



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

réforme

Question écrite n° 42586

Texte de la question

Malgré le coût élevé des dépenses de santé dans notre pays, le système français ne parvient pas à mettre en adéquation les besoins de la population et les réponses à apporter. Cette absence de cohérence résulte notamment d'un cloisonnement trop fort entre les acteurs des soins hospitaliers et des soins de ville, entre ceux du secteur sanitaire et ceux du secteur médico-social. Alors que, dans ce contexte, les préfets, les présidents de conseils généraux, les agences régionales d'hospitalisation, l'assurance maladie affichent la volonté de mettre en oeuvre les nécessaires politiques transversales, M. Dino Cinieri demande à M. le ministre de la santé et de la protection sociale ce qu'il entend mettre en oeuvre pour favoriser une réelle pratique de cette transversalité.

Texte de la réponse

L'amélioration des réponses apportées aux besoins de la population repose en effet, entre autres mesures, sur une plus grande transversalité entre soins de ville et soins hospitaliers d'une part, et entre le secteur sanitaire et les secteurs médico-social et social d'autre part. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille accorde une importance toute particulière aux questions évoquées par l'honorable parlementaire et a tenu à mettre en place le cadre législatif et nécessaire au développement de la coopération entre les acteurs de santé, que ceux-ci soient hospitaliers ou libéraux, professionnels du soin ou de la prévention. L'ordonnance du 4 septembre 2003 avait déjà simplifié et rénové l'organisation et le fonctionnement du système de santé. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, et la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, instaurent plusieurs dispositions qui introduisent de nouveaux modes de régulation et de coopération. Premiers outils de l'organisation et de la coordination régionale, les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3), créés par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 (art. L. 6121-1 du code de la santé publique) mettent l'accent sur les articulations entre le secteur sanitaire, les soins de ville et les secteurs médico-social et social. La circulaire du 5 mars 2004 précise notamment que les SROS de troisième génération se déclineront autour de quatre priorités : une meilleure évaluation des besoins de santé, une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers, et une véritable animation de leur mise en oeuvre au sein de chaque territoire de santé. L'ordonnance institue de plus des réseaux de santé dont l'objet est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ces réseaux rassemblent des médecins et professionnels de santé libéraux, des médecins du travail et des établissements de santé. Les SROS 3, qui entreront en vigueur au plus tard le 6 septembre 2005, insistent sur une meilleure prise en compte des besoins de santé de la population, y compris les besoins de proximité, qui seront satisfaits au niveau de territoires de santé infra-régionaux. Ils instaurent de plus une coopération entre les acteurs du système de soin qui devront définir de façon conjointe un projet médical de territoire. De nombreuses autres circulaires, dont certaines sont encore en cours de signature, insistent sur les liens entre le secteur sanitaire, les soins de ville et le médico-social : circulaire sur les traumatisés crâniens et blessés médullaires de juin 2004, sur les accidents vasculaires cérébraux, la santé mentale, la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent... La prévention et l'éducation pour la santé doivent aussi être développées et articulées avec l'organisation des

soins, afin d'améliorer à la fois l'état de santé de la population et la maîtrise des dépenses. C'est dans ce but que la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique crée les groupements régionaux de santé publique (GRSP), chargés de mettre en oeuvre le plan régional de santé publique. La conférence régionale de santé associera des institutionnels, des usagers, des professionnels de santé, des animateurs de la prévention et des associations à la définition d'objectifs régionaux de santé publique. La coordination entre l'organisation des soins, la médecine de ville et la prévention sera assurée par les missions régionales de santé, créées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie qui sont chargées de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elles déterminent notamment « les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé 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 incitatifs (art. L. 162-14-1 du code de santé publique), « des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins », ainsi que « le programme annuel des actions, dont elles assurent 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 ». Les missions régionales de santé arrêtent enfin « le programme annuel de gestion du risque, dont elles assurent la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires ». Le cadre législatif de la transversalité est ainsi posé. Des dispositifs contractuels viennent le compléter afin de réaliser les conditions de la mise en oeuvre concrète des objectifs définis au niveau régional. Des contrats entre chaque agence régionale d'hospitalisation et le ministère sont élaborés par mes services et une première phase d'expérimentation démarre le 1er janvier 2005. Le suivi de ces contrats est assuré par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Dans la continuité, les ARH préparent avec les établissements de santé de leur territoire des contrats d'objectifs et de moyens qui traduiront localement les objectifs définis dans le schéma régional d'organisation sanitaire.

Données clés

Auteur : [M. Dino Cinieri](#)

Circonscription : Loire (4^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 42586

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : solidarités, santé et famille

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 29 juin 2004, page 4891

Réponse publiée le : 12 avril 2005, page 3900