

A

Accès spécifique au médecin spécialiste

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, les personnes qui accèdent directement au médecin spécialiste, sans passage préalable par leur médecin traitant, sont moins bien remboursées par l'assurance maladie et doivent acquitter un tarif plus élevé. Un certain nombre d'exceptions sont toutefois prévues (urgences, congés et accès à certaines spécialités), l'accès direct au spécialiste s'effectuant alors dans les mêmes conditions de remboursement qu'en cas de passage préalable par le médecin traitant.

Les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique au spécialiste, sans passage par le médecin traitant, sont :

- pour la gynécologie :
 - les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,
 - la prescription et le suivi d'une contraception conformément aux référentiels scientifiques de la Haute Autorité de santé,
 - le suivi des grossesses,
 - l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ;
- pour l'ophtalmologie :
 - les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs),
 - les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- pour la stomatologie :
 - les soins de prévention bucco-dentaire,
 - les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire,
 - les soins chirurgicaux : extractions dentaires définitives, lésions osseuses restant à la Nomenclature générale des actes professionnels et lésion ogivales,
 - les soins de prothèse dentaire,
 - les traitements d'orthopédie dento-faciale ;
- pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie :
 - les soins prodigués aux patients de moins de 26 ans.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

Convention médicale du 26 juillet 2011.

VOIR : Convention médicale, Médecin correspondant, Médecin traitant, Option de coordination, Parcours de soins coordonné.

Accident de trajet

Est considéré comme un accident de trajet, l'accident survenu à un travailleur, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Un accident de trajet est considéré comme un accident du travail. Les victimes « d'accident de trajet » sont indemnisées au titre de l'assurance accidents du travail depuis la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.411-2 (CSS).

VOIR : Accident du travail, Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Accident du travail

Dans le code de la sécurité sociale est considéré comme « accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

Il existe une jurisprudence très importante autour de la reconnaissance d'un accident comme « accident de travail », car cette reconnaissance ouvre le droit pour l'assuré à des conditions de prise en charge et d'indemnités compensatrices plus avantageuses que celles de l'assurance maladie. Les conséquences sont importantes également pour l'employeur car le montant des cotisations « accidents du travail » que l'entreprise verse à la sécurité sociale dépend de la fréquence des accidents intervenus au sein de l'entreprise. Les litiges peuvent concerner la notion même « d'accident » (afin d'opérer une distinction avec la maladie), l'existence d'une lésion corporelle, la relation avec le travail (existence d'un lien de subordination entre l'employeur et le salarié), les modalités d'exécution du contrat de travail (missions, déplacements, trajets...), le lieu de l'accident, la présomption d'imputabilité...

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.411-1 (CSS).

VOIR : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles, Faute.

Accord de bon usage des soins (AcBUS)

Des accords de bon usage des soins (AcBUS) peuvent être conclus, à l'échelon national, entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des professions

de santé signataires des conventions. Ces accords prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre, et contiennent des objectifs quantifiés d'évolution de dépenses à atteindre. Les AcBUS peuvent contenir également des dispositions permettant aux professionnels de percevoir, notamment sous forme de forfaits, une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.162-12-17 (CSS), ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010.

VOIR: Contrat de santé publique.

Accouchement sous X

La loi offre la possibilité à une femme enceinte d'accoucher de manière anonyme. La personne qui souhaite accoucher dans ces conditions « est invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité ». Les frais d'accouchement sont alors supportés par le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) qui dépend du conseil général.

Dans chaque département, le président du conseil général désigne au sein de ses services deux personnes chargées d'assurer les relations avec le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP), créé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, que les personnes à la recherche de leurs origines peuvent saisir.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.222-6 et L.223-7, R.147-22 (CASF).

VOIR: Conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle

Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissement de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée. Cela peut concerner notamment les équipes médicales particulièrement exposées aux risques professionnels. Leurs membres peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.4135-1 (CSP), loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (art. 16).

VOIR: Évaluation des pratiques professionnelles.

Accréditation des établissements de santé

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe, rendue obligatoire par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, qui vise à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrée aux patients dans les établissements de santé. Depuis

la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, on ne fait plus référence à l'accréditation mais à la certification des établissements de santé.

VOIR : Certification des établissements de santé, Haute Autorité de santé.

Accueil familial

L'accueil familial est une formule d'hébergement à l'usage de personnes âgées, handicapées, ou souffrant de troubles mentaux (accueil familial thérapeutique). Ces personnes sont hébergées par des familles recrutées et rémunérées selon un tarif journalier, supporté selon les cas par le conseil général (personnes âgées et/ou handicapées) ou par l'assurance maladie (personnes souffrant de pathologies mentales). En ce qui concerne les troubles mentaux, ce type d'accueil est proposé à des patients qui nécessitent une prise en charge sociale et affective, en complément du suivi thérapeutique.

Les familles d'accueil font l'objet d'un agrément, délivré par le président du conseil général. Toute personne prise en charge passe avec l'accueillant familial ou, s'il y a lieu, son représentant légal, un contrat écrit qui précise la nature ainsi que les conditions matérielles et financières de l'accueil.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.441-I à -4, L.442-I, L.443-4 à -10, L.444-I à -9, R.441-I à -16, R.442-I à D.442-5, D.444-I à -8 (CASF).

Accueil temporaire

L'accueil temporaire s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

Ce service peut être organisé en complément des prises en charge habituelles en établissements et services, qu'il s'agisse d'établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée ou d'établissements sociaux ou médico-sociaux.

L'accueil temporaire vise, selon les cas :

- à organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, apporter des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou encore à une situation d'urgence ;
- à organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

Une capacité minimale en accueil de jour est fixée par le code de l'action sociale et des familles, en fonction notamment de la catégorie de l'établissement à laquelle la structure est adossée.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

D.312-8 à -10 (CASF), décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011.

Acte clinique

Un acte clinique correspond à une consultation ou à une visite au cours de laquelle sont effectués un interrogatoire et un examen clinique.

Acte infirmier de soins (AIS)

AIS est la lettre-clé de cotation des actes infirmiers de nursing de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Deux types d'actes peuvent être cotés à l'aide de cette lettre-clé :

- les séances de soins infirmiers à domicile (hygiène, surveillance, observation et prévention) cotées AIS 3 (soit 7,95 € par acte en 2012 en France métropolitaine), à raison de quatre séances au maximum dans la journée, par séance d'une demi-heure ;

- la garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive ainsi que des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, cotée AIS 13 entre 8 h et 20 h (soit 34,45 €) et AIS 16 entre 20 h et 8 h (soit 42,40 €).

VOIR : Coordination gérontologique, Dépendance des personnes âgées, Nomenclature générale des actes professionnels, Soins de nursing.

Acte technique

Un acte de soins est dit technique s'il correspond à un geste technique réalisé ou non à l'aide d'un appareillage : acte chirurgical, exploration fonctionnelle, imagerie... Ces actes, qui peuvent être effectués en cabinet ou en établissement de santé, sont répertoriés dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

VOIR : Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Acteur de santé

Ce terme désigne tout intervenant dont l'action a un retentissement sur la santé des populations : les institutions (administrations publiques et collectivités territoriales, caisses d'assurance maladie et mutuelles, établissements de santé...), les soignants et autres professionnels qui interviennent dans le champ de la santé, mais également les associations de malades et d'usagers, les associations qui développent des actions d'éducation pour la santé...

Action sanitaire et sociale

En plus de leur activité de liquidation des prestations, les caisses régionales et locales d'assurance maladie exercent des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Ces actions doivent être conduites dans le cadre des programmes définis par les autorités sanitaires ou par les caisses nationales d'assurance maladie des différents régimes. Pour le régime général, le financement de ces actions provient de deux sources : le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), et le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.262-I, R.262-I à -II (CSS).

VOIR : Fonds national d'action sanitaire et sociale, Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Action sociale et médico-sociale

Au sens du code de l'action sociale et des familles, « l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales. »

L'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans les missions suivantes :

« – évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;

– protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;

– actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;

– actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

– actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

– actions contribuant au développement social et culturel et à l'insertion par l'activité économique. »

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.116-I et L.311-I (CASF).

VOIR : Aide sociale.

Activité libérale à l'hôpital

Les praticiens hospitaliers « temps plein » sont autorisés à exercer une activité libérale à l'hôpital, dès lors que l'exécution des missions de service public n'y fait pas obstacle. Cette activité ne peut excéder 20 % de la durée de leur service hospitalier. Les honoraires au titre de cette activité, qui doivent être diminués des frais de gestion dus à l'établissement, sont perçus soit directement par le praticien, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Dans ce cadre, un contrat est conclu entre le directeur de l'établissement et le praticien, qui est approuvé par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS).

Une commission de l'activité libérale, au sein de laquelle siège un représentant des usagers, est chargée de veiller, dans chaque établissement, au bon déroulement de cette activité. Chaque année, elle établit un rapport qui est communiqué à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur d'établissement et à l'ARS. En 2010, 4 600 praticiens hospitaliers cumulaient une activité de praticien hospitalier temps plein et des consultations privées à l'hôpital.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.6154-I à -7, R.6154-I à -27 (CSP).

BIBLIOGRAPHIE

Inspection générale des affaires sociales, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Rapport RM2008-147P, La Documentation française, janvier 2009.

VOIR: Médecin libéral, Praticien hospitalier.

Affection de longue durée (ALD)

Pour le seul régime général (88 % de la population), le nombre total de personnes en ALD atteint 8,6 millions fin 2009 en France, soit 15 % de la population protégée par ce régime. Les dépenses affectées à la prise en charge de ces personnes représentent 59 % des remboursements de la branche maladie. Quatre groupes d'affections représentent plus de 75 % des ALD 30 : les affections cardiovasculaires, les tumeurs malignes, le diabète et les affections psychiatriques. L'accélération de la croissance du nombre de bénéficiaires en ALD s'explique notamment par le vieillissement de la population, qui se traduit par une forte augmentation du nombre de personnes concernées par l'apparition des cancers, des problèmes coronaires et des différentes pathologies liées à l'âge.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.324-I, R.324-I à -3, D.322-I (CSS), arrêté du 19 juin 1947.

VOIR: Ticket modérateur.

Liste des affections de longue durée

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies...
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie
10	Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12	Hypertension artérielle sévère
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement spécialisé prolongé
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
20	Paraplégie
21	Périartérite noueuse, lupus, sclérodermie généralisée évolutive
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active, lèpre
30	Tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

Créée suite aux ordonnances de 1967, l'ACOSS gère, de façon commune et centralisée, la trésorerie des quatre branches prestataires du régime général (maladie, accidents du travail, famille et vieillesse). Elle coordonne et anime le réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sur le territoire métropolitain et des quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

L'ACOSS, comme les autres caisses nationales, est un établissement public administratif et jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.225-I à -6, R.252-30 à -35 (CSS).

VOIR : Branches de la sécurité sociale, Contribution sociale généralisée.

Agence de la biomédecine

L'Agence de la biomédecine a été créée par la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, par intégration de l'Établissement français des greffes et de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal. Elle a un statut d'établissement public administratif de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

L'Agence est compétente dans les domaines de la greffe, de la reproduction, de l'embryologie et de la génétique humaine. Elle a notamment pour missions :

- de participer à l'élaboration et à l'application de la réglementation ;
- d'assurer une information permanente du Parlement et du gouvernement sur le développement des connaissances et des techniques concernées, mais également dans le domaine des neurosciences ;
- de promouvoir la qualité et la sécurité sanitaires ainsi que la recherche médicale et scientifique ;
- de suivre, d'évaluer et, le cas échéant, de contrôler les activités médicales et biologiques, et de veiller à la transparence de ces activités ;
- de promouvoir le don d'organes, de tissus et de cellules issus du corps humain, ainsi que le don de gamètes ;
- de mettre en œuvre un suivi de l'état de santé des donneurs d'organes et d'ovocytes, afin d'évaluer les conséquences du prélèvement sur la santé des donneurs ;
- d'enregistrer l'inscription des patients en attente de greffe, d'assurer la gestion de la liste d'attente et l'attribution des greffons, qu'ils aient été prélevés en France ou hors du territoire national, ainsi que d'élaborer les règles de répartition et d'attribution des greffons ;
- de gérer le fichier des donneurs volontaires de cellules hématopoïétiques ou de cellules mononuclées périphériques pour les malades qui ne peuvent recevoir une greffe apparentée ; elle assure, en outre, l'interrogation des registres internationaux et organise la mise à disposition des greffons ;
- de mettre à disposition du public une information sur l'utilisation des tests génétiques en accès libre et d'élaborer un référentiel permettant d'en évaluer la qualité ;
- de délivrer les autorisations prévues par la loi (assistance médicale à la procréation, diagnostics anténataux, recherches sur l'embryon...).

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.1418-I à -8, R.1418-I à -40 (CSP).

VOIR : Agences sanitaires et médico-sociales, Assistance médicale à la procréation, Bioéthique, Don d'organes, de tissus, cellules, Produits du corps humain, Sécurité sanitaire, Vigilance.

Agence des systèmes d'information partagés (ASIP)

L'Agence des systèmes d'information partagés, créée en 2011, est un groupement d'intérêt public (GIP), par rapprochement du GIP Dossier médical personnel (DMP) et du GIP Carte de professionnel de santé (CPS). L'agence est sous la tutelle de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).

L'ASIP a pour mission de favoriser le développement des services de partage et d'échange d'informations, sécurisés et interopérables, dans le domaine de la santé et dans le secteur médico-social. L'agence est notamment en charge du déploiement du DMP, de la gestion de la CPS, du développement de la télésanté, et de la gestion du répertoire partagé des professions de santé (RPPS).

L'agence a également intégré les compétences en matière d'interopérabilité dévolues au Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH).

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

Arrêté du 8 septembre 2009.

VOIR : Carte de professionnel de santé, Commission des systèmes d'information sur les établissements de santé, Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé, Dossier médical personnel, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, Répertoire partagé des professions de santé, Télémédecine.

Agence européenne des médicaments

L'harmonisation européenne des règles de mise sur le marché du médicament a été assurée par la création, en 1993, de procédures d'enregistrement communes, dont la mise en œuvre a été confiée à l'Agence européenne de l'évaluation du médicament devenue Agence européenne des médicaments (AEM ou *European Medicines Agency, EMA*). Cet organisme, opérationnel depuis 1995, est installé à Londres.

Sa principale mission est la protection de la santé humaine et animale, à travers l'évaluation des médicaments humains et vétérinaires. L'agence coordonne l'évaluation scientifique et l'autorisation de mise sur le marché de ces produits et l'expertise scientifique dans ce domaine pour les membres de l'Union. L'EMA est également chargée de formuler des avis pour la Commission européenne dans le cadre de l'élaboration de la législation européenne et de l'interprétation des textes. Elle doit répondre au double objectif de protection de la santé publique et de renforcement du marché unique européen des spécialités pharmaceutiques à usage humain et vétérinaire.

Elle entretient des liens étroits avec les agences nationales des États membres — en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour les médicaments humains et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) pour les médicaments vétérinaires — mais également avec un vaste réseau international.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

Règlement (CEE) n° 1643/95 du conseil du 29 juin 1995.

VOIR : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Autorisation de mise sur le marché.

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (*Occupational safety and health agency, EU-OSHA*) a été créée par l'Union européenne pour répondre à ses besoins d'informations en matière de sécurité et de santé au travail. Elle est installée à Bilbao (Espagne) depuis 1996.

L'action de l'agence vise à améliorer la situation des personnes au travail en stimulant le flux d'informations techniques, scientifiques et économiques entre tous ceux qui s'occupent des questions relatives à la santé et à la sécurité au travail.

L'agence, est notamment chargée de :

- collecter et transmettre à la Commission européenne des informations scientifiques et techniques que pourront exploiter les responsables de la politique de santé européenne ;
- rassembler les documents scientifiques et techniques sur des sujets d'actualité permettant de répondre aux questions parlementaires ;
- recenser et élaborer les bases de données spécifiques à la santé et à la sécurité au travail en Europe ;
- diffuser les résultats des travaux de recherche qui traitent de santé et sécurité au travail, par des publications, des manifestations, l'échange de spécialistes entre États membres ;
- collaborer avec les organismes nationaux agissant dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, notamment avec les organisations non gouvernementales.

L'agence dispose d'un réseau de correspondants nationaux chargés de coordonner et diffuser les informations au sein de leurs pays respectifs. Elle travaille en collaboration avec les autres instances communautaires et notamment la Fondation pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, ainsi qu'avec d'autres organismes internationaux comme le Bureau international du travail et l'Organisation mondiale de la santé...

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

Règlement (CEE) n° 2309/93 du conseil du 22 juillet 1993.

Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA)

Créée par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments avait pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire pour l'ensemble de la chaîne alimentaire. L'AFSSA est devenue en 2010 partie intégrante de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

VOIR : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Agences sanitaires et médico-sociales.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a été créée par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle

de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Succédant à l'Agence française du médicament, elle a été mise en place en mars 1999 avant de devenir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

VOIR: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Agence française de sécurité sanitaire environnementale et du travail (AFSSET)

Créée par la loi du 9 mai 2001, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) avait pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire et à évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement. Devenue Agence française de sécurité sanitaire environnementale et du travail (AFSSET) le 1^{er} septembre 2005, elle a été dotée de compétences étendues au domaine de la santé au travail et à l'évaluation des risques en milieu professionnel.

L'AFSSET a fusionné avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) en 2010 pour devenir l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

VOIR: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Agences sanitaires et médico-sociales.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est un établissement public administratif de l'État, investi d'une triple mission :

- développer l'évaluation des stratégies et des actes à visée préventive, diagnostique et thérapeutique, par l'élaboration d'outils de références médicales et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques cliniques ;
- accréditer les établissements de santé et élaborer les critères de référence en vue de cette démarche ;
- évaluer la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé.

Créée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en remplacement de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, née en 1990 (ANDEM), l'ANAES a été remplacée par la Haute Autorité de santé (HAS), suite à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

VOIR: Accréditation, Haute Autorité de santé.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux a été instituée suite à la loi HPST, par regroupement de trois entités : le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier

(GMSIH), la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). L'agence est financée par l'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), par l'État et par des ressources propres.

Selon le code de la santé publique, l'ANAP a pour objet « d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. »

Ses missions sont les suivantes :

- conception et diffusion d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance et, en particulier, la qualité de leur service aux patients et aux personnes ;
- appui et accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions de réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales ;
- évaluation, audit et expertise des projets hospitaliers ou médico-sociaux, notamment dans le domaine immobilier et des systèmes d'information ;
- pilotage et conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
- appui aux agences régionales de santé dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements ;
- appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale ;
- agrément des contenus des formations à l'exercice des fonctions de chef de pôle.

L'ANAP travaille étroitement avec les établissements de santé, les établissements médico-sociaux mais aussi les agences régionales de santé.

LÉGISLATION, RÉGLEMENTATION

L.6113-10 à -10-2 (CSP).

VOIR : Agences sanitaires et médico-sociales, Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, Pôle d'activité.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public qui a pour objet de valider, voire d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par ces derniers. Elle habilite par ailleurs les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités de ces établissements.

L'ANESM est financée par des contributions de l'État et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).