

<b>SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES</b>
<b>Terminale ST2S Pôle santé publique</b>
<b>AT n°9 : le système de soins</b>

**Objectifs :**

- Montrer la complémentarité des différentes composantes du système de soins
- Montrer comment est assurée la permanence des soins sur un territoire
- Illustrer les différentes missions de service public des établissements de santé
- Présenter le lien entre accès aux soins et réduction des inégalités de santé
- Montrer l'importance de la protection sociale dans l'accès aux soins

**Contexte :**

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
Titre LIMINAIRE RASSEMBLER LES ACTEURS DE LA SANTÉ AUTOUR  
D'UNE STRATÉGIE PARTAGÉE

**Article 1**

[...]

Art. L. 1411-1. Modifié par l'ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017

« La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

« La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat.

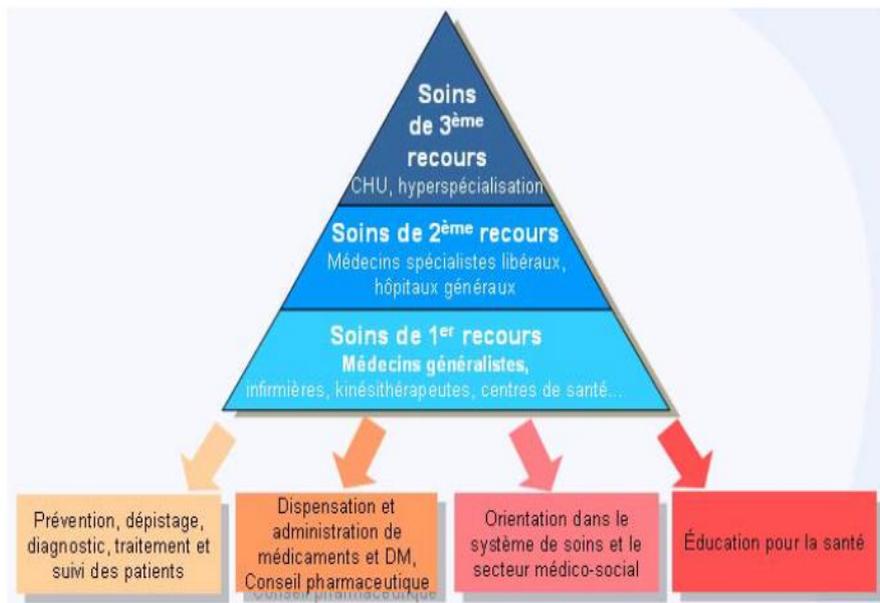
« Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. [...]

→ **Identifier les principes qui régissent le système de soins**

- 
- 
- 
- 
- 

**Questionnement : Comment ces principes se traduisent dans l'organisation de la production de soins ?**

## 1- Schématisation de l'offre de soins



### Soins de premier recours (article L1411-11 du code de la santé publique)

= soins de proximité, en termes de distance et de temps, au sein duquel le médecin généraliste assure le rôle de coordination et d'orientation au sein du système (médecin traitant)

Ils s'organisent autour de :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, conseils, traitement.
- le suivi du patient et la coordination de son parcours.
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

L'organisation du système de soins en niveaux de recours est centrée sur les soins primaires, notion définie dans l'article 6 de la déclaration d'Alma-Ata du 12 septembre 1978 de l'OMS : *(pour information afin de comprendre mais pas à apprendre)*

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

**Soins de deuxième recours** = soins non couverts par l'offre de premier recours car complexes. Ce sont des soins délivrés par les médecins spécialistes soit en ville soit en structure hospitalière.

**Soins de troisième recours** = se caractérisent par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe. Ce sont donc les centres hospitaliers régionaux, universitaires qui les pratiquent.

**Plateau technique** = Le plateau technique inclut la chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, les explorations fonctionnelles et les disciplines interventionnelles (bloc opératoire), l'imagerie et la biologie, dans une perspective d'accès à des soins de qualité 24 heures sur 24 pour la population du territoire qu'il dessert. (source Ministère de la santé – rapport sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques - 2002)

On peut se rendre compte à partir de ce schéma que :

- les soins sont gradués
- les acteurs qui offrent les soins sont différents.

## **2- les acteurs de l'offre de soins**

### ○ Au niveau des soins de premier recours

Les soins de premier recours sont pratiqués par professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme) et paramédicales (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste ...)

Ces professionnels forment l'offre de soins ambulatoire mais ils n'ont pas tous le même mode d'exercice : libéral, salarié (soit privé soit en qualité d'agent public) ou mixte.

Ils peuvent exercer en libéral **de façon indépendante**, ou bien en **centre de santé pluriprofessionnel**, en **maison de santé pluriprofessionnelle** ou bien en **maison de santé hors murs**. Ces trois dernières structures doivent être fondées sur un projet de santé construit par les professionnels qui souhaitent s'associer. Le projet doit répondre à des contraintes fixées par l'ARS. Points communs : accueillent des professionnels de santé de catégories variées, dispensent des soins de premier recours parfois de deuxième recours, peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé.

**Maison de santé pluriprofessionnelle** : Une première reconnaissance légale des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a été apportée par la LFSS du 19/12/2007. Des modifications ont ensuite été apportées notamment par la loi HPST du 21/07/2009.

Les MSP correspondent à un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné développé pour répondre au besoin de "Travailler ensemble" et aux problématiques de santé actuelles : prise en charge des maladies chroniques, vieillissement de la population...

Les MSP sont des personnes morales de droit privé qui proposent un ensemble de services de santé (1<sup>er</sup> recours voire 2<sup>ème</sup> recours) de proximité (territoire défini dans le projet) sans hébergement, ainsi que des actions de prévention. Les professionnels agissent de façon coordonnée pour une patientèle commune.

On trouve aussi **des Maison de Santé hors murs** qui correspondent à la création des **équipes de soins primaires (ESP)**. Ces dernières sont un ensemble de professionnels constitué autour d'un médecin généraliste qui fonde un projet, validé par l'ARS afin de mieux répondre aux besoins de santé de leur patientèle.

La loi du 26 janvier 2016 a créé également des **communautés professionnelles territoriales de santé** qui répondent aux besoins de santé sur un territoire. Selon la loi, la CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs ESP, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Il n'y a pas de forme juridique privilégiée pour cette formalisation, qui est laissée à l'appréciation des professionnels concernés.

**Centre de santé pluriprofessionnel** : de statut juridique privé ou public, la majorité de son personnel est salarié. A une convention avec l'assurance maladie qui permet de pratiquer le tiers payant et de respecter les tarifs conventionnels du secteur 1.

Ils peuvent également exercer en **réseaux de santé** :

Créés par la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les réseaux de santé se définissent comme une forme d'exercice réunissant l'ensemble des professionnels (libéraux, hospitaliers, travailleurs sociaux...) intervenant autour d'un patient et qui coordonnent leurs interventions afin de lui assurer une prise en charge globale, adaptée et continue.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) intègre les réseaux de santé dans un dispositif plus large :

- d'organisation territoriale avec le Schéma Régional de Santé.
- de coordination des soins avec de nouveaux partenaires : les pôles et maisons de santé.
- de contractualisation par la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Exemples de réseaux normands : onco Normandie, réseau de périnatalité, réseau MENAPT, RSVA. *N'hésitez pas à consulter leur site afin de vous rendre compte concrètement de leurs activités et organisation*

○ *Au niveau des soins de deuxième recours et troisième recours*

Les médecins spécialistes : ils ont les mêmes modes d'exercice que les médecins généralistes. Ils sont organisés en ordre professionnel : « l'ordre des médecins » qui veille au respect des règles de bonne pratique = déontologie médicale.

Les établissements hospitaliers : appartiennent à plusieurs catégories :

➤ Les établissements publics de santé parmi lesquels on distingue les centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux (troisième recours) et certains qui sont universitaires

➤ Les établissements de santé privés soit à but non lucratif gérés par des congrégations religieuses, des associations, des mutuelles (= **établissement de santé privé d'intérêt collectif**) soit à but lucratif (société civile professionnelle soit société commerciale)

*Ci-dessous, voici la répartition par secteur juridique du nombre d'établissements (entités), nombre de lits (hospitalisation 24/24h), nombre de places (hospitalisation à temps partiel), source DREES, les établissements de santé 2019*

**Tableau 1** Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2017

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
<b>Secteur public</b>	<b>1458</b>	<b>1364</b>	<b>256 957</b>	<b>246 395</b>	<b>41 794</b>	<b>42 385</b>
CHR/CHU	183	178	73 656	71 082	9 808	10 510
CH, hors anciens hôpitaux locaux	721	716	134 776	132 804	16 715	17 041
CH, anciens hôpitaux locaux	261	231	10 631	9 555	175	53
CH spécialisés en psychiatrie	98	95	25 904	23 944	14 648	14 331
Établissements de SLD	174	127	8 935	7 050	0	0
Autres établissements publics	21	17	3 055	1 960	448	450
<b>Secteur privé non lucratif</b>	<b>712</b>	<b>680</b>	<b>58 241</b>	<b>56 482</b>	<b>12 903</b>	<b>13 882</b>
CLCC <sup>1</sup>	21	21	2 887	2 732	891	671
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	155	143	19 423	18 805	2 573	2 847
Établissements de soins de SSR	366	371	25 367	25 669	4 051	4 652
Établissements de SLD	46	19	2 185	850	0	0
Autres établissements à but non lucratif	124	126	8 379	8 426	5 388	5 712
<b>Secteur privé à but lucratif</b>	<b>1 022</b>	<b>1 002</b>	<b>98 008</b>	<b>96 988</b>	<b>17 245</b>	<b>19 185</b>
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	532	498	58 105	53 629	13 387	13 816
Établissements de soins de SSR	334	350	26 954	29 396	2 661	3 597
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	145	12 447	13 568	1 197	1 687
Établissements de SLD	12	7	502	377	0	50
Autres	0	2	0	18	0	35
<b>Ensemble</b>	<b>3 192</b>	<b>3 046</b>	<b>413 206</b>	<b>399 865</b>	<b>71 942</b>	<b>75 452</b>

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SCD : soins de courte durée ; SLD : soins de longue durée.

1. Les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme une entité.

**Note** > Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), on compte autant d'entités que de sites.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

**Sources** > DREES, SAE 2013 et 2017, traitements DREES.

➤ Il existe également depuis les années 50 mais reconnue depuis la loi du 31

juillet 1991, portant réforme hospitalière, l'Hospitalisation A Domicile (HAD), service rattaché à un établissement de santé. L'article L. 6125-2 du Code de santé publique stipule que l'hospitalisation à domicile apporte des « soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ». Il s'agit d'une prise en charge hospitalière à part entière de malades souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques dont elle permet de raccourcir, différer ou éviter l'hospitalisation complète. Le médecin traitant coordonne la prise en charge du malade dans sa globalité. Ainsi, le patient est entouré d'une équipe pluriprofessionnelle appartenant aux services ou structures dont sa situation nécessite l'intervention.

### 3 –Organisation des établissements hospitaliers pour répondre aux besoins des patients

#### 3.1- les missions de service public

La loi HPST assigne aux établissements hospitaliers privés et publics des missions dites de service public qui sont les suivantes :

- La permanence des soins (PDS)

**BESOIN DE JOINDRE UN MÉDECIN LE SOIR,  
LA NUIT, LE WEEK-END ET LES JOURS FÉRIÉS**

**Faites le 15 !**

**Le 15 vous orientera selon votre état de santé**

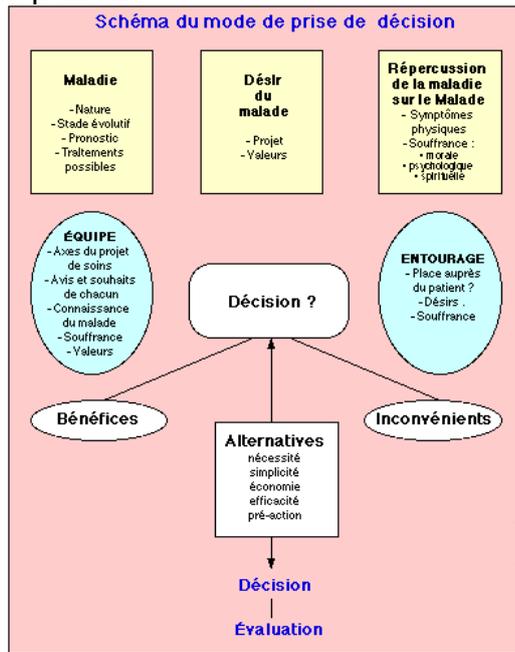
J'habite dans l'une des communes suivantes : Arradon, Gestel, Guidel, Lanester, Larmor-Plage, Lorient, Meucan, Noyal, Plescop, Ploëmeur, Ploëren, Pont-Scorff, Quéven, Saint-Avé, Séné, Theix, Vannes. Je peux également appeler le 36 24\* pour joindre SOS Médecins. (+33) 2 99 60 15 15

Les coordonnées de la pharmacie de garde la plus proche du lieu d'appel sont accessibles 24h/24 sur le site [3237.fr](http://3237.fr) ou par le numéro audiotel **32 37**

Médecins 3237

**ars** AGIR ENSEMBLE POUR LA SANTÉ DES BRETONS

- La prise en charge des soins palliatifs



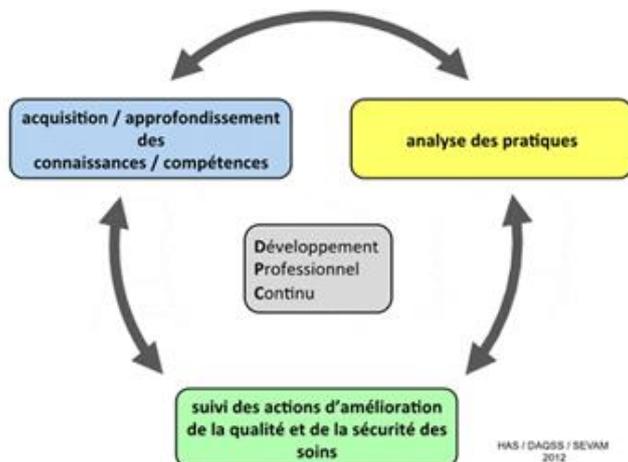
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;



- La recherche ;



- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;



- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- Les actions de santé publique ;



**FINI DE JOUER AVEC VOTRE SANTE!**

HEPATITES, VIH, CHLAMYDIA, HERPES, GONOCOQUES, SYPHILIS

**FAITES UN DEPISTAGE C'est gratuit!**

<b>CDAG</b> Hôpital Bichat-Claude Bernard 46, rue Henri Huchard 75018 Paris 01 40 25 84 34	<b>Centre départemental de dépistage et de soin d'Eaubonne</b> 29 avenue de Paris 95600 Eaubonne 01 34 06 00 98	<b>Centre départemental de dépistage et de soin de Cergy-Pontoise</b> 3 place de la Pergola Dispensaire de Cergy -Parvis de la Préfecture 95000 Cergy 01 30 30 57 01	<b>Centre Municipal de Santé de Clichy (Marc Chagall)</b> 3 rue Simonneau 92110 Clichy 01 47 15 97 98	<b>CDAG Hôpital Delafontaine Saint Denis</b> 2 rue du Dr Delafontaine 93200 Saint Denis 01 42 35 61 99 ou 01 42 35 61 83
--	--	---	--	---

Il est conseillé de téléphoner pour connaître les horaires d'ouverture avant de vous déplacer. Certains centres proposent des consultations sans rendez-vous.

Renseignez vous

ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS, OFP, COREVIH, CICHY, Centre Français de Santé Orale

- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

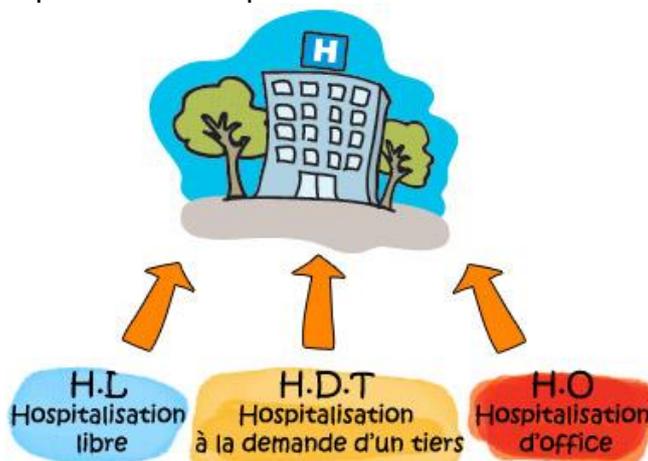


- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

<u>Critères PASS : (à cocher)</u>	
Absence de couverture sociale	<input type="checkbox"/>
Problème de ressources	<input type="checkbox"/>
Conditions de vie précaire	<input type="checkbox"/>
SDF	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'asile	<input type="checkbox"/>

Critères PASS. Extrait de la fiche de suivi administratif du centre hospitalier Fleury

- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;



- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu

hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté



- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;



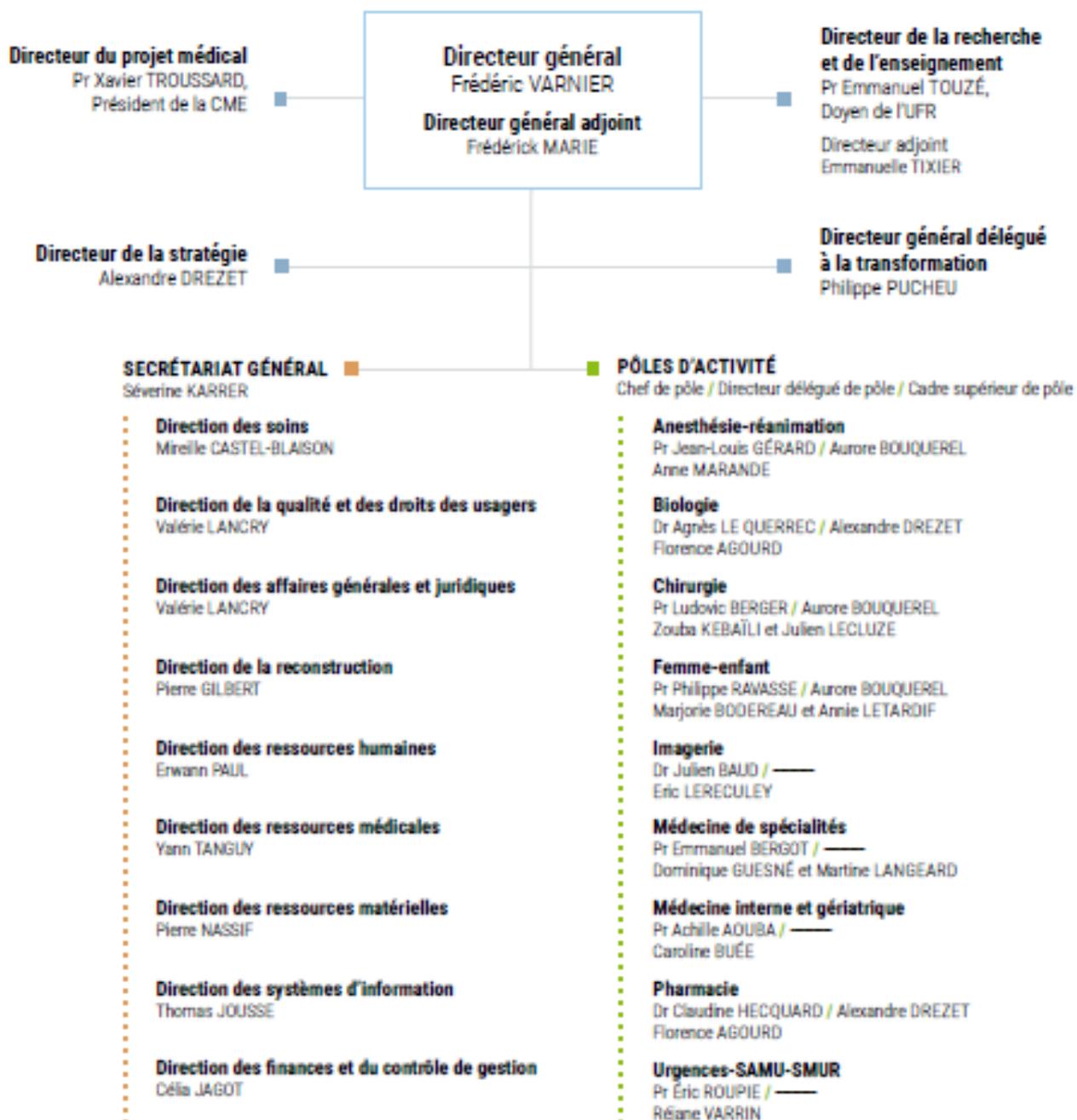
### 3.2 – l'organisation fonctionnelle des établissements hospitaliers

Ils doivent assurer les missions de service public en fonction des besoins de la population et des objectifs régionaux de santé. Les besoins et les objectifs de santé fixés permettent aux ARS d'établir un Schéma Régional de Santé (SRS) pour une durée de 5 ans. Ainsi, sur un territoire, les établissements hospitaliers présents ont des missions identiques et complémentaires. Afin de les assurer, depuis la loi HPST, ils s'organisent en pôle.

Le responsable de pôle est un médecin de l'hôpital élu pour 4 ans par ses pairs. Il est responsable de l'organisation du pôle et du projet qu'il va mettre en place. Il signe un contrat de pôle tous les ans avec le directeur de l'établissement (objectifs-moyens).

Les services, selon leurs points communs et complémentarité sont regroupés par pôle.

Voici la façon dont le CHU de Caen s'est organisé :



### 3.3 – l'organisation financière

La grande majorité des ressources hospitalières dépend du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. Certaines activités - comme les missions d'intérêt général, les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes - continuent cependant de bénéficier d'un financement forfaitaire.

Les coûts sont détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital. Ce mode de financement des hôpitaux s'appelle la "tarification à l'activité" (T2A), car il s'appuie sur l'activité réalisée. Il est mis en œuvre depuis 2004.

En novembre 2019, le plan « ma santé 2020 » dans son volet « investir pour l'hôpital » précise « La réforme du financement est l'un des piliers de la stratégie de transformation du système de santé. Les modes de financement actuels, cloisonnés et essentiellement fondés sur l'activité, doivent évoluer pour favoriser la transformation des prises en charge vers plus de qualité et améliorer la pertinence des soins. L'enjeu est de transformer en profondeur le financement de l'hôpital pour sortir du "tout T2A" et allouer les financements au plus près des besoins des territoires »

L'objectif est de « mieux prendre en compte les objectifs de qualité, de pertinence, de prévention, et in fine d'améliorer l'état de santé des patients ».

Les établissements sont autonomes dans leur gestion, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (agence régionale de santé, chambre régionale des comptes...).

Le budget hospitalier est, en moyenne, consacré :

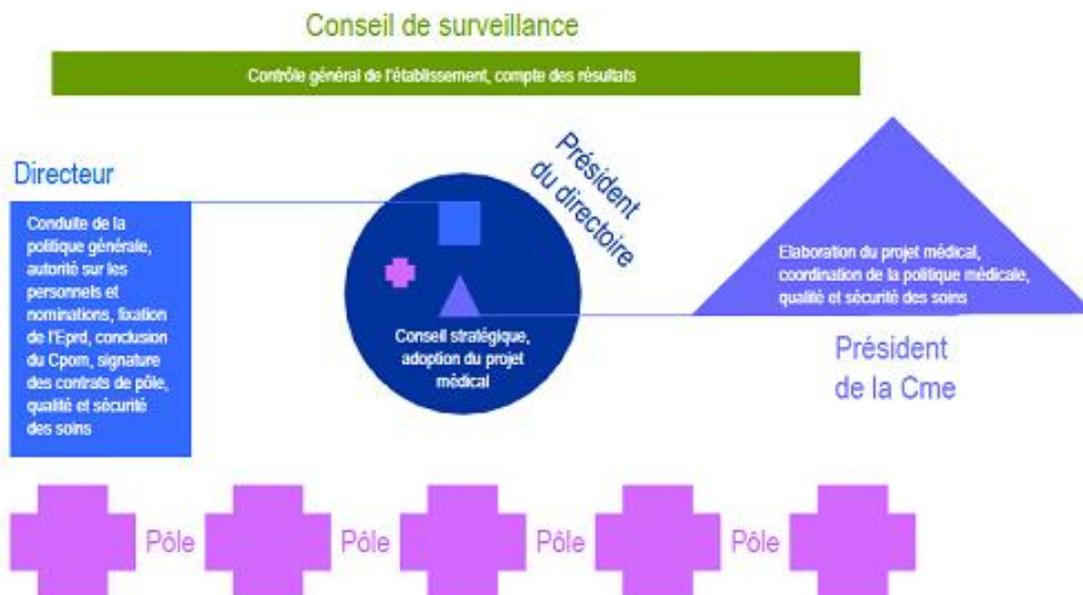
- Pour environ 70 % aux dépenses de personnel,
- pour environ 15 % aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux,
- pour environ 7.5 % aux autres achats,
- pour environ 7.5 % aux amortissements et aux frais financiers (bâtiments, matériel...).

### 3.4 – l'organisation décisionnelle

Le directeur d'établissement, responsable de la politique générale de l'établissement, préside un Directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision qui prépare le projet d'établissement (durée 5 ans). La Communauté Médicale d'Etablissement (CME), composée de médecins et chefs de pôle, est en charge d'élaborer avec le directeur le projet médical de l'établissement, qui doit être approuvé par le Directoire. La CME est également associée aux décisions du Directoire – à majorité médicale - par la voix de son président qui est aussi le vice-président du Directoire.

Enfin, le contrôle de la gestion de l'établissement est assuré par un nouvel organe, le Conseil de surveillance, où siègent des représentants des collectivités territoriales, des

représentants du personnel médical et non-médical, des personnalités qualifiées parmi lesquelles pas moins de cinq représentants des usagers.



#### 4 – Organisation de la permanence des soins sur un territoire

La permanence des soins est définie par la loi HPST : elle « a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés tous les jours de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ainsi qu'en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ».

Il existe deux sortes de PDS :

- La PDS ambulatoire (PSDA) : permet le recours à des soins non programmés lorsque les cabinets médicaux sont fermés. La PSDA revêt le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux (1<sup>er</sup> recours) sur la base du volontariat.

Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet et c'est l'ARS qui est chargée au niveau régional, de délimiter les territoires par un périmètre géographique.

Même principe pour les chirurgiens-dentistes :

Le décret du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation des permanences de soins des chirurgiens-dentistes en ville prévoit que les permanences des soins dentaires sont organisées par les ARS. Cette organisation consiste en une gestion d'un tableau de permanences, par le conseil de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes, qui prend en compte les territoires.

La PDS en établissements de santé (PSDES) qui consiste à accueillir et à prendre en charge des patients dans une structure de soins d'un établissement de santé public et

privé, la nuit, le week-end et les jours fériés. Le PSDES est inclus dans le Schéma Régional de Santé (SRS) sous la responsabilité du directeur de l'ARS.

Actuellement, dans le cadre de la permanence des soins ET lorsqu'une intervention rapide est nécessaire, la population contacte le Samu (service d'aide médicale urgente) en composant le **15**. La loi du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place un numéro d'appel national afin d'entrer en contact avec un médecin de garde. En application du décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016, le numéro 116 117 complète celui de l'aide médicale urgente (15). Il permet de faciliter l'accès aux soins. Ce numéro sera généralisé sur l'ensemble du territoire français.

## **5 - La complémentarité des différentes composantes du système de soins**

A partir de tous les éléments de ce chapitre nous pouvons maintenant répondre à cette question. Ainsi, nous avons vu qu'ils se complètent grâce et par :

- leur statut juridique,
- leurs missions,
- leur mode d'exercice,
- leur financement,
- leur offre de prise en charge,
- leur répartition sur le territoire.

## **6 – l'accès aux soins**

L'accès aux soins se définit par le fait d'avoir recours au système de soins et à sa fréquence d'utilisation. L'accès est une réalité mesurable par la fréquentation : usage du système de soins. (lexique des ARS de septembre 2012)

On parle également d'accessibilité aux soins c'est-à-dire la potentialité matérielle (distance physique / offre de soins de qualité), sociale (indicateurs sociaux et de santé) et financière (couverture sociale).

Pourtant, l'accessibilité aux soins est inscrite légalement :

- DDHC droit à la santé
- Préambule de la Constitution de 1946, repris en 1958 : la Nation doit garantir la protection de la santé
- Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme le droit aux soins
- Loi HPST axe sur l'amélioration de l'accès de tous à des soins de qualité
- Loi santé du 26 janvier 2016
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 (2ème axe : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé)
- Stratégie Nationale « ma santé 2022 » : défi de lutte contre «des inégalités dans l'accès aux soins, avec de plus en plus de Français qui connaissent des difficultés à accéder à un médecin dans la journée et sont parfois contraints de se rendre aux urgences par défaut » (site du ministère des solidarités et de la santé).

L'accès et l'accessibilité aux soins posent la question du renoncement aux soins.  
 Petit rappel d'exemples de raisons vues l'an passé du renoncement aux soins :

- difficulté administrative
- appartenance à une PCS « dominée » ou bien être sans activité
- vivre seul.e
- sexe (les femmes renoncent davantage que les hommes)
- la disponibilité (je n'ai pas le temps, d'autres priorités, temps d'attente entre la demande de rendez-vous et la consultation)
- l'accessibilité
- reste à charge et avance des frais
- les transports ...

Nombre de répondants affiliés au régime général et taux de renoncement / CPAM

	Répondants Affiliés au Régime Général	Nombre de personnes ayant déclaré renoncer ou avoir renoncé au cours des 12 derniers mois	Taux de renoncement
CPAM Allier	1221	374	30,6
CPAM Alpes Maritimes	2814	878	31,2
CPAM Bouches du Rhône	2230	713	32
CPAM Charente	1310	323	24,7
CPAM Drôme	1017	344	33,8
CPAM Flandres	1324	341	25,8
CPAM Hainaut	1511	298	19,7
CPAM Haute-Garonne	2233	545	24,4
CPAM Landes	556	145	26,1
CPAM Lot	1566	361	23,1
CPAM Manche	1045	287	27,5
CPAM Meurthe et Moselle	1508	384	25,5
CPAM Moselle	1653	328	19,8
CPAM Oise	1174	318	27,1
CPAM Puy-De-Dôme	1453	359	24,7
CPAM Savoie	1224	375	30,6
CPAM Somme	1465	368	25,1
CPAM Val d'Oise	3046	773	25,4
<b>Total</b>	<b>28 350</b>	<b>7514</b>	<b>26,5</b>

(enquête 2015, parue juin 2016)

Les soins auxquels les français renoncent le plus sont :

- Les soins dentaires,
- Les soins d'optique,
- Les consultations chez un spécialiste.

Quel lien peut-on établir entre la protection sociale et l'accès aux soins et les inégalités de santé?

La protection sociale répond au coût financier des dépenses de santé et à la baisse voire la perte de revenus (maladie, AT, maladie professionnelle). Les personnes qui ont une

couverture sociale vont moins se poser la question de la possibilité de consulter, d'entreprendre un suivi médical et un traitement que celles qui n'en ont pas. De plus, la prévention, mission des offreurs de soins coûte moins cher que les soins. La protection sociale a donc intérêt de :

- responsabiliser les individus afin d'accéder aux soins de façon efficace,
- couvrir au mieux l'ensemble de la population (principe démocratique).

Par quels moyens peut-on réduire les inégalités d'accès et d'accessibilité aux soins ?

## **7 – La réduction des inégalités d'accès et d'accessibilité aux soins et de santé**

Dispositifs spécifiques pour les publics vulnérables :

- Elaboration dans chaque région d'un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) : Actions pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis
- PASS : permanences d'accès aux soins de santé : cellule de prise en charge médico-sociale. Facilite l'accès des personnes démunies au système hospitalier tout en proposant un accompagnement social.
- Ateliers santé ville : dans le cadre de la politique de la ville et de la lutte contre l'exclusion sociale. Objectif : faciliter l'accès aux soins et à la prévention des populations des quartiers prioritaires

Organisation territoriale :

- les ARS au travers des SRS doivent organiser l'offre de soins de manière à assurer une répartition de l'offre répondant aux besoins des territoires. Se développent depuis 2016 les communautés professionnelles territoriales de santé qui améliorent l'offre de premier recours.

Dispositif de protection sociale :

- La Complémentaire santé solidaire qui remplace au premier novembre 2019 l'ACS et la CMUC consiste en une prise en charge du reste à charge gratuite ou payante selon le niveau de ressources et la situation familiale.
- L'AME reste en vigueur.

La lutte contre les inégalités par les déterminants de santé :

- Les actions menées pour lutter contre les inégalités de santé vont avoir également pour objectif de favoriser l'accès aux soins. Nous avons vu l'an passé qu'il est nécessaire de mettre en place des actions en faveur de populations cibles selon le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la PCS.

### **Conclusion**

L'offre de soins existe pour répondre aux besoins de santé de la population. Le cadre juridique permet d'organiser le système de soins apportant une réponse sur l'ensemble d'une année et pour 5 ans. Comme les besoins évoluent ainsi que l'ensemble des contraintes politiques, économiques, démographiques, sociales et culturelles, le système de soins est régulièrement réorganisé tout en ayant toujours comme principe la lutte contre les inégalités de santé.

