ont un rôle à jouer dans le domaine de la santé publique.

Directions impliquées

Direction Générale de la Santé (DGS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique de santé. ▪ Concevoir la politique de prévention et de promotion de la santé. ▪ Promouvoir la qualité et la sécurité des soins, des services de santé, des dispositifs médicaux et autres produits de santé en liaison avec les agences concernées.
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)	Élaborer la politique de l'offre de soins (établissements publics et privés, médecine de ville et une partie du champ médico-social) en fonction des objectifs et des priorités de la <u>politique de santé</u> .
Direction de la sécurité sociale	Élaborer et mettre en œuvre la politique relative à la Sécurité Sociale : trait d'union entre le ministère et les Caisses Nationales de Sécurité Sociale .
Direction de l'action sociale	Élaborer, coordonner et mettre en œuvre les politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité : politiques en direction des personnes ou des groupes en difficulté sociale, des enfants et des adultes handicapés, des personnes âgées ainsi que des familles, des enfants et des adolescents.

Le Parlement

Depuis **1996**, c'est désormais le Parlement qui détient la compétence de fixer chaque année les **objectifs de dépenses** en adoptant les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) +++

Structures déconcentrées

▪ L'**ANSM** (anciennement AFSSAPS) doit garantir l'**efficacité**, la **qualité** et le **bon usage** des produits de santé destinés à l'**Homme**.

▪ La **Haute Autorité de Santé (HAS)** doit contribuer au **maintien d'un système de santé solidaire** et au **renforcement de la qualité des soins**, au bénéfice des patients.

- Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a pour fonction de contribuer à la définition des **objectifs de santé publique** :

OBJECTIFS DE PILOTAGE

- Années 60 : développement de l'**offre de soins**
- Années 70 : recherche de la **maîtrise de l'offre (numerus clausus)**
- Années 80 : recherche de la **maîtrise des dépenses** (mise en place DGF et suppression des lits)
- Années 90 : démarche **qualité, sécurité**
- Années 2000 : évaluation du **service médical rendu (SMR)**
- Années 2010 : **réduction des déficits, révision des modes de prise en charge, performance**

Cela peut sembler barbare à apprendre mais en fait, cela suit une logique, en effet, on commence par maîtriser l'offre de soins puis les dépenses, on aboutit à une évaluation du SMR résultant d'une démarche qualité, sécurité et enfin depuis les années 2010, on tente de réduire les déficits, ... (si ça vous aide pas, blancotez et bachotez)

2. Échelon régional

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

→ Regroupent **sept organismes** auparavant chargés des **politiques de santé dans les régions et les départements** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (**DDASS**), Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (**DRASS**), Agence Régionale d'Hospitalisation (**ARH**) +++, Groupement Régional de Santé Publique (**GRSP**), Caisse Régionale d'Assurance Maladie (**CRAM**), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (**URCAM**), Mission Régionale de Santé (**MRS**).

→ Placées **sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées**, les ARS sont chargées de mettre en œuvre au niveau **régional** la **politique nationale de santé**, en tenant compte des spécificités de chaque région.

→ **3 instances** constituées auprès de chaque ARS :

- Les **conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)**, organismes consultatifs placés auprès des ARS, seront composées de plusieurs collègues au sein desquels seront représentés les collectivités territoriales, les usagers et associations.
- **Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé**, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

B. Contrôle

1. Maîtrise de l'offre ++

- **Carte sanitaire** (lits, équipements lourds, alternatives hospitalisation)
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (**SROS**)
- Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (**OQOS**)
- Contrat d'Objectifs et de Moyens (**COM**) établi entre établissements et agence régionale

Point QCM : Ce sont des mesures adoptées pour maîtriser l'offre au niveau des dépenses (cf. Dépenses de santé) mais aussi des dispositifs pour maîtriser l'offre de soins !

2. Maîtrise des dépenses ++

▪ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (**ONDAM**) réparti par région et par type de dépense (ambulatoire, hospitalisation, dépenses médico-sociales).

→ Voté chaque année par le **Parlement** depuis **1996** ++

→ En 2006, l'ONDAM hospitalier s'élève à 63,7 milliards d'euros.

Point QCM : Faites gaffe, l'ONDAM est une mesure adoptée pour maîtriser l'offre (cf. Dépenses de santé) mais il est avant tout un dispositif pour maîtriser les dépenses !

3. Qualité des soins

▪ Mise au point de références professionnelles par la **HAS** :

➤ Certification des **établissements** de santé ++

➤ Accréditation des **professionnels** de santé ++

▪ Mise en place d'agences nationales de **sécurité sanitaire** :

➤ **AFSSAPS**

➤ **AFSSA** (agence française de sécurité sanitaire des aliments)

➤ **AFSSE** (agence française de sécurité sanitaire de l'environnement)

➤ **EFS** (établissement français du sang)

➤ **EFG** (établissement français des greffes)

➤ **OPRI** (office de protection contre les rayonnements ionisants)

▪ **Formulation et suivi des objectifs de santé** : Loi de Santé publique (2004) et mise en place du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)

FINITO00, CE COURS EST ASSEZ DENSE DONC PEUT FAIRE UN PEU PEUR MAIS IL EST VRAIMENT PAS COMPLIQUÉ VOUS ALLEZ VOIR ! J'ESSAYERAI DE VOUS FAIRE UNE FICHE RÉCAP AVEC LES NOTIONS IMPORTANTES. ET SURTOUT MON CONSEIL SI VOUS AVEZ PAS ENVIE DE PASSER DES HEURES AVEC LA SP C'EST DE VOUS TUER D'ANNALES MÊME SI C'EST QCMS ON S'EN FOUT (ÇA ENTRAÎNE ENCORE MIEUX) ET SURTOUT ÇA PERMET DE COMPRENDRE CE QUI EST INDISPENSABLE À CONNAÎTRE ET CE QUI L'EST MOINS VOILÀ BON COURAGE. LOVE 😊