

7

Gesundheit ohne Grenzen

Europa wächst zusammen

Deutsch-Französisches Rahmenabkommen
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit
im Gesundheitsbereich

0

0

2

Santé sans frontière

Vers la construction européenne

Accord-cadre franco-allemand sur
la coopération sanitaire transfrontalière

.

9

Le système de santé en France et en Allemagne

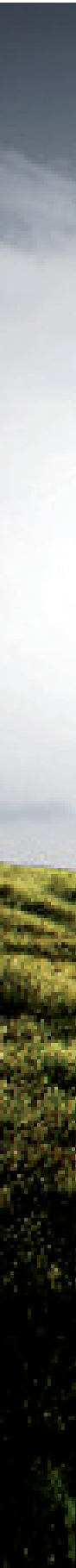
Documentation

0

.

6

2





Le système de santé en France et en Allemagne

Remerciements

Nous remercions tous ceux qui ont participé à l'élaboration de cette brochure.

Bundesministerium für Gesundheit

Caisse Primaire d'Assurance Maladie Haguenau (CPAM)

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace (DRASS)

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlands

*Responsable de rédaction : Prof. Dr. Ewald Eisenberg, chef de projet
Kehl, septembre 2007*

Sie dürfen:



das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung. Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt).




Keine kommerzielle Nutzung. Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.



Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

- Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen. Am Einfachsten ist es, einen Link auf diese Seite einzubinden.
- Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.
- Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte unberührt.

Haftungsausschluss 

Die gesetzlichen Schranken des Urheberrechts bleiben hiervon unberührt.
Die Commons Deed ist eine Zusammenfassung des Lizenzvertrags in allgemeinverständlicher Sprache.

Quelle : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/deed.de>

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	7
1.1. Définition et finalités du système de santé	7
1.2. Comparaison des systèmes de santé à l'échelle internationale	7
1.2.1. Les différentes catégories de systèmes.....	7
1.2.2. Coûts du système de santé dans les différents pays	8
2. LE SYSTEME DE SANTE ALLEMAND	9
2.1. Généralités	9
2.1.1. Les personnes impliquées	9
2.1.2. Financement	9
2.1.3. Données statistiques.....	10
2.1.4. Les coûts de santé (2004).....	10
2.2. Organisation et compétences	11
2.2.1. Acteurs au niveau national.....	11
2.2.2. Les compétences et l'organisation du Land.....	12
2.3. Le système de l'assurance maladie du régime légal	12
2.3.1. L'assurance-maladie obligatoire comme élément-clé du système de santé allemand.....	12
2.3.2. Les différents types de l'assurance de la GKV	13
2.3.3. Principes fondamentaux de l'assurance maladie du régime légal (GKV).....	13
2.3.4. Financement du système d'assurance-maladie du régime légal.....	14
2.3.5. Les différentes prestations prises en charge par l'assurance-maladie du régime légal.....	15
2.3.6. Les acteurs les plus importants du système de santé allemand	15
2.3.7. Les secteurs de la prise en charge des patients	16
3. LE SYSTEME DE SANTE EN FRANCE	19
3.1. Les services de santé publique en France	19
3.1.1. Les principaux textes	19
3.2. Les acteurs au niveau national	20
3.2.1. L'Etat	20
3.2.2. Les établissements rattachés	20
3.2.3. Autres organismes intervenant en matière de santé publique.....	22
3.3. Les acteurs au niveau régional	23
3.3.1. L'Etat	23
3.3.2. La MRS (Mission Régionale de Santé).....	24
3.3.3. Les collectivités territoriales	25
3.3.4. Les autres acteurs.....	26
3.3.5. Les instances consultatives	26
3.3.6. Les conférences sanitaires de territoires	27
3.3.7. Les outils et moyens d'organisation et de programmation au niveau régional.....	27
3.4. L'organisation du système de santé en France	29
3.4.1. La gouvernance	29
3.4.2. L'organisation de l'offre de soins et la régulation.....	31
4. ANNEXES	35
4.1. Annexe 1 : Le système de santé dans le Bade-Wurtemberg	37
4.2. Annexe 2 . Le système de santé en Rhénanie-Palatinat	41
4.3. Annexe 3 . Le système de santé en Sarre	45
4.4. Annexe 4 : Plus d'informations sur le système de santé allemand	49
4.5. Annexe 5: Plus d'informations sur le système de santé français	53

1. Introduction

1.1. Définition et finalités du système de santé

Le système de santé d'un pays donné comprend toutes les personnes, organismes et établissements ainsi que les règles juridiques et les processus dont la finalité est la promotion de la santé des personnes. Cela comprend tous les éléments qui visent au maintien de la santé, à la prévention des risques sanitaires ainsi qu'aux mesures curatives visant à traiter les maladies et les lésions.

De manière générale, le système de santé a pour but :

- ❖ l'accessibilité pour tous
- ❖ la qualité
- ❖ l'efficacité
- ❖ la rentabilité
- ❖ la satisfaction des patients et des personnels de santé

1.2. Comparaison des systèmes de santé à l'échelle internationale

1.2.1. Les différentes catégories de systèmes

Un des éléments-clé de la régulation d'un système de santé est son mode de financement. A partir de là, les systèmes de santé peuvent être répartis en trois grandes catégories :

- ❖ Première catégorie : les pays du service national de santé (National Health Service), où le système sanitaire est financé par les impôts (c'est le cas notamment pour la Grande-Bretagne, l'Espagne, l'Italie et la Suède).
- ❖ Deuxième catégorie : les pays avec un système d'assurance-maladie obligatoire qui finance les dépenses de santé dans une très large mesure (c'est le cas notamment de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Luxembourg, des Pays-Bas et de la Suisse).
- ❖ Troisième catégorie : les pays où le système est financé par des assurances privées : les personnes adhèrent à une assurance-maladie privée, soit à titre individuel, soit par le biais des entreprises (c'est le cas notamment des USA).

Il existe également des systèmes de santé mixtes reprenant des caractéristiques de ces différentes catégories. Dans beaucoup de pays, la part des dépenses publiques dans la totalité des dépenses de santé commence à diminuer en faveur d'une plus grande participation individuelle.

1.2.2. Coûts du système de santé dans les différents pays

	Part des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (2004)		Dépenses de santé par habitant (en dollar US), 2004	
1	Etats-Unis	15,4	Etats-Unis	6096
2	Suisse	11,5	Luxembourg	5178
3	Allemagne	10,6	Norvège	4080
4	France	10,5	Suisse	4011
5	Autriche	10,3	Autriche	3418
6	Portugal	9,8	Allemagne	3171
7	Belgique Norvège	9,7	Belgique	3133
8	Pays-Bas	9,2	Pays-Bas	3092
9	Suède	9,1	France	3040
10	Italie	8,7	Suède	2828
11	Danemark	8,6	Danemark	2780
12	Royaume-Uni Espagne	8,1	Irlande	2618
13	Luxembourg	8,0	Royaume-Uni	2560
14	Finlande	7,4	Italie	2414
15	Irlande	7,2	Espagne	2099
16			Portugal	1897

Source : « Health for all » - banque de données du bureau Europe de l'OMS, WHO Statistical Information System (« Core Health Indicators »)

2. LE SYSTEME DE SANTE ALLEMAND

2.1. Généralités

2.1.1. Les personnes impliquées

Le système de santé allemand comprend des institutions publiques, des organismes privés et des personnes travaillant dans le domaine de la santé. En comparaison avec d'autres pays, l'Allemagne dispose de beaucoup de médecins généralistes, spécialistes, psychothérapeutes, dentistes, personnel soignant et lits d'hôpitaux. S'ajoutent à cela les autres professions médicales telles que les pharmaciens et leur personnel. Un neuvième de la population active travaille dans le secteur de la santé (4,26 millions de personnes sur 80 millions d'habitants).

Les institutions suivantes sont impliquées dans le système de santé : les pouvoirs publics (l'Etat fédéral, les Länder, et les collectivités locales, à savoir les Landkreise et les communes), les caisses d'assurances-maladie du régime légal, les compagnies d'assurances-maladie privées, les assurances d'invalidité, de soins, les caisses de retraite, l'union des médecins et des dentistes conventionnés, la chambre des professions médicales (médecins, dentistes, pharmaciens, psychothérapeutes) les employeurs, les salariés, les syndicats, les groupes d'intérêts et enfin les patients, représentés par des organisations de patients et des associations de défense des patients.

L'offre de soins médicaux incombe, à part dans les hôpitaux publics, en grande partie à des prestataires privés. Il s'agit des membres de professions libérales comme les médecins ou les pharmaciens ainsi que les grandes entreprises privées (p.ex dans l'industrie pharmaceutique ou technico-médicale).

C'est uniquement dans le secteur hospitalier que les pouvoirs publics, notamment les collectivités locales et les Länder, gèrent des établissements hospitaliers de type hôpital communal ou clinique universitaire. Les autres hôpitaux ont souvent un statut d'organisme à but non lucratif géré par des organisations caritatives, mais il y a de plus en plus d'établissements hospitaliers gérés comme des entreprises privées. Les pouvoirs publics assurent aussi le service de santé publique.

Il existe, au niveau international, une séparation assez nette à l'intérieur du système de santé : le secteur hospitalier d'un côté, et le secteur ambulatoire de l'autre.

2.1.2. Financement

Le système de santé allemand est financé presque entièrement par les contributions des assurés. Sauf pour quelques cas particuliers, ces contributions proviennent à parité des cotisations salariales et patronales. Mais ce principe de parité est partiellement limité, d'une part par le fait que les patients apportent des contributions supplémentaires, d'autre part, dans le cadre de la réforme de santé de 2004, par la taxe des cabinets médicaux (payée par les patients) et par la contribution exceptionnelle payée par les assurés. A peu près 90% de la population allemande est assurée par les caisses d'assurances-maladie du régime légal (Gesetzliche Krankenversicherung GKV).

Les contributions correspondent à un certain pourcentage du salaire. Les membres de la famille (époux et enfants) sont en règle générale également pris en charge par l'assurance maladie, sans contribution supplémentaire.

A peu près 9% des Allemands sont assurés par une compagnie privée d'assurance maladie. Les primes d'assurance sont graduées, suivant les prestations assurées et le risque évalué, prenant en considération notamment l'état de santé général de la personne, l'âge et le sexe, etc. Le reste est couvert par une autre caisse maladie (par ex. la caisse des fonctionnaires de l'armée, des bénévoles, etc.)

En outre, un nouveau marché privé se taille des parts de marché considérables : la couverture, communément appelée IGel (de l'allemand Individuelle Gesundheitsleistungen,

c'est-à-dire prestations de santé individuelles) qui regroupe fitness, wellness, anti-aging, opérations de chirurgie esthétique, cosmétiques, médicaments et médecines alternatives.

2.1.3. Données statistiques

Soins ambulatoires ou à l'hôpital (2004)

A l'hôpital:

- Le nombre de lits s'élèvent à environ 531 300 répartis dans les 2166 cliniques (auxquelles il faut ajouter 1000 cliniques spécialisées dans la rééducation)
- Cas traités à l'hôpital : 16,8 Millions
- Durée d'hospitalisation moyenne : 8,7 jours
- Personnel médical dans les cliniques : 117.681
- Personnel d'aides soignants dans les cliniques : 309.510
- Personnel non soignant dans les cliniques : 688.307 employés
- Nombre total de personnel dans les hôpitaux : 0,8 Millions
- Bénéfice total des hôpitaux : environ 60 Milliards par an

En soins ambulatoires :

- 116 000 médecins généralistes et spécialistes, d'après l'Union des caisses de maladie
- 203 000 personnels non-médical en soins ambulatoires : (dont environ 90.000 à temps partiel)
- 21.551 pharmacies (2006)
- Env.145 000 employés dans les pharmacies

Environ 4,26 Millions de personnes sont employées directement ou indirectement dans le domaine médical (chiffre communiqué en 2005), ce qui correspond à 10, 3% du nombre d'actifs total.

2.1.4. Les coûts de santé (2004)

Total des dépenses : 234 Milliards d'euros, soit 2700€ par personne (femmes : 3160€ hommes : 2240€)

Les dépenses les plus importantes se répartissent comme suit :

- Les maladies cardio-vasculaires : 35,5 Milliards d'Euros
- Les maladies liées au système de digestion : environ 31 Milliards d'Euros
- Les maladies musculaires et osseuses : environ 25 Milliards d'Euros
- Les maladies psychiques : presque 22 Milliards d'Euros

La population âgée de plus de 65 ans (soit actuellement 17% de la population) engendre presque 43% des dépenses totales. (Source : Etude de l'office fédéral de la statistique portant le titre : « Coûts des maladies en Allemagne en 2002 »)

1. Le système de santé publique en Allemagne

On parle de santé publique (**Öffentliches Gesundheitswesen**) quand l'Etat fédéral intervient dans le domaine de la santé de ses citoyens par l'intermédiaire de ses

représentants directs (la fédération, les Länder, les arrondissements et les communes) ou par l'intermédiaire de ses représentants indirects (organismes, établissements et fondations) ou bien par le biais d'institutions créés ou financées par ce dernier.

Le service de santé publique (**ÖGD**) prend en charge des missions d'ordre de santé publique. Il est responsable de la santé collective de la population.

Le ÖGD s'engage dans les domaines de la lutte contre les infections et de la protection de la santé environnementale, la promotion de la santé, la prévention ainsi que les rapports de santé, l'épidémiologie sous forme de conseil, de service et enfin la coordination des différents acteurs.

La santé publique couvre les champs de compétences suivants :

2.2. Organisation et compétences

De par la structure de la république fédérale d'Allemagne, ce sont les Länder qui mettent en application les lois du Land ou les lois du Parlement fédéral. Chaque Bundesland peut décider normalement avec quelles administrations et par quels procédés il administre un ressort. Le ministère concerné reste alors le seul organe de contrôle. C'est ce principe qui vaut également dans le domaine de la santé, si bien que l'on rencontre des formes d'organisation différentes dans les Bundesländer.

Afin de coordonner l'administration de la santé dans les différents Bundesländer, il existe la conférence des ministères de santé et des sénateurs des Länder dénommée la conférence des ministères de santé (**Gesundheitsministerkonferenz, GMK**) dont les décisions n'ont qu'un avis consultatif. La conférence des ministères de santé est préparée par une conférence des chefs de service dans laquelle on retrouve les chefs de service des ministères de santé des Länder. La coopération des Länder a lieu dans le cadre de l'**Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)** se compose des chefs des départements de santé des ministères. Le ministère fédéral de la santé est représenté dans les deux instances.

2.2.1. Acteurs au niveau national

Le Ministère fédéral de la Santé est en charge des affaires relatives aux médicaments, aux dispositifs médicaux et à la biotechnologie, ainsi que des questions fondamentales des soins de santé, de l'assurance maladie, de l'assurance dépendance, de la prévention et de la protection sanitaire, de la lutte contre les maladies et de la biomédecine.

Les autorités supérieures fédérales citées ci-dessous, issues de l'ancien Office fédéral de la Santé, relèvent du Ministère fédéral de la Santé:

- **Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM*)**; responsable de l'autorisation de mise sur le marché de médicaments, de l'enregistrement de médicaments homéopathiques, de l'évaluation des risques résultant de l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux ainsi que du contrôle du commerce légal de stupéfiants et de précurseurs
- **Institut Robert Koch (RKI)** - Institut fédéral des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles; chargé des maladies infectieuses, de l'épidémiologie et de l'information sanitaire, comparable, en ce qui concerne ces domaines, aux *Centers for Disease Control and Prevention* d'Atlanta, Etats-Unis, centre collaborateur OMS

En outre, les institutions suivantes relèvent du Ministère fédéral de la Santé:

- **Institut Paul Ehrlich (PEI)** - Office fédéral des Sérums et Vaccins; chargé de l'évaluation, de l'autorisation et du contrôle de médicaments biologiques à usage humain, tels que des sérums, vaccins, produits sanguins, préparations dérivées de tissus et médicaments conçus pour des thérapies innovantes. Le PEI a également une mission de recherche par rapport à l'autorisation des médicaments biologiques et à la microbiologie
- **Institut allemand pour la documentation et l'information médicales (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI)**; responsable de l'installation et du fonctionnement de systèmes d'information, basés sur des banques de données et comprenant des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi que, dans le cadre de ses compétences légales, de la publication de classifications officielles et de l'établissement d'un système d'information basé sur une banque de données, permettant l'évaluation sanitaire et économique des procédures et technologies médicales
- **Centre fédéral d'éducation pour la santé (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA)**; chargé de l'éducation à la santé permettant de prévenir les risques sanitaires et de promouvoir des modes de vie favorables à la santé
- **en partie: Office fédéral de l'environnement (Umweltbundesamt, UBA)**; responsable, entre autres, de l'eau potable et de l'eau de piscine, centre collaborateur OMS

2.2.2. Les compétences et l'organisation du Land

Habituellement, la structure administrative d'un Bundesland est organisée en trois niveaux : le ministère du Land est l'instance supérieure, les préfectures ou les arrondissements représentent les instances intermédiaires et les Land- et Stadtkreise représentent les niveaux d'administrations inférieurs. Le système est organisé de façon hiérarchique, si bien que les instructions viennent de l'administration supérieure.

Chacun des trois Länder frontaliers est organisé différemment en matière de santé publique. Pour faciliter la lecture de cette brochure, vous trouverez en annexe la présentation de chacun des systèmes : Annexe 1 : Bade-Wurtemberg, Annexe 2 : Rhénanie-Palatinat, Annexe 3 : Saare.

2.3. Le système de l'assurance maladie du régime légal

2.3.1. L'assurance-maladie obligatoire comme élément-clé du système de santé allemand

Le régime légal d'assurance maladie (**gesetzliche Krankenversicherung, en abrégé GKV**) joue un rôle prépondérant dans le système de protection de la santé en Allemagne. Environ 90 % de la population est assuré à travers la GKV et 60 % des dépenses de santé sont couvertes par la GKV.

Créée dans la vague des réformes sociales de Bismarck, la GKV était une assurance maladie auto-administrée et financée par les contributions des salariés avec un système d'adhésion obligatoire pour une partie de la population.

Bien des particularités du régime légal d'assurance maladie proviennent encore aujourd'hui de cette conception d'origine, notamment la prise de décision faite par des organes d'autogestion et la distinction de deux types de prise en charge des patients : celui de la prise en charge hospitalière et celui de la prise en charge des soins ambulatoires.

2.3.2. Les différents types de l'assurance de la GKV

La GKV est obligatoire pour certains groupes de personnes, notamment les salariés, les chômeurs et les retraités. Par contre, ne sont pas obligés d'adhérer à ce système, les fonctionnaires ayant un statut de droit public, les professions libérales, les personnes travaillant à leur compte et les salariés dont le salaire mensuel dépasse certaines limites.

Les salariés dont le salaire dépasse un certain seuil ont le choix de souscrire une assurance maladie privée (Private Krankenversicherung, en abrégé PKV) ou de rester assurés au régime légal d'assurance maladie (GKV), au titre de membre volontaire. Il en est de même les personnes travaillant à leur compte.

2.3.3. Principes fondamentaux de l'assurance maladie du régime légal (GKV)

1. Principe de solidarité

Le montant des contributions à la GKV est calculé selon les capacités économiques de chaque membre. En règle générale, la cotisation est calculée en fonction du salaire. Les prestations, par contre, dépendent de ce qui est médicalement nécessaire pour l'assuré en cas de maladie. Il s'agit donc d'un principe de solidarité où les personnes en bonne santé payent pour ceux qui sont malades, les jeunes pour les vieux, les célibataires pour les familles et ceux qui ont un bon salaire pour ceux dont le salaire est faible. C'est ce principe de solidarité qui permet de distinguer l'assurance du régime légal (GKV) de l'assurance privée où l'on applique un principe d'équivalence entre contributions et prestations et où les contributions ont été calculées selon une évaluation mathématique des risques.

2. Principe de prestations en nature

Dans le régime légal de l'assurance maladie les membres ont droit aux soins médicaux nécessaires effectués par les prestataires accrédités auprès de la sécurité sociale. Les assurés bénéficient des prestations de soin sans avoir à payer la somme du traitement. Les prestataires facturent leurs prestations directement aux caisses d'assurance maladie du régime légal. Les assurés ont donc droit à des soins gratuits, à l'exception des contributions individuelles (par ex. un forfait de 10 € par trimestre pour les visites médicales et une participation aux frais de médicaments).

Dans le régime de l'assurance-maladie privée, par contre, les assurés payent les dépenses de santé et sont remboursés de leurs frais.

3. Variété et choix des caisses d'assurance-maladie

Les caisses d'assurance-maladie du régime légal sont des établissements de droit public, soumises à un régime d'autogestion associant les représentants des salariés d'une part et les représentants des organisations patronales d'autre part.

A l'origine, les caisses étaient organisées par branche professionnelle avec une couverture géographique limitée. Les salariés étaient obligés d'adhérer à la caisse de leur branche professionnelle, sauf s'ils souscrivaient une assurance auprès d'une caisse transversale, une des « Ersatzkassen ». Les origines de ce système, comptant de multiples caisses organisées par corps de métier, expliquent aujourd'hui la distinction faite entre les 7 types de caisses actuels :

- les « Allgemeine Ortskrankenkassen » (AOK), ou caisses générales organisées par secteur

- les « Betriebskrankenkassen » (BKK), ou caisses organisées en fonction d'une grande entreprise
- les « Innungskrankenkassen » (IKK), ou caisses organisées en fonction d'un corps de métier
- les « Ersatzkrankenkassen für Angestellte » et les « Ersatzkrankenkassen für Arbeiter », ou caisses transversales pour les employés et les caisses transversales pour les ouvriers
- les « Landwirtschaftliche Krankenkassen », ou caisses du secteur agricole
- la « Seekrankenkasse », ou caisse du secteur maritime
- la « Bundesknappschaft », ou caisse du secteur minier.

Les fédérations des caisses maladie assurent des fonctions importantes pour les caisses affiliées, notamment dans le domaine de la négociation et de la contractualisation avec les prestataires de santé.

Depuis que le choix de la caisse d'assurance-maladie est libre, c'est-à-dire depuis 1996, les caisses entrent en concurrence pour obtenir des adhérents. Les prestations de soin couvertes par les caisses maladie sont en grande partie identiques. La différence réside dans les options proposées ainsi que par le montant des cotisations et les prestations proposées.

4. Compensation du risque structurel (Risiko-Strukturausgleich, RSA)

Le fonds de compensation des risques structurels (Risiko-Strukturausgleich, RSA), introduit en même temps que la libéralisation du marché de l'assurance maladie en 1996, joue un rôle important dans la régulation de la concurrence entre caisses maladie. Le système de compensation des risques structurels permet aux caisses maladie présentant un facteur risque défavorable, déterminé par le profil des assurés (personnes âgées, sexe, mortalité), de recevoir une compensation financière du fonds de compensation des risques structurels (RSA), lui-même financé par les caisses maladie disposant d'un facteur risque avantageux.

2.3.4. Financement du système d'assurance-maladie du régime légal

Le système de financement actuel repose sur 5 piliers :

1. Les contributions des assurés déterminées en fonction du salaire
2. Un financement paritaire payé par les employeurs et les employés
3. La limitation des contributions à certains types de revenu et un seuil de revenu (Beitragsbemessungsgrenze)
4. L'assurance supplémentaire des enfants et du conjoint sans contribution supplémentaire
5. La couverture des dépenses courantes uniquement par les contributions des membres (Umlageverfahren)¹

La contribution de l'Etat pour financer les prestations dites hors champ du régime légal d'assurance maladie est pour l'instant infime. La réforme de santé, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2007 prévoit cependant à moyen terme un financement du régime légal d'assurances maladie, augmentant de 1,5 milliards d'Euro par an et plafonné à 14 Milliards d'Euro, pour financer les dépenses sociales du régime légal d'assurance maladie.

¹ C'est-à-dire que toutes les dépenses courantes doivent être couvertes en totalité par les contributions sans qu'il y ait de provision, comme cela existe au niveau des caisses d'assurance-maladie privées.

2.3.5. Les différentes prestations prises en charge par l'assurance-maladie du régime légal

- Promotion en matière de santé et dépistage de maladies
- Médecine curative
- Obstétrique et accompagnement péri- et post-natal
- Compensation de la perte de revenu en cas de maladie

La plus grande partie des prestations se concentre sur des mesures curatives, notamment en cas de :

- hospitalisation
- soins médicaux et psychothérapie
- soins dentaires et prothèses
- médicaments et autres prestations médicales
- soins à domicile et aide ménagère
- mesures de réhabilitation médicale

2.3.6. Les acteurs les plus importants du système de santé allemand

Les nombreux acteurs peuvent être classifiés selon deux niveaux :

1. Niveau de la régulation du système de santé par des acteurs publics

Conformément à la structure fédérale de l'Etat allemand, on distingue la régulation faite au niveau fédéral (Bund), au niveau de chaque Land et des communes.

Le régime légal d'assurance-maladie est réglementé par des lois fédérales. Si bien que le parlement fédéral et le ministère fédéral de la santé ont une grande influence sur la GKV. Les Länder sont représentés dans la deuxième chambre du Parlement fédéral, le Bundesrat, et influencent par ce biais aussi la législation fédérale.

Le contrôle de légalité sur les caisses d'assurance-maladie du régime légal incombe, pour les caisses organisées au niveau fédéral, à l'office fédéral de contrôle des assurances (**Bundesversicherungsamt**). Pour les caisses organisées au niveau du Land (par ex. l'AOK de Bade-Wurtemberg), le contrôle incombe au ministère de la santé du Land où la caisse a son siège. Dans le Bade-Wurtemberg, c'est le Ministère du Travail et des Affaires Sociales du Land de Bade-Wurtemberg qui assure cette fonction.

Les Ministères de la santé des Länder exercent également le contrôle de légalité sur les chambres des métiers de la santé (chambres des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des psychothérapeutes) ainsi que les unions de médecins ou de dentistes des assurances maladie (**Kassenärztliche Vereinigung**). Le contrôle des médicaments et des dispositifs médicaux est du ressort des Länder.

Les Länder, ou plus exactement les ministères de chaque Land, jouent également un rôle important dans l'organisation des services hospitaliers et des services d'urgence. Chaque Land arrête un schéma hospitalier déterminant dans quelle mesure les besoins de prise en charge hospitalière de la population peuvent être couverts (planification-cadre), participe au financement des investissements faits dans les hôpitaux figurant sur le schéma et soutiennent ces établissements et leurs équipements par des subventions annuelles. Le Land est responsable, également, de la planification et du subventionnement des services d'urgence.

Enfin, les services de santé publique relèvent également des compétences du Land, ou des administrations communales (circonscriptions ou communes).

2. Niveau des organismes publics autogérés

C'est à ce niveau que se situent les acteurs corporatistes particulièrement importants pour le système de santé allemand, dont la mission est d'organiser la prise en charge médicale dans le cadre du régime légal de l'assurance maladie.

Ce niveau est composé surtout de caisses d'assurance-maladie et d'unions de caisses maladie agréées, ou encore d'organismes autogérés de droit public. En quelque sorte, l'Etat a délégué une partie de ses missions à des organismes auxquels il prescrit, par lois et par décrets, un cadre d'action. Ces organismes sont responsables de l'organisation de la prise en charge médicale. Les activités sont contrôlées par l'Etat (au niveau fédéral et au niveau du Land) sans que les organismes reçoivent de directives des services de l'Etat. Ce modèle de gestion par délégation permet à l'Etat d'une part d'avoir une influence sur le développement du système global, d'autre part de se dégager de l'administration directe en utilisant l'expertise des personnes directement concernées.

Lors de réformes, ce système de régulation peut avoir des effets négatifs sur le bien public : le rôle des unions de caisses maladie et des organisations de médecins, défini par la loi, ainsi que l'obligation de faire des choix cohérents, malgré des intérêts divergents, compliquent le jeu de la concurrence qui permettrait de trouver de meilleures solutions. La situation a tendance à évoluer vers un blocage du système d'autogestion. Afin de contourner cette difficulté et de limiter l'évolution des coûts, les politiques du système de santé tendent à donner non seulement un cadre général mais à réglementer la prise en charge des patients dans les plus petits détails administratifs et médicaux.

2.3.7. Les secteurs de la prise en charge des patients

L'assurance-maladie du régime légal connaît une distinction assez nette entre les secteurs suivants :

1. La prise en charge hospitalière

La prise en charge hospitalière comprend :

- l'hospitalisation
- la rééducation médicale dans des cliniques spécialisées (Reha-Kliniken).

Avant d'être hospitalisé, le patient doit normalement obtenir une prescription d'un médecin traitant prévoyant l'hospitalisation. Le patient est libre de se faire hospitaliser dans l'établissement de son choix. Mais, à l'intérieur de l'hôpital, il ne peut pas choisir son médecin.

Il faut que l'hôpital lui-même soit agréé par les caisses d'assurance-maladie du régime légal ; cela concerne les établissements hospitaliers suivants :

- les hôpitaux universitaires
- les hôpitaux recensés dans le schéma hospitalier du Land
- les hôpitaux qui ont conclu un accord de prise en charge dans le cadre du régime légal des caisses d'assurance-maladie.

Les Länder, par le biais du schéma hospitalier, peuvent déterminer le lieu, le nombre de lits et les services spécialisés de leurs hôpitaux. Le degré d'utilisation du schéma varie mais les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie sont tenus de respecter les points mentionnés au schéma.

Le financement des hôpitaux allemands est organisé selon un système dual : les caisses d'assurance-maladie financent le traitement des malades tandis que chaque Land finance les coûts d'investissement.

Avec l'introduction du système de «tarif forfaitaire selon les cas » (Fallpauschalsystem - DRG) on vise à ce que les prestations hospitalières soient remboursées forfaitairement par les caisses maladie sur la base du diagnostic et du dispositif thérapeutique entrepris. Ce système remplace le principe de rentabilité en vigueur jusque-là. A partir de 2009, il ne devrait plus y avoir que des prix fixes valables dans tout le Land.

2. La prise en charge des soins ambulatoires

La prise en charge des soins ambulatoires comprend toutes les prestations sanitaires non hospitalières. Le secteur des soins ambulatoires permet également de constater la régulation du système de santé allemand, à savoir la délégation des pouvoirs de décision sur des organismes autogérés : la prise en charge médicale ambulatoire dans une zone donnée est réglementée par des conventions entre les unions de caisses d'assurance-maladie et les organismes des médecins conventionnés (Kassenärztliche Vereinigung). Sur la base de ces conventions, les caisses payent un montant global aux organismes des médecins conventionnés. Ces organismes organisent la redistribution de ces montants aux différents médecins membres.

Chaque médecin installé traitant des malades assurés dans le système d'assurance-maladie du régime légal, doit être agréé par les caisses. L'agrément est conditionné aux besoins médicaux définis pour une zone géographique² donnée. Lorsque le médecin obtient l'agrément par les caisses d'assurance-maladie du régime légal, il devient obligatoirement membre de l'organisme des médecins agréés (Kassenärztliche Vereinigung). Les médecins des hôpitaux n'ont le droit de traiter des patients en consultation ambulatoire que s'ils ont la permission spécifique de l'organisme des médecins conventionnés (Kassenärztliche Vereinigung).

En retour, les médecins de ville ont, dans certains cas, la permission de traiter leurs patients à l'intérieur des établissements hospitaliers (Belegarztsystem).

Le monopole des organismes des médecins conventionnés du régime légal (Kassenärztliche Vereinigung) a renforcé la séparation existante entre le secteur de la prise en charge hospitalière d'un côté et celui de la prise en charge des soins ambulatoires de l'autre côté. En conséquence, il existe un double réseau de spécialistes : en milieu hospitalier et dans le secteur des soins ambulatoires, ce qui explique le « luxe » apparent des équipements médicaux en Allemagne (en radiologie, par exemple), notamment dans les cabinets des spécialistes. Avec l'entrée en vigueur, début 2007, d'une loi sur la modification du droit des médecins, la possibilité pour un médecin d'exercer en milieu hospitalier, en cabinet ou dans un centre de soins médicaux a été largement élargie.

² Contrairement au système allemand, les médecins français peuvent décider librement du lieu de leur implantation.

3. LE SYSTEME DE SANTE EN FRANCE

3.1. Les services de santé publique en France

3.1.1. Les principaux textes

Loi n° 82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, départements et régions

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Les lois du 2 mars 1982, du 22 juillet 1983 et celle du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales fixent les compétences respectives de l'Etat et des collectivités territoriales (régions, départements et communes) dans le domaine de la santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe le champ de la santé publique.

La politique de santé publique concerne :

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- La lutte contre les épidémies ;
- La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
- L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- La démographie des professions de santé.

La loi définit tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique.

A cette fin, le Gouvernement précise, dans un rapport annexé au projet de loi, les objectifs de sa politique et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre.

Ce rapport s'appuie sur un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, établi par le Haut Conseil de la santé publique, qui propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population. Le rapport établi par le Haut Conseil de la santé publique dresse notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé.

La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé qui précisent son application est suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans. Elle peut à tout moment faire l'objet d'une évaluation globale ou partielle par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Pour les années 2004-2008, des plans stratégiques de santé publique sont développés dans cinq domaines soulignés par le Président de la République :

- lutte contre le cancer,
- lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives
- lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement
- lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- améliorer la prise en charge des maladies rares.

La loi du 9 août 2004 a fixé cent objectifs de santé publique en regard des problèmes de santé retenus à l'issue d'une consultation nationale.

3.2. Les acteurs au niveau national

3.2.1. L'Etat

Les services de l'Etat :

- définissent la politique de santé selon des objectifs pluriannuels
- assurent la détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique
- assurent la formation des professionnels de santé, participent à la définition de leurs conditions d'exercice, veillent aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique

Les services du ministère chargé de la santé préparent les textes réglementaires et les circulaires d'application.

Les deux principales directions chargées des questions de santé sont :

- la Direction Générale de la Santé
- la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

3.2.2. Les établissements rattachés

Aux services du ministère de la santé sont associés des établissements nationaux chargés de compétences thématiques :

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) est un établissement national de santé publique chargé de surveiller en permanence l'état de santé de la population et son évolution. Créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'InVS est placé sous la tutelle du ministre de la santé.

Il a pour missions:

- la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. A ce titre, il participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique ;
- la veille et la vigilance sanitaires. A ce titre, l'institut est chargé :
 - de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ;

- de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ;
- d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

Il peut également assurer des fonctions de veille sanitaire pour la Communauté européenne, des organisations internationales et des pays tiers, avec l'accord du ministre chargé de la santé ;

- l'alerte sanitaire. L'institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et il lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace ;
- une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) exerce quatre métiers :

- l'évaluation scientifique et médico-économique des produits de santé
- le contrôle en laboratoire et le contrôle de la publicité
- l'inspection sur sites
- l'information des professionnels de santé et du public.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), sous la triple tutelle des ministères de la santé, de l'agriculture et de la consommation, évalue les risques sanitaires et nutritionnels des aliments destinés à l'homme et à l'animal en France.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE) a pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement et d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement.

La Haute Autorité de santé (HAS), qui a succédé à l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), est chargée de :

- procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé ;
- d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire
- d'établir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ;
- d'établir et mettre en œuvre les procédures de certification (ex accréditation) des établissements de santé ;
- de participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a pour missions :

- de mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique ;
- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- de participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique.

L'institut apporte son concours à la mise en œuvre des programmes régionaux de l'Etat. »

L'Etablissement Français du Sang (EFS) a pour première mission d'assurer la satisfaction des besoins en produits sanguins labiles (PSL) sur l'ensemble du territoire national. Opérateur unique de la transfusion sanguine, l'EFS dispose du monopole des activités de collecte, de préparation, de qualification et de distribution des PSL aux établissements de soins.

L'Etablissement Français des Greffes (EFG) est chargé de l'enregistrement de l'inscription des patients sur la liste nationale d'attente, de la gestion de celle-ci et de l'attribution des greffons, qu'ils aient été prélevés en France ou hors du territoire national.

L'Institut de radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) effectue des recherches et des expertises sur les risques liés à la radioactivité et leurs conséquences sur l'homme et l'environnement.

3.2.3. Autres organismes intervenant en matière de santé publique

Le Haut Conseil de la santé publique a pour missions :

- de contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique ;
- 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 stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- de fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

La Conférence nationale de santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis

par les conférences régionales de santé, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics.

3.3. Les acteurs au niveau régional

3.3.1. L'Etat

La DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)

- élabore le plan régional de santé publique (PRSP) ; anime, dans le cadre du groupement régional de santé publique, la politique régionale de santé et identifie les problèmes prioritaires de santé
- assure le secrétariat de la conférence régionale de santé
- organise les relations administratives avec les professions de santé
- est chargée du suivi pédagogique des organismes de formation des professions paramédicales
- évalue le degré de réalisation, dans leur déclinaison régionale, des objectifs fixés par chaque convention nationale conclue entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale
- joue un rôle important en matière de sécurité sanitaire : elle élabore le plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire

La DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales)

- intervient, pour le compte de l'ARH, dans l'organisation de l'offre de soins hospitalière
- prépare, en liaison avec la mission régionale de santé, le dispositif de permanence de soins
- veille, en lien avec la DRASS, au développement des actions de prévention et de promotion de la santé au niveau départemental
- assure une mission générale de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement (contrôle des eaux d'alimentation, de loisirs, et usées, étude des risques sanitaires notamment liés aux installations classées, l'hygiène des aliments, insalubrité des espaces clos...)

L'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation)

Constituée sous forme de GIP (Groupement d'intérêt public) entre les représentants de l'Etat et les représentants de l'Assurance Maladie, l'ARH organise la régulation de l'offre de soins hospitalière :

- par l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS),
- par les autorisations accordées aux établissements de santé pour les activités de soins et les équipements matériels lourds ; sont soumis à l'autorisation de l'ARH les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins et l'installation des équipements matériels lourds.
- par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements et titulaires d'autorisations. Ils décrivent les transformations que les établissements s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération. Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ; ils comportent le calendrier de la procédure d'accréditation, ainsi que les engagements pour faire suite à cette procédure.

L'agence alloue les ressources aux établissements de santé de la région.

L'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)

Union inter régimes (régime général d'assurance maladie, régime agricole et régime social des indépendants), l'URCAM est chargée de définir une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville, et de veiller à sa mise en oeuvre.

L'union régionale promeut et évalue les actions de coordination des soins et la mise en oeuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé.

L'URCAM veille à la mise en oeuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

3.3.2. La MRS (Mission Régionale de Santé)

Constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie, la MRS détermine :

- les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des médecins libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation de ces professionnels ;
- après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins ;
- le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télé-médecine ;
- le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

La mission régionale de santé est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Le GRSP (Groupement régional de santé publique)

Le groupement régional de santé publique est une personne morale de droit public, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre :

- 1° L'Etat et des établissements publics de l'Etat intervenant dans le domaine de la santé publique, notamment l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- 2° L'agence régionale de l'hospitalisation ;
- 3° La région, les départements, communes ou groupements de communes, lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement ;
- 4° L'union régionale des caisses d'assurance maladie et la caisse régionale d'assurance maladie.

Le conseil d'administration est présidé par le préfet de région.

Le GRSP a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région.

- Le groupement régional arrête les conditions de réalisation de ces programmes et précise notamment la nature et l'échéancier des actions envisagées dans ce cadre, leurs modalités de suivi et d'évaluation, les cahiers des charges éventuellement associés à leur lancement, ainsi que les partenariats et financements prévus à cet effet.
- Il décide des projets éligibles à un financement du groupement et fixe le montant de ce financement.
- Il développe les coopérations et met en œuvre les conventions nécessaires à la réalisation des programmes de santé du plan régional de santé publique ;
- Il favorise le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la cohérence et la disponibilité des informations nécessaires à son action et met en place les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions qu'il mène ;
- Il contribue à l'évaluation des programmes du plan régional de santé publique et mène des actions de communication sur ce plan et sa mise en œuvre ;
- Il rend compte de son activité et des résultats obtenus, au moins une fois par an, à la conférence régionale de santé.

Les ressources du groupement comprennent obligatoirement :

- 1° Une subvention de l'Etat ;
- 2° Une dotation de l'assurance maladie.

3.3.3. Les collectivités territoriales

Le Conseil Régional

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a redéfini les compétences respectives de l'Etat et du Conseil Régional en matière de formation des professionnels paramédicaux et des sages-femmes.

L'Etat détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants et il délivre les diplômes.

Le Conseil Régional élabore un schéma régional des formations sanitaires. Il répartit le nombre d'étudiants admis à entreprendre des études entre les instituts ou écoles de la région.

La création des instituts ou écoles fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du Conseil Régional, après avis du préfet de région.

Le Conseil régional est compétent pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les instituts ou écoles autorisés.

Le Conseil Régional a la charge du fonctionnement et de l'équipement des instituts et écoles autorisés lorsqu'ils sont publics. Il peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés.

Le Département (Conseil Général)

Depuis les lois du 2 mars 1982 et du 22 juillet 1983, le département est compétent notamment en matière :

- d'aide aux handicapés (ex : politiques d'hébergement et d'insertion sociale) ;
- d'aide aux personnes âgées, par exemple la création et la gestion de maisons de retraite, l'allocation personnalisée d'autonomie. Depuis la loi du 13 août 2004, le département définit et met en œuvre l'action sociale en leur faveur .

Dans le domaine sanitaire, le département est notamment responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance.

L'article 71 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination, de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles.

Les départements peuvent toutefois, continuer à exercer des activités dans ces domaines dans le cadre de conventions passées avec l'Etat (préfet de département).

Les communes

Dans le domaine de la santé : depuis la loi du 13 août 2004, les communes qui en font la demande, peuvent exercer la responsabilité de la politique de résorption de l'insalubrité dans l'habitat, à titre expérimental pour quatre ans.

Elles peuvent également, tout comme les autres collectivités territoriales, dans le cadre d'une convention conclue avec l'État exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles.

3.3.4. Les autres acteurs

- Les autres services de l'Etat :
 - les services de l'Education Nationale (Rectorat et Inspections d'Académie), notamment pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de santé scolaire
 - la DRTEFP (Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle), pour l'élaboration d'un plan de santé au travail
 - la DRDJS et les DDJS (Directions Régionale et Départementales de la Jeunesse et des Sports), notamment pour la promotion de l'activité physique et la lutte contre le dopage
 - la DRIRE (Direction Régionale de l'Industrie et de la Recherche), en particulier pour l'élaboration du plan régional santé environnement en Alsace
- le CES (Conseil Economique et Social)
- l'URML (Union régionale des médecins libéraux)
- l'ORS (Observatoire régional de la santé)
- le CRES (Collège Régional d'Education pour la Santé)
- les associations
- les représentants d'usagers dans les établissements de santé et les instances de santé publique
- les professionnels du secteur sanitaire et social et leurs instances représentatives et ordinaires

3.3.5. Les instances consultatives

La conférence régionale de santé (CRS)

La conférence régionale de santé a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique.

Lors de l'élaboration du plan régional de santé publique, elle est consultée par le préfet de région et formule des avis et propositions sur les programmes qui le composent.

Elle est tenue régulièrement informée de leur état d'avancement ainsi que des évaluations qui en sont faites.

Elle procède également à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport spécifique qui est transmis à la Conférence nationale de santé.

Elle émet un avis sur les orientations et ses propositions de la mission régionale de santé, qui lui rend compte annuellement de la mise en oeuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission régionale de santé informée de ses travaux.

La CRS comprend des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des malades et des usagers du système de santé, des professionnels de santé, des institutions publiques et privées de santé, de l'observatoire régional de la santé ainsi que des personnalités qualifiées.

Le comité régional de l'organisation sanitaire (CROS)

L'agence régionale de l'hospitalisation consulte le comité régional de l'organisation sanitaire sur :

- les projets de schéma régional ou interrégional d'organisation sanitaire (SROS ou SIOS)
- les projets d'autorisation de structures médicales.

Le comité rend un avis sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Il reçoit une information au moins une fois par an sur les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements lourds et l'ARH pour la mise en oeuvre du SROS.

Le comité régional de l'organisation sanitaire comprend des représentants :

- des collectivités territoriales
- des professionnels, médicaux et non médicaux, du secteur sanitaire hospitalier et libéral
- des institutions et établissements de santé publics et privés
- des personnels de ces institutions et établissements
- des organismes d'assurance maladie
- des usagers
- du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
- et des personnalités qualifiées.

3.3.6. Les conférences sanitaires de territoires

Le directeur de l'ARH constitue des conférences sanitaires, formées des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné.

Les conférences sanitaires sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire et sont chargées de promouvoir la coopération entre les établissements.

3.3.7. Les outils et moyens d'organisation et de programmation au niveau régional

Le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)

Le SROS vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

Le SROS est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des

progrès des techniques médicales et après analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

Le SROS comporte une annexe qui précise :

- les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé, par activité de soins, et par équipements matériels lourds ;
- les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Le schéma régional est arrêté par le directeur de l'ARH après avis du comité régional de l'organisation sanitaire (CROS).

Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'ARH.

Le schéma régional d'organisation sanitaire d'Alsace pour la période 2006-2011 a été arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation le 9 mars 2006. Il fixe les objectifs généraux et opérationnels, le dispositif d'organisation et les objectifs quantifiés de chacune de ses thématiques.

Les lignes directrices portent sur l'accessibilité et le maillage de l'offre.

Elles visent à renforcer la logique d'aménagement de l'offre de soins en organisant son accessibilité et le chaînage entre opérateurs par :

- la distinction de trois niveaux de soins : proximité, référence et recours
- la délimitation de territoires de santé
- l'élaboration de projets médicaux de territoires associant établissements et professionnels libéraux.

Le PRSP (Plan Régional de Santé Publique)

Le préfet de région arrête, après avis de la conférence régionale de santé, un plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.

Le schéma d'organisation sanitaire prend en compte les objectifs de ce plan.

Le plan régional de santé publique fait l'objet d'une évaluation.

Le PRSP d'Alsace 2006-2008 a été arrêté par le préfet de région le 20 juillet 2006.

Il comporte des axes transversaux :

- Améliorer l'observation de l'état de santé et mieux communiquer
- Conforter la démarche de santé publique

et quatre axes prioritaires d'intervention :

- Réduire la surmortalité et la sur morbidité évitable
- Promouvoir les comportements et les environnements favorables à la santé
- Répondre aux besoins de populations nécessitant une attention particulière
- Mieux prévenir et gérer les alertes sanitaires

Le SREPS (Schéma Régional d'Education Pour la Santé)

Arrêté par le préfet de région, le SREPS organise, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé

Il veille à une répartition géographique équitable des formations, services et activités d'éducation pour la santé, en décrivant et prévoyant, dans la durée, les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs annoncés, tout en élaborant une démarche d'évaluation.

Le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins)

Ce fonds remplace à compter du 1^{er} juillet 2007, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR).

- Le FIQCS finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.
- Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux.
- Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.
- Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.
- Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.
- Il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36- 1 du code de la sécurité sociale et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Les crédits du FIQCS sont accordés :

- pour partie, par la mission régionale de santé, après avis du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins
- pour partie, par le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

3.4. L'organisation du système de santé en France

Dans un contexte financier contraint et un environnement évolutif (au regard des attentes du public en matière de santé, de l'évolution démographique et du progrès technologique), l'assurance maladie se devait de relever le défi suivant : préserver son caractère universel, obligatoire et solidaire.

La loi n°810 du 13 août 2004 est venue réformer l'assurance maladie par une réorganisation articulée autour de deux axes :

- la mise en place d'un nouveau schéma institutionnel, appelé la nouvelle gouvernance,
- l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé où la responsabilisation des acteurs de santé, et ce qu'ils soient usagers ou professionnels de santé, est fortement accentuée.

3.4.1. La gouvernance

L'Etat fixe les grandes orientations en matière de santé publique et garantit les principes fondamentaux du système de soins par le biais de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), précédée d'un projet de loi.

La LFSS détermine, pour l'année à venir, pour les quatre branches, c'est-à-dire :

- la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès,
- les accidents du travail les maladies professionnelles,
- la vieillesse et le veuvage,

-et la famille

(auxquelles s'ajoutera la dépendance pour faire face au vieillissement de la population en assurant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie),

les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixe, pour les différentes branches, les objectifs de dépenses des régimes de base, à savoir,

-la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés),

-la CCMSA (Caisse centrale de mutualité sociale agricole),

-le RSI (Caisse nationale du régime social des travailleurs indépendants).

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est accompagné d'un rapport qui décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les 4 années à venir. En cas d'évolution des dépenses de l'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM, le Comité d'alerte déclenche une procédure d'alerte et notifie le risque de dépassement au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie qui doivent présenter un plan de redressement, c'est-à-dire un plan d'économie.

S'agissant des médicaments, le Comité économique des produits de santé (CEPS) contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Il fixe le tarif forfaitaire de responsabilité pour les médicaments figurant dans un groupe générique, établit le prix de vente au public de chacun des médicaments remboursables, et applique les orientations destinées à assurer le respect des décisions de l'ONDAM.

En matière d'hospitalisation, le Conseil de l'hospitalisation contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé, ainsi que la détermination et le suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) orchestre l'assurance maladie et ses compétences sont élargies en matière d'inscription des actes à la nomenclature. Elle prend des décisions en matière d'inscription à la nomenclature des actes et prestations remboursables et fixe le montant du ticket modérateur (dans des conditions définies) et le montant de la participation forfaitaire de l'assuré. Elle négocie et signe les conventions avec les professionnels de santé. Elle institue une plus grande coordination entre les régimes de base et les organismes complémentaires.

La Haute autorité de santé conseille les pouvoirs publics et l'UNCAM. Elle contribue, par ses avis, à l'élaboration des décisions sur la prise en charge et les remboursements et diffuse des référentiels de bon usage des soins et de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et du grand public. Elle élabore des recommandations sur les conditions de prise en charge de certaines pathologies (affections de longue durée).

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM relatives à la définition des conditions d'inscription au remboursement d'un acte et de la fixation du ticket modérateur. Elle examine conjointement avec l'UNCAM leurs programmes de négociations avec les professionnels de santé.

L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM (fixation du ticket modérateur et la participation forfaitaire à la charge de l'assuré). Elle examine les programmes annuels de concertation avec l'UNCAM et l'UNOCAM.

Au niveau régional, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), définit une politique commune de gestion du risque notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville. Elle établit un programme commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie situés dans son ressort territorial. Elle promeut et évalue les actions de coordination des soins et la mise en œuvre des bonnes pratiques pour les professionnels de santé. Elle veille à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) :

Entre les organismes nationaux (exemple la Cnamts) et l'Etat, des conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont conclues où sont fixées les orientations du gouvernement dans le domaine de la santé publique, de la démographie médicale, et du médicament, ainsi que de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins.

Localement, la mise en œuvre de la COG entre la Cnamts et les CPAM est déclinée en Contrats pluriannuels de gestion (CPG).

3.4.2. L'organisation de l'offre de soins et la régulation

Les principales mesures, instaurées par la loi de la réforme du 13 août 2004, sont les suivantes :

- Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné

Tout assuré ou ayant droit de 16 ans et plus doit indiquer à son organisme d'assurance maladie le médecin traitant qu'il a choisi librement avec l'accord de celui-ci. Le médecin traitant assure les soins de premier niveau et oriente le patient, en tant que de besoin, vers un spécialiste qui sera appelé «médecin correspondant » qui informera le médecin traitant du diagnostic.

Le médecin traitant rédige les protocoles pour les affections de longue durée, il informe le patient sur la prévention et l'éducation sanitaire, et synthétise les informations médicales qui le concernent.

Le patient doit consulter son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste, sous peine d'être moins bien remboursé (majoration du ticket modérateur, appelée majoration de reste à charge).

Les spécialistes suivants peuvent être consultés en accès direct, à savoir :

- le gynécologue, pour la plupart des actes,
- l'ophtalmologue, pour le changement de lunettes ou le traitement des glaucomes,
- le psychiatre, pour les jeunes de moins de 26 ans.

- La participation forfaitaire d'un euro

Instaurée dans un but de responsabiliser l'assuré (de plus de 18 ans) dans son comportement au regard des soins de santé, il acquitte une participation forfaitaire d'un euro, qui reste à sa charge, pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé ainsi que sur les actes de biologie. Le nombre maximum de forfaits par bénéficiaire est fixé à 50 euros pour une année civile. Les femmes enceintes de plus de 6 mois et les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale état (AME) sont exclus.

- La participation forfaitaire de 18 euros

Une participation de 18 euros est demandée à l'assuré pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros, excepté les actes de radiographie et de biologie.

Ne sont pas visés les bénéficiaires qui ont une exonération liée au régime ou à la nature de l'acte (Affection de longue durée, maternité). Les organismes complémentaires et le régime local prennent en charge cette participation.

- Le renforcement du contrôle des arrêts de travail

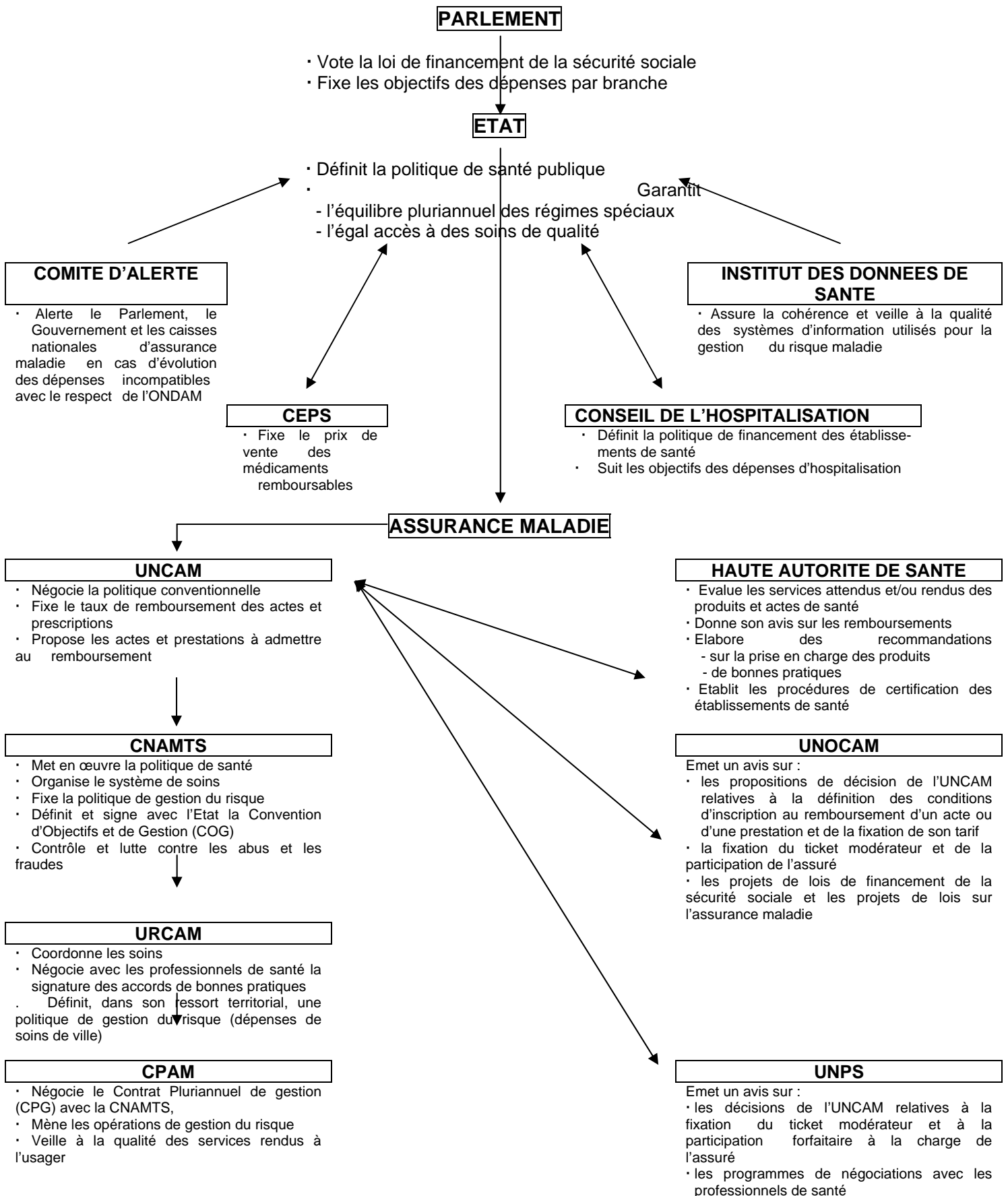
- La lutte contre la fraude à la carte Vitale

- Des pénalités financières en cas d'abus ou de fraude peuvent être infligées aux professionnels de santé, employeurs ou aux usagers, auteurs de fraudes ou de manquements à la réglementation.

- Le dossier médical personnel (DMP) pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, dont la mise en œuvre est prévue en 2008. Ce dossier est électronique et comportera les éléments de diagnostic et thérapeutiques liés aux actes réalisés par les professionnels de santé et les établissements. Il doit favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins.

- L'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé, pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation précaire et dont les ressources se situent jusqu'à 20% au dessus du plafond qui permet l'octroi à la CMU complémentaire.

NOUVELLE GOUVERNANCE DE L'ASSURANCE MALADIE (1)



1)Source : Guide de la gouvernance des organismes de sécurité sociale - Editions docis 2006

4. ANNEXES

4.1. Annexe 1 : Le système de santé dans le Bade-Wurtemberg

Dans le Bade-Wurtemberg, le **Ministère du Travail et des Affaires sociales** est l'administration supérieure compétente en matière de santé à laquelle sont subordonnés les **Regierungspräsidien** ; ces derniers constituent les administrations intermédiaires entre l'administration supérieure et celle de premier niveau et sont au nombre de quatre pour le Land de Bade-Wurtemberg : Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg et Tübingen. De plus, le Regierungspräsidium de Tübingen est chargé de contrôler la production des médicaments des entreprises pharmaceutiques. Dans le cadre de la réforme administrative, le **Landesgesundheitsamt** a été intégré au Regierungspräsidium de Stuttgart (département 9). Au niveau administratif inférieur, on retrouve les **Landkreise** (dans le canton de Freiburg p.ex : l'Ortenaukreis, le Landkreis de Constance ou le Landkreis de Rottweil) ainsi que les **Stadtkreise** (par ex. les villes de Stuttgart, Mannheim et Heilbronn). Les préfetures et les mairies des Stadtkreisen représentent les administrations de santé du niveau inférieur, soit 38 dans le Bade-Wurtemberg. Les administrations de santé sont organisées de façon différente selon les préfetures et les mairies auxquelles elles sont rattachées. Il arrive parfois que plusieurs administrations prennent en charge les missions de santé publique, comme par exemple à Offenburg, où ces missions sont réparties entre trois administrations différentes.

En principe, les administrations de niveau inférieur sont responsables des questions de santé publique. Les compétences des ministères, du Regierungspräsidium et du Landesgesundheitsamt doivent donc être définies, par exemple, par une loi fédérale.

a) Le Ministère du Travail et des Affaires sociales

<http://www.smbw.baden-wuerttemberg.de/>

Dans le cadre du service de santé publique, c'est le Ministère du travail et des affaires sociales est l'administration de tutelle des administrations subordonnées. Ces tâches principales consistent à s'occuper de :

- la gestion des hôpitaux et des établissements psychiatriques
- les services d'urgence
- la formation des métiers paramédicaux
- le contrôle des médicaments

b) Le Landesgesundheitsamt

<http://www.landesgesundheitsamt.de/>

Le Landesgesundheitsamt est chargé de :

- Conseiller le Ministère des Affaires sociales, les Regierungspräsidien et les services de santé sur toutes les questions de santé publique
- Faire des proposition en matière de formation initiale et continue dans le domaine.

Le Landesgesundheitsamt joue également le rôle d'institut de recherche du Land pour toutes les recherches médicales en particulier dans le domaine de la protection contre les infections et de l'hygiène.

c) Le Regierungspräsidium

<http://www.rp.baden-wuerttemberg.de>

Les missions du Regierungspräsidium sont prises en charge par des unités médicales elles-mêmes dirigées par des responsables du domaine de la santé.

Ils sont responsables des politiques de santé publique et ont une mission de contrôle. Ces derniers sont placés au dessus des Gesundheitsämter. Ils peuvent, en outre, financer des hôpitaux ainsi que des institutions sociales et se portent garants des standards de formation des métiers paramédicaux.

d) Les Gesundheitsämter

<http://www.gesundheitsamt-bw.de>

Les 38 Gesundheitsämter du Bade-Wurtemberg constituent le service de santé publique au niveau local.

Leurs attributions sont les suivantes :

- a) Médecine des maladies tropicales, toxicologie tropicale ainsi que l'hygiène locale en particulier le contrôle de l'eau potable et de l'eau de baignade.
- b) Service chargé de la surveillance (les Gesundheitsämter de Ravensburg et d'Offenburg mènent à tour de rôle sous la direction du Landesgesundheitsamt des enquêtes en matière de maladies tropicales dans les classes de cours moyens).
- c) Contrôle d'hygiène des institutions (p.ex écoles, instituts de soins, hôpitaux)
- d) Déclaration des maladies contagieuses, selon le code de protection contre les infections (§ 6- 15 If SchG)
- e) Prévention contre les maladies contagieuses
- f) Prévention menée dans les écoles par le biais de visites médicales, séances de sensibilisation aux soins dentaires (examen bucco-dentaire, fluorisation, brossage de dents et habitudes alimentaires)
- g) Service de médecine légale (expertise)
- h) Comptes rendus de santé et réalisations d'enquêtes épidémiologiques dans leurs secteurs.
- i) Prévention de la santé par le conseil et l'information

*niveau
fédéral*

**Ministère fédéral
de la santé**

Instituts fédéraux,
p.ex. Institut Robert-Koch

Uniquement contrôle juridique

*Niveau du
Land
(Ex.
Bade-
Wurtemberg)*

**Ministère du travail et des
affaires sociales du Land
de
Bade-Wurtemberg**

Contrôle juridique et sanitaire

**Regieruns-
präsidium
Karlsruhe**

**Regieruns-
präsidium
Freiburg**

**Regieruns-
präsidium
Stuttgart**
(mit Abt. 9 LGA-
Landesgesund-
heitsamt)

**Regieruns-
präsidium
Tübingen**

Contrôle juridique et sanitaire

**Gesundheitsämter
des Landratsämter et Stadtkreise**

4.2. Annexe 2 . Le système de santé en Rhénanie-Palatinat

L'administration supérieure compétente en matière de santé est en Rhénanie-Palatinat le **Ministère du Travail, des Affaires sociales, de la santé, de la famille et des femmes** dont le siège se trouve à Mayence. Le ministère représente l'autorité légale de contrôle des autres administrations qui lui sont subordonnées. Ces missions sont entre autre : la gestion des hôpitaux et des établissements psychiatriques, la veille épidémiologique, la formation aux métiers paramédicaux et le contrôle des médicaments

Au niveau intermédiaire, on retrouvera le Landesamt pour les affaires sociales, la jeunesse et les soins, subordonné au ministère. Il existe trois Landesämter en Rhénanie-Palatinat : à Mayence, Coblenche et Landau. Le Landesamt est chargé du conseil et du contrôle des Gesundheitsämter en Rhénanie-Palatinat selon la loi sur le service de santé public (ÖGdG). La mission de conseil s'applique également aux arrondissements avoisinants avec lesquels il entreprend des actions communes.

Les Gesundheitsämter

- observent, mènent des enquêtes et évaluent le comportement de la population, y compris les effets de l'environnement sur la santé, analysent les causes de maladie et luttent pour leur élimination,
- coordonnent les offres de promotion de la santé en coopération avec les instances compétentes et proposent, en cas de besoins, d'autres services,
- conseillent la population ainsi que les autres acteurs de missions publiques sur les questions de santé, prennent position quant à la planification et aux différentes mesures à envisager,
- soutiennent l'élaboration et le développement de standards spécialisés assurant la qualité des soins médicaux,
- veillent au respect des règlements et des exigences en matière d'hygiène,
- agissent sur la prévention des maladies contagieuses, mènent des recherches sur les modes d'infection ainsi que des actions de vaccination
- aident au recensement épidémiologique et à l'évaluation des maladies
- contribuent à la formation des métiers spécialisés de la santé publique
- surveillent le respect des décisions de santé auprès des médecins et autres personnels de santé ainsi qu'auprès des établissements de santé.

Suite à la loi du Land sur l'intégration des Gesundheitsämter dans les administrations d'arrondissements, les Gesundheitsämter ainsi que leurs annexes sont passés, depuis le 1 janvier 1997, sous la responsabilité des collectivités locales. Ces dernières reçoivent du Land, outre une contribution financière, un montant par habitant relatif au nombre d'habitants.

En Rhénanie Palatinat, il existe 24 Gesundheitsämter, faisant partie de l'administration des arrondissement, auxquels sont rattachés des annexes.

Un office de recherche (Landesuntersuchungsamt), siégeant à Coblenche, a été créé dans la foulée de la réforme administrative, définie par la Landesgesetz, en date du 12 octobre 1999 (GVBl. S.325). Cet office rassemble les instituts d'hygiène et de protection contre les infections de Coblenche, Landau et de Trèves, l'institut de formation national pour les préparateurs en pharmacie de Trèves ainsi que les instituts de formation des assistant(e)s médicaux de Coblenche et de Trèves.

Le département de médecine de cet office (Landesuntersuchungsamt) est actuellement en phase de restructuration afin de pouvoir mieux se plier aux exigences de la médecine préventive moderne, telle que définie dans le cadre de la protection contre les infections. La

restructuration amène une réflexion sur la distribution des tâches et suscite différentes critiques, d'ordre technique ou économique.

Le Landesuntersuchungsamt- Département Médecine- représente, au niveau du Land, l'instance technique et de conseil en matière de santé publique pour les domaines du « recensement des infections et prévention des infections et épidémiologie de maladies transmissibles ou liées à des facteurs extérieurs ».

Ses tâches principales sont :

- le conseil apporté aux services de santé pour prévenir les infections nosocomiales, notamment le contrôle d'hygiène des hôpitaux, des cabinets, des installations communes,
- le conseil apporté aux services de santé et prestataires de services en matière de bioterrorisme,
- la déclaration et l'enregistrement des infections, dans le cadre de la loi sur la protection des infections,
- enquêtes hygiéniques et microbiologiques de l'eau et des aliments
- analyses de laboratoires de matériaux humains (microbiologie, sérologie, chimie clinique et hématologie) ainsi que le décryptage du virus HIV
- épidémiologie de maladies infectieuses et de maladies liées à l'environnement,
- organisation de formation initiale et continue pour le service de santé publique
- formation d'assistant(e)s médicaux/ médicales et techniques ainsi que formation des préparateurs/trices en pharmacie

4.3. Annexe 3 . Le système de santé en Sarre

En Saare, la santé est du ressort du Ministère de la Justice, du Travail, de la Santé et des Affaires sociales auquel est rattaché le Landesamt pour les Affaires sociales, la santé et la protection des consommateurs.

En plus des missions relevant des affaires sociales, le Landesamt, institution centrale, a des missions de recherche pour le Land, notamment dans les domaines des analyses microbiologiques de l'eau et des aliments, des analyses bactériologiques et virologiques d'épizooties. Il a également des missions relatives à l'hygiène environnementale.

Pour les professions médicales, il prend également en charge des missions habituellement du ressort du Landesprüfungsamt (bureau des examens), telles que l'organisation des examens, la délivrance des diplômes et des documents officiels, la reconnaissance des qualifications ainsi que les mesures en cas de fautes professionnelles.

Le Landesamt assure par ailleurs une mission d'expertise pour les employés du Land. Ce service, centralisé, permet d'établir les diplômes et les expertises pour tous les employés de la Saare.

A côté de l'institut central de recherches du Landesamt, un centre de recherches médicales fédéral a été rattaché à l'université de Saare : il assure les examens bactériologiques et virologiques en laboratoire. Par ailleurs, l'institut central de recherches accomplit une mission de conseil pour toutes les questions relatives au contrôle de l'hygiène des hôpitaux, des cabinets médicaux et des institutions communes.

Dans le cadre de la loi sur les infections, il est chargé du contrôle des laboratoires de la Saare.

Une autre institution centrale du Land dans le domaine de la santé est le service d'exams pour les demandeurs d'asile à leur arrivée.

Contrairement à d'autres Bundesländer, il n'y a pas, en Saare, de niveau intermédiaire.

Le Ministère de la Justice, du Travail, de la Santé et des Affaires sociales fait office d'instance de contrôle sur les institutions précitées.

Les missions originelles du Ministère sont entre autres:

- La planification des hôpitaux et des établissements psychiatriques
- Le contrôle des médicaments et des entreprises pharmaceutiques
- La protection contre les infections y compris la planification du système de veille sanitaire
- L'alerte contre toute maladie infectieuse
- L'épidémiologie
- La législation relative à l'inhumation
- La détermination des principes directeurs relatifs aux personnels de santé
- La détermination des principes directeurs relatifs à la prévention
- La détermination des principes directeurs relatifs à la protection de la santé ainsi qu'à la protection des consommateurs notamment dans le domaine vétérinaire et alimentaire

Les services de secours et de lutte contre les catastrophes sont du ressort du Ministère de l'Intérieur, de la Famille, des Femmes et des Sports. La participation des hôpitaux aux soins d'urgence est planifiée par le Ministère de la Justice, du Travail, de la Santé et des Affaires sociales.

Le Ministère de l'éducation, de la culture et des sciences contrôle le centre hospitalier universitaire de la Saare ; par ailleurs, en plus des soins hospitaliers ou ambulants, il a été chargé, par l'office de santé publique, de la formation initiale et continue des médecins et des personnels de santé. Il représente également l'institution de recherches centrale du

Land, assure à ce titre les recherches médicales, notamment dans le domaine de la protection contre les infections, et conseille l'office de santé publique.

Au niveau communal, on retrouve les Gesundheitsämter. Ces derniers ont été transférés en 1997 sous la responsabilité des Landkreise ou plus précisément sous la responsabilité du Stadtverband de Sarrebrück.

Les six Gesundheitsämter sarrois constituent les interlocuteurs directs des citoyens : ils conseillent la population et les institutions publiques sur toutes les questions relatives à la santé.

Parmi leurs domaines de compétence, on retrouve :

- Le contrôle d'hygiène des hôpitaux, des établissements de prévention et de réhabilitation médicale, des écoles, des jardins d'enfants et d'autres institutions publiques, le contrôle de l'eau, des piscines, etc...
- La protection et la lutte contre les maladies infectieuses (recensement, enquêtes sur les modes d'infection, mesures de lutte, prévention contre les infections, etc...)
- L'examen médical pré-scolaire et l'examen des enfants scolarisés permettant de détecter des malformations et d'identifier des contre-indications médicales à la scolarisation de l'enfant
- Les campagnes de vaccination
- L'examen dentaire
- L'expertise médicale
- L'épidémiologie
- L'initiation et coordination de programmes de promotion de la santé
- L'assistance apportée aux handicapés, aux malades psychiques, aux toxicomanes et aux personnes atteintes de maladies chroniques
- Les consultations spécifiques HIV/SIDA ainsi que des tests HIV proposés gratuitement
- Le conseil apporté aux femmes enceintes en situation de conflit
- Examen et évaluation des comportements sanitaires de la population

4.4. Annexe 4 : Plus d'informations sur le système de santé allemand

Adresses et sites Internet / système de santé public allemand

Administrations

Niveau fédéral

- Bundesministerium für Gesundheit / Ministère fédéral de la santé
Am Propsthof 78a
D-53121 Bonn
Téléphone : +49 228 941-0
Télécopie : +49 228 941-1921
Courriel : poststelle@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de

Bade-Wurtemberg

- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
D-70174 Stuttgart
Téléphone : +49 711 123 – 0
Télécopie : +49 711 123 39 99
Courriel : Poststelle@sm.bwl.de
www.sozialministerium-bw.de
- Regierungspräsidium Stuttgart
Abteilung 9 - Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
D-70507 Stuttgart
Téléphone : +49 711 1849 – 0
Télécopie : +49 711 1849242
Courriel : abteilung9@rps.bwl.de
www.landesgesundheitsamt.de
- Regierungspräsidium Karlsruhe
Adresse :
Schloßplatz 1-3
D-76131 Karlsruhe
Adresse postale :
76247 Karlsruhe
Téléphone : +49 721 926-0
Télécopie : +49 721 926-6211
Courriel : poststelle@rpk.bwl.de
www.rp-karlsruhe.de
- Regierungspräsidium Freiburg
Bissierstraße 7
D-79114 Freiburg im Breisgau
Téléphone : +49 761 208 – 0
Télécopie : +49 761 208 – 394200
Courriel : poststelle@rpf.bwl.de
www.rp-freiburg.de
- Regierungspräsidium Tübingen
Konrad-Adenauer-Str- 20
D-72072 Tübingen
Téléphone : +49 7071 757-0

Télécopie : +49 7071 757-319
Courriel : poststelle@rpt.bwl.de
www.rp-tuebingen.de

Rhénanie-Palatinat

- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland Pfalz
- Abteilung Gesundheit -
Bauhofstraße 9
D-55116 Mainz
Téléphone : +49 6131 16-2027
Télécopie : +49 6131 16-2452
Courriel : poststelle@masgff.rlp.de
www.masgff.rlp.de
- Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
in Koblenz
Baedekerstraße 2-10
D-56073 Koblenz
Téléphone : +49 2 61 40 41 – 0
Télécopie : +49 2 61 40 41-4 07
Courriel : poststelle-ko@lsjv.rlp.de
www.lsjv.de

Sarre

- Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Franz-Josef-Röder-Straße 23
D-66119 Saarbrücken
Téléphone : +49 681 501-00
Télécopie : +49 681 501-2089
Courriel : poststelle@justiz-soziales.saarland.de
www.saarland.de/ministerium_justiz_gesundheit_soziales.htm

Sites web sur le thème de la santé

Niveau fédéral

- www.bfarm.de (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux)
- www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung / Centre fédéral d'éducation pour la santé)
- www.dimdi.de (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information / Institut allemand pour la documentation et l'information médicales)
- www.pei.de (Paul-Ehrlich-Institut / Institut Paul Ehrlich - Office fédéral des sérums et des vaccins)
- www.rki.de (Robert-Koch-Institut / Institut Robert Koch - Institut fédéral des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles)
- www.uba.de (Umweltbundesamt / Office fédéral de l'environnement)
- www.bpb.de (Bundeszentrale für politische Bildung / Centre fédéral pour l'éducation politique), "Themen" ⇒ "Innenpolitik" ⇒ "Gesundheitspolitik"

Länder

- www.gesundheitsamt-bw.de
- www.gesundheitsforum-bw.de

4.5. Annexe 5: Plus d'informations sur le système de santé français

Adresses et sites Internet / système de santé public français

Administrations

Niveau national

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
14, Avenue DUQUESNE
F-75 350 PARIS SP
Téléphone : +33 1 40 56 60 00 (standard)
www.sante.gouv.fr

Elsass

- Préfecture de la région Alsace et du Bas-Rhin
5, place de la République
F-67073 Strasbourg Cedex
Téléphone : +33 3.88.21.67.68
Télécopie : +33 3.88.21.62.16
Courriel : infos@bas-rhin.pref.gouv.fr
<http://www.bas-rhin.pref.gouv.fr/>
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace (DRASS)
14 rue du Maréchal Juin
Cité Administrative Gaujot - Escalier 1
F-67084 STRASBOURG CEDEX
Téléphone : +33 3.88.76.76.81
Télécopie : +33 3.88.76.80.91
Courriel : dr67-direction@sante.gouv.fr
<http://alsace.sante.gouv.fr/drass/indexdrass.htm>
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Bas-Rhin (DDASS)
14 rue du Maréchal Juin
Cité Administrative Gaujot - Escalier 1
F-67084 STRASBOURG CEDEX
Téléphone : +33 3.88.76.76.81
Télécopie : +33 3.88.76.80.91
Courriel : dd67-directeur@sante.gouv.fr
<http://alsace.sante.gouv.fr/dep1/indexdep.htm>
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Haut-Rhin (DDASS)
3, rue Fleischhauer
Cité Administrative bât. C
F-68026 COLMAR Cedex
Téléphone : +33 3.89.24.81.64
Télécopie : +33 3.89.24.82.30
Courriel : dd68-direction@sante.gouv.fr
<http://alsace.sante.gouv.fr/dep2/indexdep.htm>
- gemeinsame Homepage der DRASS Alsace und der zwei DDASS:
<http://alsace.sante.gouv.fr/>

- Agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace
22, rue de l'Université
BP 90 119
F-67003 Strasbourg Cedex
Téléphone : +33 3 90 22 98 22
Télécopie : +33 3 90 22 98 00
Courriel : arh-alsace@sante.gouv.fr
<http://alsace.parhtage.sante.fr>
- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Alsace
21, rue de BERNE
B.P. 60 353
F-67 009 STRASBOURG CEDEX
Téléphone : +33 3 88 76 85 55
Télécopie : +33 3 88 76 85 54
Courriel : urcam.alsace@assurance-maladie.fr
www.alsace.assurance-maladie.fr

Lothringen

- Préfecture de la région Lorraine
36, place Saint THIEBAULT
B.P. 71 014
F-57 034 METZ CEDEX 1
Téléphone : +33 3 87 34 87 34
Télécopie : +33 3 87 37 92 84
Courriel : webmestre@moselle.pref.gouv.fr
www.lorraine.pref.gouv.fr/
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Lorraine (DRASS)
Immeuble "Les Thiers"
4, rue PIROUX
CO 80 071
F-54 071 NANCY CEDEX
Téléphone : +33 3 83 39 29 29
Télécopie : +33 3 83 39 28 93
Courriel : dr54directeur@sante.gouv.fr
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Meurthe-et-Moselle (DDASS)
4 rue Bénit
CO 11
F-54035 NANCY CEDEX
Téléphone : +33 3 83 17 44 44
Télécopie : +33 3 83 17 44 00
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Meuse (DDASS)
Cité Administrative
Avenue du 94e RI
BP 549
F-55013 BAR LE DUC CEDEX
Téléphone : +33 3 29 76 84 00
Télécopie : +33 3 29 79 17 03

- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Moselle (DDASS)
27 place Saint Thiébault
F-57045 METZ CEDEX
Téléphone : +33 3 87 37 56 00
Télécopie : +33 3 87 37 56 56

- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Vosges (DDASS)
1 quartier de la Magdeleine
F-88026 EPINAL CEDEX
Téléphone : +33 3 29 64 66 68
Télécopie : +33 3 29 64 66 92

- gemeinsame Homepage der DRASS Lorraine und der 4 DDASS :
www.lorraine.sante.gouv.fr (Diese Internetseite ist im Aufbau.)

- Agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine
Immeuble "les Thiers"
4 rue Piroux
F-54007 NANCY Cedex
Téléphone : +33 3.83.36.86.60
Télécopie : +33 3.83.36.86.70
Courriel : arh54-directeur@sante.gouv.fr
<http://lorraine.parhtage.sante.fr>

- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Lorraine
4, boulevard PONTIFFROY
F-57 000 METZ
Téléphone : +33 3 87 34 32 40
Télécopie : +33 3 87 34 32 42
Courriel : urcam.lorraine@assurance-maladie.fr
www.lorraine.assurance-maladie.fr

Sites web sur le thème de la santé

<http://www.ensp.fr>

site web de l'Ecole Nationale de la Santé Publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.service-public.fr/>