

Politiques publiques et inégalités de santé

Chronologie

1920 : Création d'un ministère dédié à la santé publique

En 1920, au lendemain de la Première Guerre mondiale et de l'épidémie de grippe espagnole, la France se dote pour la première fois d'un ministère dédié à la santé publique, alors appelé ministère de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale.

Dix-huit ans après l'adoption d'une loi sur la protection de la santé publique en février 1902, la création de ce ministère constitue une nouvelle étape importante : elle souligne la nécessité et la légitimité de l'intervention de l'État en matière de santé, et ouvre la voie à une évolution du secteur.

Dans les années qui suivent, et plus encore à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital public passe d'une mission asilaire d'accueil des plus pauvres à une mission de soins destinés à tous.

Pour aller plus loin :

[« Des hospices à l'hygiénisme, l'invention de la santé publique », *Entendez-vous l'éco ?*, France Culture, 18 février 2019.](#)

1945 : Création de la Sécurité sociale

Le système de sécurité sociale français est né au lendemain de la Seconde Guerre mondiale avec les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, inspirées par le programme du Conseil national de la Résistance.

Ce système d'assurances sociales, qui concerne d'abord les salariés, doit permettre l'indemnisation des risques (maladie, invalidité, vieillesse, etc.) et favoriser l'accès aux soins de tous les individus. Il repose sur une affiliation obligatoire et sur le prélèvement de cotisations patronales et salariales : les indemnités des uns sont financées par les contributions de tous.

Même si le principe de la caisse unique est rapidement abandonné, la Sécurité sociale n'instaure pas moins une logique de solidarité entre bien-portants et malades, en fonction des capacités et des besoins de chacun. En 1975 et 1978 sont d'ailleurs votées deux lois d'extension et de généralisation de la Sécurité sociale.

Pour aller plus loin :

[*Vers la Sécurité sociale*, un film d'Albert Gokelaere et Madeleine Jaussaud, OFRATÉME, 1971, 29 minutes. Gallica.bnf.fr / Réseau Canopé](#)

1946 : Inscription de la protection de la santé dans la Constitution

Promulguée le 27 octobre 1946, la Constitution de la IV^e République reconnaît dans son préambule un droit à la « protection de la santé ».

Ce préambule conserve aujourd'hui encore sa valeur constitutionnelle, car il est mentionné dans la Constitution de la V^e République adoptée en 1958.

Pour aller plus loin :

[« Discours du ministre de la Santé publique sur la nécessité d'une politique de santé publique », Actualités françaises, archive INA, 1946.](#)

1971 : Introduction du *numerus clausus* pour les études de médecine

En 1971 est créé le *numerus clausus* limitant le nombre d'entrées en seconde année d'études de médecine. Il est initialement fixé en fonction des capacités d'accueil et de formation des facultés, auxquelles s'ajoutent dès 1979 deux nouveaux critères : les « besoins de la population » et la « nécessité de remédier aux inégalités géographiques ».

Fortement abaissé dans les années qui suivent, avant une lente remontée dans les années deux mille, ce *numerus clausus* réduit l'accès aux professions médicales et contribue au phénomène des « déserts médicaux ».

Pour aller plus loin :

[« Le "numerus clausus" en médecine, une réforme post mai 68 », par Pierre Ropert, FranceCulture.fr, 2018.](#)

1996 : Instauration des lois de financement de la Sécurité sociale

La loi constitutionnelle du 22 février 1996 introduit une nouvelle catégorie de lois : les lois de financements de la Sécurité sociale.

L'équilibre financier du système d'assurances sociales devient une préoccupation directe du Parlement, donc de la représentation nationale.

Pour aller plus loin :

[« À la veille du premier PLFSS », Journal de 20h de France 2, archive INA, 9 septembre 1996.](#)

1998-1999 : États généraux de la santé

En 1998-1999 sont organisés des États généraux de la santé. Cette grande concertation mobilise des professionnels du secteur mais aussi, plus largement, les usagers du système

de soins, afin de mieux connaître leurs attentes et de les associer davantage aux évolutions du système de santé.

Environ 200 000 personnes participent à des débats publics à l'échelle locale ou régionale. Les thèmes « Précarité, exclusion, inégalités », « Alcool et tabac » et « Prévention du suicide » sont parmi les plus abordés, révélant une convergence entre préoccupations sociales et inquiétudes sanitaires.

Pour aller plus loin :

[« Les États généraux de la santé : un dispositif participatif unique à l'origine de la démocratie sanitaire », par Étienne Caniard et Michel Naiditch, *Les Tribunes de la santé* n°67, 2021. Sur Cairn.info, consultable à la Bpi.](#)

1999 : Instauration de la Couverture maladie universelle

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999, la Couverture maladie universelle (CMU) facilite l'accès aux soins des plus défavorisés, à travers un dispositif de remboursement ou de gratuité pour les personnes non-couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Comme son nom l'indique, la CMU introduit donc une certaine universalité du système de protection sociale, dont le bénéfice n'est pas nécessairement soumis à un seuil de cotisations.

Pour aller plus loin :

[« La création de la CMU », Journal de 13h de France 2, archive INA, 10 décembre 1999.](#)

2002 : Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Annoncée par le Premier Ministre Lionel Jospin en clôture des États généraux de la santé en juin 1999, la loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) vise à améliorer la lisibilité et l'application de textes préexistants.

Elle doit aussi favoriser l'expression et l'information des patients (droit d'accès au dossier médical, droit à l'information et au consentement éclairé...), ce qui répond à un besoin exprimé lors des débats publics de 1998-1999.

Pour aller plus loin :

[*Les Droits des malades*, par Anne Laude et Didier Tabuteau, *Que sais-je ?*, 2018. À la Bpi, niveau 3, 363.2 LAU](#)

2004 : Réforme de l'Assurance maladie et introduction de la tarification à l'activité

La loi du 13 août 2004 amène une réforme de l'Assurance maladie, avec notamment la création du dossier médical personnel et du médecin traitant dont la consultation favorise le remboursement des soins.

Dans le même temps, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004, adoptée fin 2003, introduit la tarification à l'activité (T2A) : les ressources allouées aux hôpitaux dépendent désormais de la nature et du volume de leurs activités de médecine, chirurgie et obstétrique, selon des tarifs et règles de facturation communs à tous et revus chaque année.

Intégré à la réforme dite « plan Hôpital 2007 », ce nouveau mode de financement conduit les établissements de santé à favoriser certains actes médicaux dans une logique de rentabilité, au détriment d'une égalité d'accès aux soins.

Pour aller plus loin :

[L'Hôpital malade de la rentabilité, par André Grimaldi, Fayard, 2009. À la Bpi, niveau 3, 363 GRI](#)

2009 : Création des Agences régionales de santé

Les Agences régionales de santé (ARS) sont issues de la loi du 21 juillet 2009, dite loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST). Ces établissements sont chargés de mettre en œuvre la politique de santé publique, dans une logique d'adaptation et de concertation sur les territoires. Afin de garantir l'efficacité du système de santé, les ARS peuvent par exemple autoriser, ou non, la création ou le groupement d'activités de soins. Cette forme de pilotage territorial concerne les hôpitaux publics mais aussi les professionnels libéraux et le secteur médico-social.

Ces derniers sont d'ailleurs au cœur d'un second aspect de la loi de 2009 : la répartition territoriale des praticiens, à travers un schéma régional non-obligatoire pour l'installation des médecins. Plus généralement, il faut rappeler que les inégalités sociales de santé sont aussi, parfois, des inégalités territoriales.

Pour aller plus loin :

[« La loi Bachelot ou loi HPST », Journal de 19h de France 3, archive INA, 22 octobre 2008.](#)

2016 : Début de la prise en charge partielle des frais de mutuelle par l'employeur

Depuis l'entrée en vigueur de la loi Accord national interprofessionnel (ANI) au 1^{er} janvier 2016, les employeurs du secteur privé doivent proposer un régime de remboursement complémentaire des frais de santé à tous leurs salariés. La participation financière de l'employeur doit être supérieure ou égale à 50 % de la cotisation.

L'adhésion à cette mutuelle d'entreprise collective assure aux salariés la prise en charge d'un « panier de soins » minimum, couvrant par exemple certains frais dentaires ou d'optique, une partie du reste à charge pour les actes remboursables par l'Assurance maladie, etc.

En 2022 est introduite une autre forme de prise en charge dans le secteur public : depuis le 1^{er} janvier, les titulaires et contractuels de la fonction publique d'État peuvent bénéficier d'un remboursement mensuel de 15 € sur leurs frais de mutuelle. Cette prise en charge sera progressivement augmentée et étendue à la fonction publique territoriale et à la fonction publique hospitalière.

Pour aller plus loin :

[Fonctionnement et spécificités des mutuelles, par Thy-Ly Nguyen et Adrien Le Mauviel, L'Argus de l'assurance, 2019. À la Bpi, niveau 3, 365.6 NGU](#)

2020 : Fin du *numerus clausus* pour les études de médecine

Prévue par la loi du 24 juillet 2019, la suppression du *numerus clausus* pour l'entrée en deuxième année d'études de médecine est effective à la rentrée universitaire 2020.

Cette réforme vise à remédier, sur le long terme, au manque de professionnels de santé dans certaines spécialités et sur certains territoires.

Ce *numerus clausus* est toutefois remplacé par une sélection à l'échelle des universités et des ARS.

Pour aller plus loin :

[Les Déserts médicaux en question\(s\), par Olivier Babinet et Corinne Isnard-Bagnis, Hygiène éditions, 2021. À la Bpi, niveau 3, 363 BAB](#)

2020 : Introduction d'une possibilité d'état d'urgence sanitaire

En réponse à la crise du Covid-19, la loi d'urgence du 23 mars 2020 introduit la possibilité d'instaurer un état d'urgence sanitaire. Cette notion est désormais inscrite dans le Code de la santé publique.

Le recours à cette mesure exceptionnelle peut être décidé en conseil des ministres en cas de catastrophe sanitaire menaçant la santé de la population. Il est décrété pour une durée d'un mois, sa prorogation étant ensuite soumise au vote du Parlement. La loi prévoit également un régime de sortie d'état d'urgence sanitaire, durant lequel certaines mesures exceptionnelles peuvent être maintenues — par exemple le contrôle du « passe sanitaire » en contexte épidémique.

Pour aller plus loin :

[« Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ? », Vie-publique.fr, 2022.](#)

2022 : Introduction du forfait patients urgences

Le 1^{er} janvier 2022 est introduit le forfait patients urgences (FPU), d'un montant de 19,61€. Cette facturation s'applique à toute personne se rendant aux urgences sans que cette visite ne débouche sur une hospitalisation, et peut être prise en charge par une mutuelle. Elle remplace un système de facturation de reste à charge dont le montant dépendait des soins reçus.

Des minorations ou exonérations du FPU sont prévues pour les bénéficiaires d'une prestation d'une pension d'invalidité, de l'Aide médicale d'État (AME), ou encore de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Cette mesure vise à améliorer la lisibilité du système de facturation par les patients comme par les hôpitaux, dont les recettes seront ainsi davantage prévisibles, mais aussi à encourager les recours à la médecine de ville plutôt qu'aux services d'urgences.

Pour aller plus loin :

[« Tout savoir sur ce nouveau forfait "patient urgences" à 19.61 euros qui entre en vigueur le 1^{er} janvier », par Luc Chemia, FranceInter.fr, 2021.](#)