

COMPRENDRE LA SANTÉ PUBLIQUE

en fiches



Frédéric Ingelaere
Cathie Niellen

ellipses

INTRODUCTION

Qu'est-ce que la santé ?

Qu'est-ce que la santé publique ?

Le terme « publique » sous-entend que la santé est bien un service public, organisé au profit d'usagers dudit service. La santé est une politique publique dont les pouvoirs publics ont la charge. En tant que politique publique, elle est organisée, structurée, payée par l'État en tant que bien collectif.

Ainsi, la santé appartient à tous, tous ont droit à être soignés, sans discrimination, à tout moment de leur vie, en tous lieux et de la même manière (qualité des soins).

Mais, l'État a aussi la charge de gérer, obliger les protagonistes de la santé par le biais de la loi, par exemple l'obligation de vaccinations.

Les usagers, quant à eux, ont des droits, l'État prend en charge leur santé mais ils y participent dans le sens de la démocratie en santé et de la co-décision concernant leur santé individuelle. Les usagers ont ainsi de multiples droits, tels le consentement aux soins, le droit à l'information, le respect de leur intimité ou encore la protection de leurs secrets.

Les pouvoirs publics gèrent les moyens de la santé publique. Des structures adaptées, des hôpitaux, des EHPAD publics, existent mais également des structures privées sur lesquelles l'État intervient. Il investit également dans des matériels et équipements (scanner, IRM).

Enfin, même s'il ne dirige pas les acteurs de santé en termes hiérarchiques (médecins, infirmières), il cadre leur activité par la validation de codes (déontologie médicale) et la loi (code de la santé publique).

Il importe ici de souligner la problématique budgétaire de la santé. Étant un bien collectif, nul ne peut se l'octroyer mais tous participent à son financement – c'est la loi de financement de la sécurité sociale qui permet aux citoyens leur accès à une santé gratuite ou peu onéreuse.

Il existe une administration de la santé qui établit les règles et la manière de traiter la santé publique, qu'elle soit prévention, guérison, recherche et qu'elle concerne enfants, adultes, personnes en situation de handicap, seniors.

La santé a donc un coût.

Une autre caractéristique de la santé publique est son service éthique. Celui du milieu des personnels en santé qui constituent un groupe non homogène quant à son origine (libéraux, fonctionnaires, contractuels) mais unique quant à sa déontologie. Le milieu de la santé dispose également d'un monopole, celui du soin, et assume une responsabilité importante vis-à-vis des patients, des pouvoirs publics et du système.

Quant aux usagers, il importe de comprendre que le malade d'hier est devenu au fil des lois l'usager d'aujourd'hui avec quelques obligations et de nombreux droits. La difficulté, en ce sens, est le passage de la théorie à la pratique. L'usager/patient n'a pas encore pris toute conscience que la santé publique lui est entièrement destinée. Il importe alors de la connaître pour mieux la protéger, mieux la maîtriser peut-être, et mieux la concevoir en tant qu'usager sûrement. L'usager ne participe pas à la santé publique, il en est le destinataire exclusif, individuellement et collectivement. Le personnel de santé ne participe pas à la santé publique, il en est l'acteur, le co-auteur, le pilier. Mais, personnel de santé et usager partagent un parcours de soins.

De nos jours, les pouvoirs publics apparaissent donc vouloir davantage concrétiser cette passerelle entre usagers et personnels de santé.

Enfin, les pouvoirs publics sont les architectes de la politique de santé, le législateur en tant que représentant du peuple est le fondateur juridique, le médecin l'artisan.

Tout État a en charge une population, c'est ce par quoi il existe, c'est ce pourquoi il œuvre. La population en bonne santé reste un atout pour tout État, son action est alors essentielle.

PARTIE A

LES BASES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LES TEXTES FONDAMENTAUX EN SANTÉ PUBLIQUE

1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

En France, la santé publique est une politique publique menée et organisée par l'État selon un certain nombre de principes propres à l'approche française. Elle repose sur des principes propres au modèle français, notamment la **solidarité nationale et intergénérationnelle**. Dans tout système étatique, la question de la santé soulève des interrogations fondamentales : **qui agit, qui finance, qui organise, et pour le bénéfice de qui ?** ➔ CF. FICHE A13

Même si des dispositifs européens existent prouvant des connexions entre états au sein de l'UE en matière de santé – comme la **carte européenne d'assurance maladie** accessible à tous les citoyens de l'UE – la santé reste avant tout une **compétence nationale**, chaque pays gardant la main sur l'organisation de son propre système.

La France est un **État-providence**, ce qui signifie que les pouvoirs publics prennent en charge plusieurs domaines socio-économiques importants. Des pans de la vie collective comme la santé, l'éducation ou l'emploi sont pris en charge par notre état. L'objectif est d'assurer aux citoyens un accès équitable à ces services, avec notamment une exigence de « **qualité de service** », de « **performance des services publics** », définies par la loi organique relative aux finances publiques.

À l'inverse, dans un **État dit gendarme**, comme le modèle anglo-saxon, l'État intervient moins dans les domaines sociaux, se concentrant principalement sur les missions régaliennes (police, justice, armée).

Ainsi, pour les citoyens, **la santé est une valeur essentielle** à défendre, d'autant plus qu'elle a un coût important pour la collectivité.

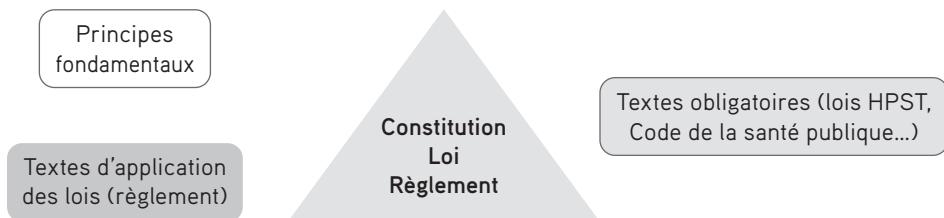
Les textes en matière de santé publique en France sont de deux origines institutionnelles :

- **Le Parlement**, qui vote des lois (par exemple, la loi de 2016 sur la modernisation du système de santé). Ces textes sont d'application obligatoire.

- **Le gouvernement**, qui peut soit proposer des lois (soumises alors au vote parlementaire), soit imposer des textes **réglementaires**, applicables directement.

Le Parlement joue aussi un rôle central dans le **financement de la santé**, notamment à travers le vote des lois de financement de la sécurité sociale.

Enfin, toute loi ou règlement ne peuvent contredire des éléments contenus dans la **Constitution**, notamment en ce qui concerne la répartition des compétences entre le législatif et l'exécutif, sur les bases des **droits et libertés publiques**.



2 PRINCIPES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET POIDS DE L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE

La déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ne dit rien sur le droit à la santé ni sur l'idée de santé publique (vue comme un service public). Les droits de l'homme évoquent simplement et indirectement des notions comme l'intégrité de la personne physique. Sous couvert de l'arrivée de la constitution de la Vème République en 1958, apparaît une approche de la santé comme « service public ». Puis, on lie à ces services publics des grands principes comme l'adaptation ou la continuité (qui oblige donc à ce que les usagers puissent être soignés – médecine – ou en sécurité – police – en tout temps et en tous lieux et de la meilleure manière possible).

Afin de préserver les droits et libertés publiques, les lois qui peuvent vouloir modifier ces derniers passeront par le contrôle de constitutionnalité. Il est en effet important qu'un organisme vienne empêcher de revenir sur des droits essentiels (l'intégrité corporelle par exemple). Dans le domaine de la santé, un texte (réglementaire ou législatif) ne peut aller contre ce qui est d'ordre constitutionnel (les droits et libertés garantis par la constitution). Par exemple, certains textes sur l'hospitalisation sans consentement (psychiatrie), l'obligation vaccinale... ont été autorisés par le conseil constitutionnel avant que la loi ne s'applique.

Le conseil constitutionnel affirme que « *la protection de la santé est un objectif de valeur constitutionnelle* » ce qui confirme sa volonté de protéger la santé publique contre toutes atteintes normatives (lois ou règlements) qui ne

peuvent remettre en cause ses grands principes. Cela signifie aussi que la santé publique est imposée aux pouvoirs publics, l'État doit donc s'assurer et assurer aux usagers/citoyens que la santé est un bien inaliénable et intemporel (pas de changement de principes même si changement de gouvernement).

Toutefois, on n'empêche pas les pouvoirs publics de venir réglementer la santé publique, d'interdire ou d'autoriser lorsque l'intérêt général (de tous) est impliqué. C'est la notion d'ordre public qui va devoir être conciliée avec les éléments de santé publique. Par exemple, le droit de refuser un traitement (une vaccination) peut s'opposer à la nécessité sanitaire de vacciner des personnes dans un but de continuité du service public (la vaccination obligatoire des personnels soignants lors des épisodes COVID). On se référera ici à la situation d'urgence sanitaire (loi sur l'état d'urgence).

De la même manière, un préfet pourra prendre des mesures sanitaires pour enrayer des contagions (isolements, interdiction de déplacements...), encore une fois on peut se référer à la COVID.

Dans les années 1950, en période d'après-guerre, la santé devient un véritable enjeu en tant que bien collectif et la reconstruction rime avec santé. Mettre à disposition des personnes en bonne santé pour favoriser le développement économique de cette période est aussi un des motifs du développement de la santé publique – le capitalisme ne peut se développer sans les entreprises et les travailleurs. C'est d'ailleurs aussi après 1945 que se développe la politique familiale – il faut faire des enfants. C'est encore à cette époque que se met en place l'assurance maladie.

Aujourd'hui, la notion de bonne santé, élément du capitalisme est encore une réalité ; on s'intéresse aux risques notamment par exemple avec le développement du DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) aussi bien en entreprise que dans la fonction publique, on évoque les RPS (risques psycho-sociaux), les TMS (troubles musculosquelettiques)...

Les pouvoirs publics vont alors réglementer et mettre l'hôpital au centre du système de santé. Ce dernier devient centre de soins, de diagnostic, de recherche. L'ensemble financé par la collectivité.

C'est la loi du 21 décembre 1941 qui lance cette vision. Des réformes de 1958 vont générer les CHU, l'hôpitalo-universitaire se construit. Une loi de 1970 crée le service public hospitalier et met en relief la carte sanitaire. La loi du 31 juillet 1991 instaure des schémas sanitaires en réaffirmant le rôle pilier de l'hôpital. La réforme de la sécurité sociale apparaîtra ensuite, puis les notions d'accréditation (notion moderne de certification des établissements de santé) des établissements et la mise en œuvre d'une politique de pilotage via des agences régionales d'hospitalisation (notion moderne d'ARS – agence régionale de santé).

3 LES TEXTES MODERNES, LA CRÉATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner) va créer véritablement cette notion de système de santé en insistant sur un point essentiel qui est les droits des malades devenant des sujets à part entière avec des droits rattachés directement à leur personne et non plus comme des sujets liés simplement à des obligations déontologiques du personnel médical. Le malade devient détenteur, propriétaire de libertés et droits propres.

La loi du 09 août 2004 vient orienter le système de santé en vue de la protection des populations et s'attache à protéger les usagers des inégalités dans le domaine de la santé publique. Cette loi est engagée pour cinq ans vers une centaine d'objectifs dont les principaux sont : l'évaluation des plans et stratégies menées en santé (il est en effet nécessaire de vérifier la performance de ce qui est mis en place), la réduction des inégalités car il convient de prendre en compte les inégalités liées à des groupes de population vulnérables (sociaux, géographiques), la précocité car il s'agit d'anticiper les actions en santé afin d'améliorer les résultats (on parle ici de prévention), la protection de la jeunesse (on vise à améliorer la santé des plus jeunes – c'est un point que l'on retrouve aujourd'hui dans la SNS 2023-2033), l'efficacité économique car la santé a un coût et il importe, déjà en 2004, de réfléchir à sa rentabilité (aujourd'hui en mettant en place des objectifs de performance – dépenser mieux), la concertation car la santé publique ne peut fonctionner efficacement sans engagement collectif, y compris pour éviter les dérives du système (politique, médical, financier).

La loi du 21 juillet 2009 est votée, qui assoit notamment certains principes comme l'égalité et la permanence de l'accès aux soins, le rôle majeur des médecins généralistes, la qualité des soins fournis aux usagers, la prévention qui vise les facteurs de risques et les maladies dites chroniques, l'organisation modernisée du système de santé (création des ARS) en faveur de la territorialisation.

Le plan hôpital 2002-2007 et 2012 va surtout se concentrer sur la planification hospitalière avec une organisation spécifique (les différentes commissions qui subsistent au sein des hôpitaux), la notion de coopération public/privé, la priorisation de certains aspects de la santé publique comme les urgences. C'est dans ces plans que l'on va aussi retrouver le développement du générique, le dossier médical informatisé. ➔ **CF. FICHE A14**

La loi du 2 février 2016 (Clayes Leonetti), et avant elle la loi du 22 avril 2005, vont aller au bout du parcours de santé en octroyant, ou à tout le moins en ajoutant une liberté jusqu'alors peu acceptée en particulier par le corps médical dont l'objectif était de garder en vie le malade, le plus longtemps possible.

Cette loi va en effet engager une réflexion sur la fin de vie en admettant des droits des malades et des personnes en fin de vie. On semble admettre que le malade puisse choisir d'arrêter un traitement et une souffrance intolérable. Dans la même veine, et avant ce texte, un autre avait validé le cheminement du soin palliatif, et ce en 1999. La réforme sur la fin de vie a été abandonnée suite à la dissolution de l'Assemblée Nationale en 2024 mais revient sur la scène médiatique et politique en 2025.

Une batterie de textes, liés à l'évolution éthique face à l'évolution de la recherche vont permettre un encadrement légal sur cette approche parfois très discutée quant à la rapidité de l'évolution des connaissances et de la recherche médicale. Ainsi des textes de 1994, 2011 ou encore le texte sur la bioéthique de 2021 vont engendrer de nouveaux droits des malades au regard de la recherche médicale. On a parfois accusé la recherche sur certains angles de jouer les « apprentis sorciers », la loi vient cadrer, encadrer ces avancées. ➔ CF. FICHE A18

Dès la loi Kouchner de 2002, va se concrétiser la notion de démocratie sanitaire, directement liée à ces droits des malades d'avoir quelque chose à dire quant à leur situation ou statut. Elle va, de fait, favoriser voire obliger à l'information qui devient un véritable droit protégé et va faire participer les citoyens/usagers à la politique de santé que la puissance publique domine.

Cette participation des citoyens-usagers va se produire via le poids des associations engagées dans la défense des malades et usagers des établissements publics. Cependant, en 2002 on est encore aux balbutiements de la démocratie sanitaire. Le « pied dans la porte » est cependant engagé et l'évolution sera celle du poids de plus en plus important donné aux usagers dans leur service public de santé.

Le pouvoir politique va ensuite s'impliquer dans la sécurité sanitaire en portant l'accent sur la prévention et, non seulement valider et performer cette approche au niveau étatique, mais inclure dans celle-ci le niveau local. La prévention devient un point d'ancrage tant la politique de santé française a été le soin de la maladie et non la prévention de la maladie. C'est une lacune du système français que d'avoir négligé pendant longtemps l'aspect prévention. Face aux menaces et risques sanitaires, c'est cet aspect qui devient plus prégnant sur le devant de la scène politique. C'est d'ailleurs ce qu'avait confirmé la loi de 1998 sur le renforcement de la veille sanitaire et celle de 2007 sur la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

La collaboration des établissements de santé (publics, privés) et le rapprochement avec les établissements médico-sociaux a été également un point d'orgue dans cette période des années 2000.

4 LES TEXTES DE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LEUR ACCEPTION POLITISÉE

Le politique, quel qu'il soit, va engager régulièrement des réformes parfois de fond sur le système de santé afin de le conformer à la vision politique du moment et/ou aux attentes des citoyens en la matière.

C'est ainsi, qu'en 2019 une importante réforme voit le jour avec le texte de loi dite HPST (hôpital, patient, santé, territoire).

En 2016 apparaît la loi dite de modernisation du système de santé.

En 2019 c'est la réforme du système de santé autour de son organisation qui prime.

Ces textes vont agencer de meilleure manière l'organisation, le fonctionnement du système de santé (apparition des ARS, ambition dans la E-santé).

Enfin, la crise liée à la COVID a engagé une réflexion plus intense sur l'urgence sanitaire, la particularité des moyens à déployer (masques), le rôle du pouvoir politique (ordre public sanitaire) et ceux du ministère de la santé et des préfets, le jeu de l'hôpital public et les plans d'urgence à décliner, la vaccination et la recherche en amont, la dépendance à l'égard d'autres États pour les doses vaccinales, les molécules et une volonté tournée vers l'autonomie...

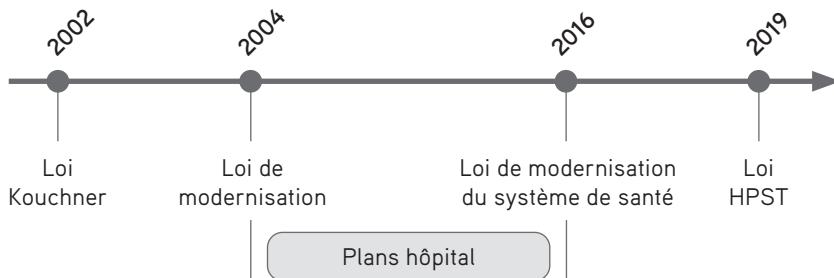


JEU DE PISTE

QUESTIONS À RÉPONSE UNIQUE

1. La loi Kouchner date de :
 2000 2002 2004
2. La nouvelle stratégie en santé est celle de :
 2023/2023 2025/2035 2024/2030
3. La loi Clayes-Léonetti date de :
 2012 2014 2016
4. La constitution française date de :
 1789 1958 1975

Principaux textes en santé publique



Réponses p. 483

LE BUDGET DE LA SANTÉ ET LES LFSS (LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) – RÉGIME FINANCIER DES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES SOCIAUX

1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

La santé publique est un bien collectif au sens où elle appartient à chacun des citoyens, nul ne peut se l'approprier individuellement ou s'en prévaloir collectivement. En tant que bien collectif, elle est prise en charge dans le cadre de ce que l'on appelle État providence qui définit un État qui assume au plan de la gestion et des coûts, en plus de tout ce qui est régalien (comme l'armée, la police, la justice, la diplomatie), tout ce qui relève ou pourrait relever d'une sphère privée comme l'éducation, les prestations sociales, la santé. En France la santé publique est donc prise en charge par les pouvoirs publics et c'est un choix politique et de société.

À l'inverse du système anglo-saxon où la santé hérite d'une prise en charge plus individuelle de la santé, même si les pouvoirs publics peuvent y participer, la France fait bénéficier les usagers d'une prise en charge importante ; c'est ainsi que le montant payé par les usagers pour des suivis ALD (affections de longue durée), opérations cardiaques, hospitalisation, équipements... sont sans rapport avec le prix réel des matériels, installations, interventions, suivi...

Il est donc important de comprendre les mécanismes budgétaires de la santé publique, qui paye ? Comment ? Jusqu'où... ?

On peut noter, à ce propos, que la France est un pays où le reste à charge des ménages (c'est-à-dire ce qu'il reste à payer par l'usager après prise en charge des pouvoirs publics) est un des plus faibles. Ainsi, en 2021, le reste à charge des ménages par rapport à la dépense courante de santé au sens international s'élève à 8,7 %, le plus faible au sein des pays de l'OCDE. Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE d'ailleurs, la crise sanitaire a conduit à une recomposition importante du financement des dépenses de soins, réduisant la part financée par les ménages.

2 LES CHIFFRES DE LA SANTÉ EN FRANCE

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) reste assez forte aujourd’hui, elle était à (+3,9 % en 2022) pour atteindre 235,8 milliards d’euros. Les chiffres sont globalement les mêmes d’une année sur l’autre (sauf cas particulier d’épidémie). Cette hausse s’explique en particulier par le prix des soins hospitaliers en accroissement, et les volumes de ventes de médicaments qui font de la France, un pays de consommation importante de médicaments par habitant. Une stabilisation des dépenses est constatée après la mise en place de la réforme du 100 % santé, et ce pour les dépenses des trois secteurs concernés par cette réforme (optique médicale, audio-prothèses et prothèses dentaires).

Les français bénéficiant du 100 % santé voient leur reste à charge encore diminuer, alors qu’à l’inverse, une hausse du reste à charge dans les soins hospitaliers est notée, après deux années durant lesquelles la Sécurité sociale a contribué au financement des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

Après une hausse consécutive à l’épidémie de Covid, en 2022, la consommation de soins et de biens médicaux s’élève à 235,8 milliards d’euros, soit 8,9 % du produit intérieur brut français (PIB). La consommation de médicaments est, elle aussi, en hausse en volume dans un contexte d’inflation (+2,1 % en 2022).

▲ NB : La CSBM comprend : la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissements privés, les consultations externes en établissement public et les médicaments et biens médicaux en sus consommés en établissement, la consommation de soins de ville, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinet libéral, les dépenses de laboratoires de biologie médicale et les cures thermales, la consommation de médicaments en ambulatoire, la consommation d’autres biens médicaux en ambulatoire, la consommation de transports sanitaires.

À l’inverse, la CSBM ne comprend pas, les dépenses de prévention. En particulier, elle ne comprend ni les dépenses de tests, ni celles de vaccination engagées dans le cadre de la lutte contre l’épidémie de Covid-19.

La consommation de soins hospitaliers est le premier poste de dépenses de la CSBM, dont elle représente 48,7 % en 2022. Ces dépenses s’élèvent à 114,9 milliards d’euros en 2022 et augmentent fortement pour la troisième année consécutive (+4,3 % en 2022, après +6,7 % en 2021 et +6,2 %

en 2020). Dans le secteur public, les dépenses augmentent de 4,5 % en 2022, intégralement portées par une hausse des prix (+5,9 %), tandis que le volume diminue de 1,4 %. Dans le secteur privé, les dépenses croissent en valeur de 3,6 % en 2022.

La Sécurité sociale finance plus de 90 % des soins hospitaliers. Le reste à charge des ménages à l'hôpital est très faible ; il s'établit à 1,5 % de ces dépenses dans le secteur public et à 6,5 % dans le secteur privé.

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3000 établissements de santé. Après une baisse d'activité assez forte en 2020, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi (+26,3 %), tout comme celui des séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée, +3,3 %). Le nombre de passages aux urgences a également fortement augmenté (+12,2 %). Le secteur public offre 73 % des capacités d'accueil et concentre 85 % des 1,4 million de postes du personnel hospitalier.

La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), avec une participation des patients qui varie entre secteur public et secteur privé.

Dans les bilans, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de progresser mais à un rythme ralenti (22 800 patients en 2021). La HAD reste un choix performant en tant que système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant ; cette HAD permet notamment d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation. ➔ CF. FICHE A12

On notera que les alternatives à l'hospitalisation classique sont plus dynamiques et en bénéficient surtout les dialyses et séances de chimiothérapie (14,9 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2021 et poursuivent leur progression).

En 2021, les 693 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,4 millions de passages, soit une hausse de 12,2 % par rapport à 2020. Ces chiffres ne doivent pas faire oublier leur lien avec les coûts pour les pouvoirs publics.

La consommation de soins courants de médecins généralistes et spécialistes en ville s'élève respectivement à 10,8 et 14,2 milliards d'euros en 2022. Ces dépenses de soins poursuivent leur progression en augmentant en 2022 de 3,8 % pour les généralistes et de 4,1 % pour les spécialistes. Et pourtant, paradoxalement, l'effectif des médecins généralistes sur le territoire continue de diminuer en 2022 et 2023 pour passer sous la barre des 100 000 pour la première fois en dix ans.

La consommation de soins courants de sages-femmes en ville, exerçant au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, s'élève à 552 millions d'euros en 2022. Elle croît très rapidement, en moyenne de 10,5 % par an au cours des dix dernières années. Au plan des effectifs, le nombre de sages-femmes progresse régulièrement et s'accompagne d'une recomposition de l'hôpital vers l'activité libérale.

Toujours cette même année, la consommation de soins courants infirmiers s'élève à 9,5 milliards d'euros et celle des soins des auxiliaires médicaux (hors infirmiers) à 8,3 milliards d'euros.

En cette année 2022, la consommation de médicaments en ambulatoire s'établit à 32,8 milliards d'euros, soit 13,9 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette hausse est soutenue par le dynamisme de la consommation en volume (+9,0 %), alors que les prix continuent de baisser en raison notamment de l'accroissement des remises conventionnelles. Les trois quarts de ces dépenses sont prises en charge par la Sécurité sociale.

Les dépenses de prévention réalisées par les pharmaciens (tests de dépistage et vaccination contre le Covid-19) s'élèvent 3,2 milliards d'euros.

3 LES MODES DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

L'Assurance maladie est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en 2022, elle prend en charge 79,6 % de la CSBM. Les organismes complémentaires constituent le second financeur, avec une participation de 12,6 %. Le reste à charge des ménages s'élève à 7,2 % de la CSBM.

En cette même année, les administrations publiques financent 189 milliards d'euros, soit 80,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 187,6 milliards d'euros versés par la Sécurité sociale.

Les organismes complémentaires (OC), qui sont les acteurs finançant la part dite « complémentaire » des dépenses de santé, regroupent des mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance. L'évolution des prestations de santé versées par les OC demeure soutenue (+3,2 %). Les postes d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires, concernés par la réforme du 100 % santé mise en place par étapes depuis 2019, représentent, en 2022, un tiers des dépenses financées par les organismes complémentaires dans le champ de la CSBM.

Le reste à charge (RAC) – cf. supra – des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention de la Sécurité

sociale, de l'État et des organismes complémentaires (OC). En 2022, les ménages dépensent 17 milliards d'euros sur le champ de la CSBM, soit 7,2 % de l'ensemble. Le reste à charge augmente globalement cependant, mais essentiellement du à la hausse RAC dans les soins hospitaliers.

En décembre 2022, la complémentaire santé solidarité (CSS) procure une couverture santé complémentaire à 7,4 millions de personnes au sein de foyers modestes (la CSS est issue de la fusion, fin 2019, de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – ACS). En 2022, la CSS complète les remboursements de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 3,2 milliards d'euros.

4 LE CAS PARTICULIER DES EHPAD EN 2024

Après le « scandale ORPEA » qui a suivi la publication du livre « Les Fossoyeurs » du journaliste Victor Castanet, une crise de confiance envers les Ehpad a aggravé la chute de son taux d'occupation. Parallèlement, débloqué fin 2023, le fonds d'urgence pour les établissements et services médico-sociaux en difficulté, doté de 100 millions d'euros, dont 80 % ont été dirigés vers les Ehpad, s'est révélé insuffisant au regard de l'ampleur des difficultés, il en faudrait 4 fois plus.

En 2023, 93 % des établissements étaient en déficit.

Le tarif d'une place dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes comprend trois postes : un tarif hébergement et un tarif dépendance facturés aux résidents, un forfait de soins intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.

Le gouvernement voudrait fusionner les sections dépendance et soins, qui seraient, à l'avenir, pilotées par les agences régionales de santé (ARS). La LFSS (loi de financement pour la sécurité sociale) pour 2024 a amorcé une réforme de ce modèle en prévoyant l'expérimentation, dans 20 départements volontaires, d'une fusion des sections soins et dépendance.

En matière de tarification, les départements jouent un rôle majeur. En effet, ils fixent la valeur du point GIR (qui calcule l'autonomie et donc les aides financières pour les résidents), point qui varie de 6,60 à 9,50 euros en 2023, et définissent ainsi l'évolution du forfait dépendance. Ces valeurs (point GIR) peuvent être révisées pour garantir des équilibres financiers essentiels.

Le Ségur de la Santé comportait un plan d'investissement pour la modernisation des établissements, déployé jusqu'en 2025 et piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il est doté de 2,1 milliards

d'euros grâce à France Relance : 1,5 milliards d'euros consacrés à la rénovation de l'immobilier et 600 millions d'euros consacrés à la numérisation des établissements.

5 LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – LFSS

La LFSS étant un texte de loi, c'est l'article 34 de la constitution qui prévoit et permet d'autoriser des dépenses dans ce domaine de la santé et en particulier le financement de la sécurité sociale ; les LFSS « déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent des objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique ».

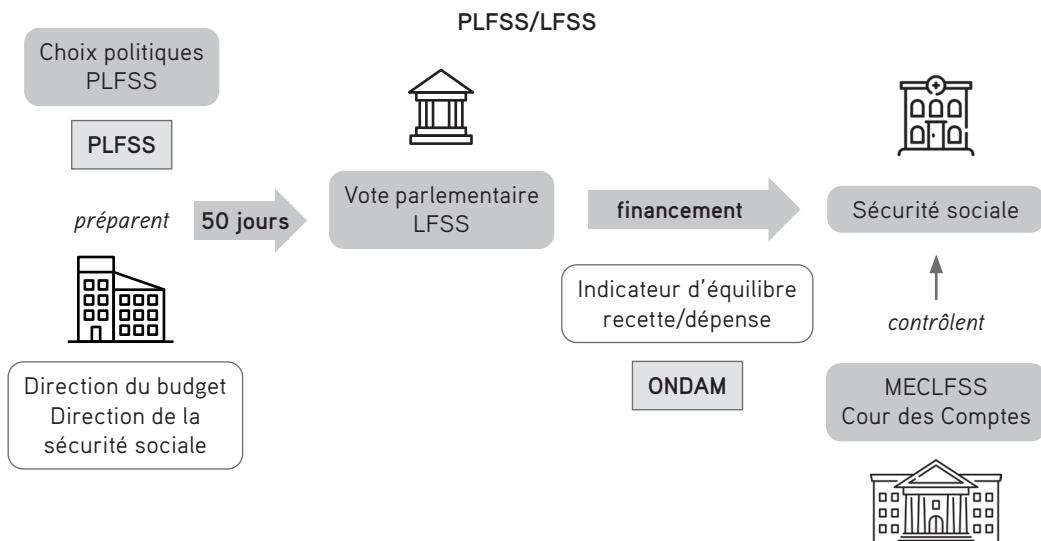
La LFSS est donc une catégorie particulière de loi ordinaire.

Le texte doit envisager des dépenses et des recettes dans un but d'équilibre du système de santé. En effet, la LFSS vise aussi à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Elle introduit une logique d'« objectifs-résultats ».

La sécurité sociale comprend plusieurs compartiments (mécanismes de prévoyance collective) permettant aux personnes de faire face aux divers « risques sociaux » tels que la maladie, l'invalidité, le chômage, la maternité, les charges de famille ou la vieillesse. Elle se divise en quatre branches dont le but est de couvrir chacun de ces risques : maladie, vieillesse, famille, accidents de travail et maladies professionnelles.

Avant l'adoption de la LFSS, le projet de loi est conçu en étroite collaboration entre les directions du Budget et de la sécurité sociale. Le PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) est proposé par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 15 octobre de chaque année. Le parlement dispose ensuite de 50 jours pour l'examiner.

Deux institutions ont également un rôle important à jouer dans cette dynamique budgétaire : la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale qui a pour rôle de suivre de manière permanente l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; et la cour des comptes qui intervient en appui pour le contrôle de l'application de ces textes et publie chaque année, un rapport sur la sécurité sociale.



La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé et par conséquent mettre en œuvre un ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie). Ce dernier représente le montant prévisionnel à ne pas dépasser, établi chaque année pour les dépenses de l'assurance maladie en France. L'ONDAM est voté par le Parlement (Assemblée nationale et Sénat) mais il ne constitue pas un budget maximal restrictif, plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé donc de performance budgétaire. En effet, même en cas de dépassement de cet objectif, l'assurance maladie continuera à rembourser les prestations sociales.

Les LFSS précisent, outre le périmètre de l'ONDAM, les objectifs de la période considérée, en matière de santé. C'est ainsi, pour exemple que les mesures phares de la LFSS 2024 étaient :

- 1 – De renforcer la prévention et l'accès aux soins en déployant les bilans de prévention aux âges clés de la vie, en facilitant l'accès au vaccin contre le papillomavirus dès 11 ans, en luttant contre les tensions d'approvisionnement, en élargissant les compétences des pharmaciens d'officine à dispenser certains antibiotiques (est visé dans ce cadre les papillomavirus humains, dits virus HPV qui infectent 80 % des femmes et des hommes au moins une fois dans leur vie et sont responsables chaque année de près de 6 400 cancers – l'objectif est de favoriser l'accès à cette vaccination, aussi le président de la République a annoncé en février 2023 l'organisation de campagnes dans les collèges). Dans le même ordre d'idées, le gouvernement a fait de la prévention en santé, et notamment de la santé sexuelle et reproductive des jeunes, une priorité centrale. Cette priorité

a été réaffirmée via la gratuité de l'accès aux préservatifs en pharmacie pour tous les jeunes de moins de 26 ans afin de limiter le nombre de grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. Est visée également dans ce cadre, la précarité menstruelle qui affecte de nombreuses femmes en France (près de 31 % des femmes menstruées de 18 à 50 ans, Opinion Way 2023), en particulier les plus jeunes (44 % des 18-24 ans). Cette précarité est liée aux coûts des protections pouvant entraîner des risques en matière de santé (à travers notamment le syndrome du choc toxique). Les pouvoirs publics ont décidé que les assurées de moins de 26 ans bénéficieront d'une prise en charge à hauteur de 60 % par l'assurance maladie pour ces protections.

Est visé enfin, et à titre expérimental pour une durée de trois ans, un parcours de santé visant à mieux accompagner les femmes confrontées à une dépression *post partum* (période suivant immédiatement l'accouchement pour durée d'environ 6 semaines). Ce parcours initié par les ARS associe des professionnels médicaux, des psychologues hospitaliers et libéraux et des puéricultrices dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire vise à prendre en charge le plus précocement possible les femmes diagnostiquées, la facilitation des accès à un suivi psychologique ou améliorer leur suivi médical.

2 – De transformer le financement et l'organisation du système de santé en rééquilibrant le financement des établissements de santé pour mieux prendre en compte la diversité de leurs missions, en renforçant l'attractivité des métiers dans les établissements de santé, en diffusant les prises en charges innovantes, en facilitant l'inscription dans le droit commun des expérimentations organisationnelles qui ont fait leur preuve.

Cet objectif se traduit par la poursuite des politiques de soutien à l'autonomie avec la mise en place d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour tous les enfants jusqu'à 6 ans présentant un handicap, et en particulier un trouble du neurodéveloppement (TND). Il se traduit également par un investissement en faveur du plein emploi avec le développement de systèmes de garde pour les enfants de moins de trois ans.

Il se traduit enfin par une nouvelle mesure d'organisation de distribution des médicaments ; La loi (LFSS) vise la généralisation de la délivrance à l'unité, par les pharmaciens, des médicaments concernés par une rupture d'approvisionnement. Un arrêté du ministre chargé de la Santé pourra ainsi rendre obligatoire la délivrance à l'unité de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement et ce jusqu'au rétablissement des chaînes d'approvisionnement.

3 – Au titre des mesures complémentaires en termes de santé publique, la LFSS revient sur la durée des arrêts de travail et de leur renouvellement, en particulier pour les téléconsultations. Le fait que les pharmaciens puissent dispenser sans ordonnances des antibiotiques pour certaines affections fait aussi partie des évolutions, comme la mise en place d'un dispositif de rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie (entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans et 70 et 75 ans).

La Loi doit assurer l'égalité d'accès aux soins en distribuant la même qualité à tous ; ainsi une facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire est un objectif de santé publique répertorié. La complémentaire santé solidaire (C2S) offre aux assurés disposant de revenus modestes une protection élargie, garantissant la prise en charge d'un panier de soins étendu, sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires. Cette C2S est un droit au profit de nombreux bénéficiaires de minima sociaux. Dans ce même esprit, des moyens supplémentaires pour l'autonomie des personnes âgées sont déployés, en particulier en s'appuyant sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Dans ce contexte du handicap, un service d'accompagnement précoce pour les situations de handicap devra rapidement être effectif. En effet, le diagnostic tardif des troubles du développement peut être source de sur-handicap et de perte de chance pour l'enfant en particulier et par conséquent une perte d'autonomie impliquant à terme plus de soins et un accompagnement important tout au long de la vie de la personne en situation de handicap. Il est donc fondamental de mettre en place un service destiné à tous les enfants de moins de 6 ans, quels que soient leurs handicaps ou suspicions de handicaps, en créant un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention.

Un dernier point en matière d'amélioration du système de santé vise non pas les usagers mais les professionnels. La loi doit améliorer les conditions de travail des soignants par exemple, sur la question de la transition écologique dans le cadre de la rénovation des bâtiments.

4 – De développer de nouveaux outils pour lutter contre la fraude en renforçant les obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs, en annulant en cas de fraude la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux.

5 – De poursuivre des politiques de soutien à l'autonomie en ouvrant la voie au transfert de financement des EHPAD vers la branche autonomie à partir de 2025 pour les départements volontaires, en créant un service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce pour toutes les situations de handicap pour tous les enfants jusqu'à 6 ans.

Le budget du PLFSS de 2024 était à hauteur de 640 milliards d'euros dont 252 milliards d'euros pour l'assurance maladie.

6 LE CONTEXTE DES FINANCEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le budget de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) est indissociable de son contexte. Durant les années Covid, par exemple, le Gouvernement a déployé des moyens inédits afin de protéger le pays, les Français et leur système de santé. Les revalorisations exceptionnelles, des prestations sociales versées, ont permis de protéger le pouvoir d'achat des citoyens face à la forte inflation.

Si l'on retient la LFSS de 2024 et son ONDAM, la politique publique de santé qui en est l'origine poursuivait deux objectifs essentiels :

- le pouvoir politique souhaitait assurer la pérennité du modèle social français y compris dans un contexte budgétaire difficile et continuer de marquer le modèle français et sa base de solidarité et de service collectif universel. Cette approche devait toutefois se combiner, pour sa pérennisation, avec la poursuite de la transformation du système la garantie de sa résilience et de sa soutenabilité,
- le second objectif politique était de continuer la modernisation du modèle de protection sociale au service de la santé, des retraites, et de la solidarité.

Ce double objectif était relié aux diverses mesures établies dans le corps de la LFSS et celles qui suivent : la prévention, le financement et l'organisation des services de santé, l'accompagnement des personnes en situation particulière (handicap, seniors), en particulier en lien avec l'autonomie (HAD par exemple), et la numérisation/informatisation (voire l'Intelligence Artificielle).



JEU DE PISTE

QUESTIONNAIRE (QCM)

1. Qu'est ce que l'ONDAM ?

- a. un objectif de limitation des dépenses de la sécurité sociale ?
- b. un organisme spécifique de préparation du budget de la sécurité sociale
- c. une stratégie mise en place par les pouvoirs publics au profit des EHPAD

2. Qui vote le budget de la sécurité sociale ?

- a. la direction du budget du ministère de l'Économie et des Finances
- b. le gouvernement
- c. le Parlement

3. Que signifie le sigle CSBM ?

- a. Consommation de Soins et de Biens Médicaux
- b. Contrat de Soins et de Bilans Médicaux
- c. Certification des Services et Bâtiments Médicalisés

Réponses p. 483

LES PERSONNELS DE SANTÉ ET LES SERVICES - LES ORDRES PROFESSIONNELS

1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Au sein des établissements de santé, fourmillent de nombreuses catégories de personnels – on y trouve des praticiens à statut, des fonctionnaires hospitaliers, des contractuels agents publics, des personnels soumis à contrat privé... L'usager du service public va ainsi rencontrer dans le cadre de son parcours de santé, divers personnel dont il ne sait pas s'ils sont rattachés ou non à l'établissement, dont il ne sait s'ils sont contractuels, titulaires. même si, à son regard, il s'agit bien du même personnel... de santé.

Juridiquement, les catégories œuvrant au sein de l'établissement sont bien différentes et relèvent d'organisations du personnel spécifiques. On a coutume de distinguer pour des raisons pratiques, au sein de cet enchevêtrement, les personnels médicaux et les autres. La question de la gestion du personnel (recrutement, salaires) est cruciale même si l'usager ne s'en rend pas compte. En effet, selon les budgets, la politique menée par l'établissement, le privé ou le public... les matériels seront plus ou moins présents, les équipements plus ou moins récents, les spécialités plus ou moins restreintes, les personnels plus ou moins disponibles...

Dans les établissements hospitaliers, le premier poste de dépense est le personnel (plus de 60 % des budgets) – ce personnel sera rémunéré aussi en fonction des capacités budgétaires de l'établissement. Les cliniques privées subissent le même phénomène, même avec des subventions (à la forte baisse ces dernières années) – les équilibres sont parfois difficiles à réaliser (manque d'infirmières, difficultés à recruter des spécialistes : anesthésistes, sages-femmes) ; c'est notamment ce que redoutent les usagers : fermeture de lits, fermeture de service (obstétrique par exemple), services inadaptés par manque de moyens... Face à ces constats budgétaires, se trouvent les nombreux articles du CSP qui affichent le droit d'être soigné de la même manière partout en France, la notion de bientraitance (en face des personnels de santé parfois surbookés), l'attention à porter aux malades et le temps à passer auprès d'eux pour leur expliquer, les soutenir, les écouter, face à une gestion du temps hors norme dans certains établissements.

Cette opposition que l'on peut retrouver entre la réalité de l'activité et les attentes des usagers est un leitmotiv politique depuis de nombreuses années. Le bon fonctionnement des établissements et spécifiquement ici, dans le cadre des droits des usagers, passe par la compétence des personnels, leur accessibilité, leur bonne volonté et le nombre d'heures qu'ils acceptent, les dépassements, la fatigue et les burn-out voire les démissions qui parfois se succèdent.

Il importe donc de s'intéresser à ce personnel et à la gestion de ce dernier pour affecter une certaine dose de réalité à la théorie des droits des usagers affichée au sein des chartes, codes...

2 LES PRATICIENS

Hospitaliers ou libéraux, ils sont tous soumis au code de déontologie et donc à la loi ; ils sont également tous engagés en termes de responsabilité dans le cadre de leurs juridictions disciplinaires. Malgré tout, on trouve des différences entre ces praticiens. À plein temps, les praticiens hospitaliers dépendent d'un corps unique, même s'ils portent des titres différents comme le biologiste, le pharmacien, le psychiatre... ce sont des médecins hospitaliers. Leur statut est codifié dans le CSP. Ils ont bien évidemment des obligations et des droits comme des fonctionnaires mais ils n'en sont pas. Pour autant, ils restent des agents publics, donc intervenant au profit du service public de la santé et devant respecter un certain nombre de règles, en particulier ce qui nous intéresse ici, les droits des usagers.

Les pouvoirs publics ont une main-mise sur le nombre de praticiens par le biais de places aux concours ouverts par an. Le ministère de la santé valide ainsi un effectif qu'il décide. C'est un élément important des politiques publiques qui se trouve entre les mains du pouvoir politique, veut-on plus de praticiens ? Comment les finance-t-on ?

Cependant, contrairement à des fonctionnaires qui, une fois réussi un concours, seront titularisés dans un poste, une fonction, un grade (le fonctionnaire est nommé dans un emploi et titularisé dans un grade), les praticiens réussissant leurs examens ne sont guère titulaires mais aptes à décrocher un emploi dans tel ou tel établissement.

C'est donc à eux de faire le choix de leur porte de sortie, en particulier sur des postes vacants ; ces postes sont diffusés par les ARS. Les praticiens sont donc nommés sur un emploi vacant dans un service public de santé. Les praticiens sont des agents publics nommés dans le cadre d'une carrière

avec un emploi à la clé, une possibilité d'avancement (chef de service), des positions statutaires (disponibilité) et une possibilité de mutation, des congés et une rémunération fixée par lesdits pouvoirs publics (ministère de la santé).

Un avantage lié à cette profession « publique » est la possibilité, en plus de leur pratique hospitalière, de bénéficier d'une décharge pour activité libérale selon un contrat visé par l'ARS et dans le cadre légal du CSP. Bien évidemment, cette activité libérale ne doit pas gêner l'activité publique au sein de l'hôpital et elle est contingentée. Leur activité libérale est payée sur la base d'honoraires en sus de leur rémunération en tant qu'agent public. Dans la mesure où il peut utiliser le matériel hospitalier, le praticien reversera une « redevance » à l'établissement en compensation.

Il existe une catégorie de praticiens hospitaliers à temps partiel. Ces derniers ne représentent qu'un effectif assez réduit dans l'hôpital. Leur statut (droits et obligations) réside dans le CSP et est identique à celui des praticiens dits à temps complet sauf qu'ils effectuent moins d'heures et ont donc une activité libérale plus intense.

Il existe également une catégorie spécifique, liée à la recherche et à l'enseignement au sein des établissements hospitaliers. En effet, on trouve dans les CHU, des praticiens qui exercent des activités universitaires et de recherche, ils sont alors qualifiés de fonctionnaires d'État et nommés et titularisés comme tout autre enseignant universitaire (professeurs, maître de conférences). Ils sont recrutés par concours et perçoivent en tant que fonctionnaire un traitement mensuel. Mais, ils ont aussi la possibilité, en tant que praticien hospitalier, d'exercer une activité libérale au sein de leur établissement (il s'ajoute alors à leur traitement, des honoraires).

Les autres personnels de santé que peut croiser l'usager, sont les praticiens contractuels prévus par le CSP, recrutés par l'établissement pour faire face à une pénurie, des remplacements, des postes vacants... le contrat est signé avec le directeur de l'établissement et ces praticiens se voient appliquer pour une partie, le droit classique du droit de travail et de la sécurité sociale. Ces praticiens contractuels sont à temps plein ou partiel. Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Selon l'article L. 6146-2 du CSP, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et dentistes exerçant à titre

libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement ».

On trouve également des praticiens attachés qui sont des recrutés sur contrat court mais renouvelables (CDD un an renouvelable). Ce statut est aussi prévu par le CSP.

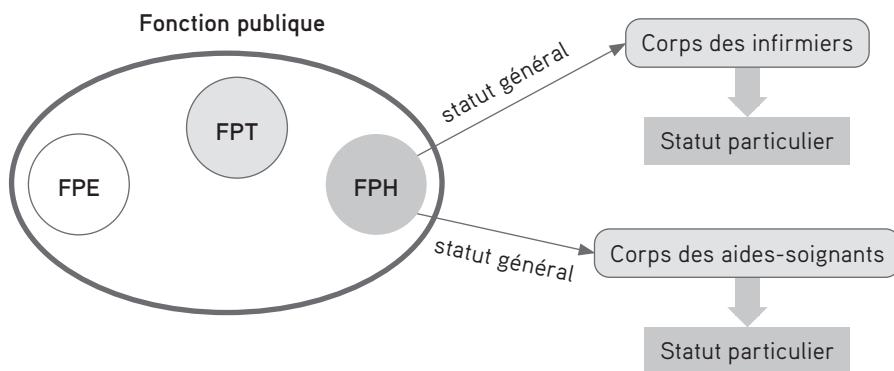
On trouve encore des praticiens associés qui peuvent venir de l'étranger, hors UE, dans la mesure où ils disposent d'un diplôme équivalent et viennent se former dans les établissements nationaux. La loi française permet sans aucune difficulté ces types de recrutement, à compétence égale, sur un poste déterminé.

Une autre catégorie que les usagers de l'hôpital rencontrent souvent sont les internes qui sont des agents publics, praticien en formation qui participent aux soins ; ils préparent généralement leur diplôme de fin d'étude (doctorat). De la même manière des étudiants en médecine peuvent participer aux soins (durant leurs stages).

Enfin, les directeurs d'établissements, selon leur politique de personnel peuvent accepter dans les hôpitaux, des praticiens non hospitaliers venant là à titre libéral (recrutés par contrat).

Certes, cette situation en « légos » apparaît confuse pour le patient, usager, complexe même pour la gestion et pour le suivi des malades, mais elle reste nécessaire pour beaucoup d'établissements afin de faire face à une politique du personnel difficile à gérer en termes de recrutement et de financements.

3 LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE



Un des trois pans de la fonction publique est la fonction publique hospitalière (en plus de la fonction publique d'État et la fonction publique territoriale). Ce pan de la fonction publique est régi par des textes : le statut général de la fonction publique et en particulier la loi du 1983 portant droits et obligation des fonctionnaires, que l'on retrouve codifiée dans le nouveau code général de la fonction publique (CGFP de 2023) mais la FPH dépend aussi d'un statut, celui de 1986.

Outre ces statuts généraux, les fonctionnaires de la FPH sont soumis à des statuts dits particuliers selon leur corps d'appartenance : aide-soignant, praticien, infirmière...

À tous le moins, ils dépendent tous des statuts généraux et doivent respecter les droits et obligations du CGFP.

Ces obligations sont prescrites au travers des codes déontologiques ou de divers textes propres aux professions médicales ; néanmoins les obligations seront identiques à celles que l'on réclame dans d'autres corps de la fonction publique (enseignant, policier, agent des finances...).

Sans les détailler, on y voit l'obligation hiérarchique, la neutralité, le secret professionnel, la discréetion professionnelle...

Le fonctionnaire hospitalier est ainsi titulaire d'un emploi permanent de la fonction publique. Il bénéficie des droits liés (protection, traitement, congés, mobilité, formation).

4 LES PERSONNELS DE SANTÉ NON-MÉDECINS

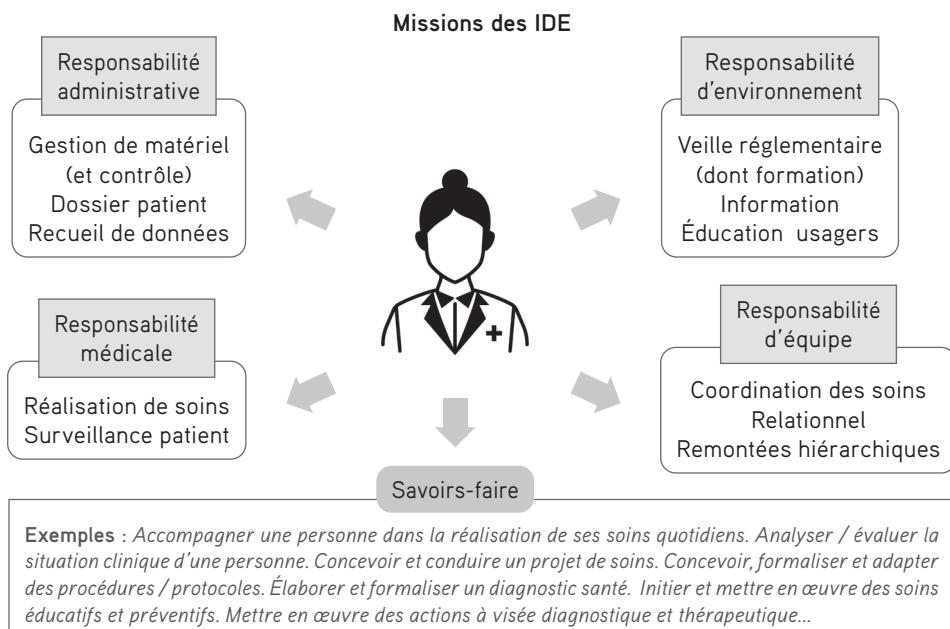
Environ 85 % d'entre eux sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels à durée déterminée ou indéterminée ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité.

Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale). Quant aux personnels des établissements de santé privés, ils sont soumis aux dispositions du Code du travail, de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés avec ou sans but lucratif), et de clauses particulières de leur contrat de travail.

Une place à part est à réserver au personnel infirmier que rencontreront régulièrement les usagers au cours de leur parcours de soins.

De fait, si l'équipe médicale est dirigée par un médecin responsable du service, assisté dans sa fonction par d'autres praticiens, des internes en médecine, des sages-femmes, des pharmaciens, des biologistes, il existe aussi une véritable équipe paramédicale composée d'infirmières (IDE), infirmières du bloc opératoire (IBODE), infirmières anesthésistes (IADE), aide-soignantes (AS), puéricultrices, auxiliaires puéricultrices, brancardiers et placés sous la responsabilité du cadre de santé.

Les infirmières en soins généraux en particulier, ont pour mission d'évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins. Trois termes viennent également définir leur action : concevoir, définir et planifier. De manière générale, ce personnel vise à dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative ayant pour objectif de promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Enfin, une facette importante des missions est de réaliser l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients.



On notera un décret du 20 janvier 2025 sur les conditions d'accès direct aux infirmiers en pratiques avancées et une loi du 29 janvier 2025 publiée suite à un rapport sénatorial de commission d'enquête sur l'hôpital en 2022.

À cet effet, la profession d'infirmier recouvre ses 4 grandes missions : le soin (préventif, curatif, palliatif, relationnel), la contribution à la prévention dans le cadre de la promotion de la santé, la contribution à la coordination en parcours de soins, la formation des étudiants et la recherche en soins infirmiers.

Deux missions sont abordées dans la loi : la consultation infirmière et le droit de prescription.

5 LES ORDRES PROFESSIONNELS

Il faut remonter au régime de Vichy pour aborder les ordres professionnels qui ont fait l'objet de nombre de réformes dont la plus récente date de 2007. Il existe plusieurs ordres concernant le milieu médical : celui des médecins, le plus connu peut-être, mais aussi celui des dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des podologues et des infirmiers. Ils sont d'ailleurs tous insérés comme tels dans le code de la santé publique. Ces ordres contiennent en leur sein un conseil dit conseil de l'ordre, doté de la personnalité civile leur permettant d'agir en justice, d'accepter des dons et legs, d'acquérir des immeubles... mais aussi d'être responsables de leurs actes.

Ces conseils de l'ordre peuvent être reconnus comme un service public, tel celui des médecins. Pour mener à bien leur mission, ils disposent de prérogatives de puissance publique et en particulier celle de pouvoir prélever des cotisations obligatoires sur les membres de l'ordre.

Afin de faciliter leur représentation, ces ordres sont conçus de manière pyramidale et comportent donc des conseils départementaux, régionaux, centraux et un conseil national qui leur sert de pilote ou de contrôleur.

Les attributions de ces ordres sont de veiller aux principes moraux, de probité, de compétences des membres de l'ordre ; ils veillent également à l'observation des règles de la profession, y compris déontologiques, ainsi qu'en matière de devoirs globalement. À l'inverse, ils servent à protéger l'honneur de la profession, son indépendance et promeuvent, en tant que groupe de pression, certains textes de santé publique ou de qualité des soins. Ainsi, les conseils de l'ordre peuvent exercer devant toutes les juridictions les droits, en cas de préjudice direct ou indirect, selon l'intérêt de la profession. Ils disposent enfin d'attributions administratives et disciplinaires.

Au sein de ces attributions administratives, on retrouve celles liées à l'édition d'une sorte de pouvoir réglementaire dans la mesure où la loi vient leur accorder cette possibilité. On y consacre les normes concernant l'organisation interne de l'ordre, la rédaction de clauses contractuelles, les règles concernant les titres des professionnels. Les conseils nationaux disposent d'une compétence spécifique pour préparer les codes de déontologie de la profession qui vont s'imposer aux membres. Les conseils de l'ordre veillent

également aux formations et développement de la profession, certifications diverses et prennent position sur les problématiques liées à la profession (secret médical, euthanasie, avortement).

Qui dit ordre professionnel, dit inscription au tableau de l'ordre – comme d'autres professions, avocats ou les notaires, les professions médicales nécessitent pour leur exercice une inscription au tableau de son ordre. Les refus d'inscription doivent être motivés. Avant les inscriptions, les conseils vérifient les éléments de conformité des demandeurs. Il est à noter que l'inscription à un ordre vaut pour tout le territoire, l'exercice de la profession est donc valide quel que soit le lieu où le professionnel exerce ou exercera.

Dans un certain nombre de situations, l'ordre peut statuer sur des suspensions qui sont des interdictions provisoires d'exercer.

C'est également le conseil de l'ordre qui assure l'organisation de services de garde.

Un point important du rôle des conseils de l'ordre est celui lié aux attributions disciplinaires. Les ordres connaissent en effet des manquements à la déontologie professionnelle et leurs chambres disciplinaires sont des sortes de juridictions administratives.

Les poursuites disciplinaires sont indépendantes des poursuites pénales et des actions civiles que pourraient entreprendre des usagers. Elles sont aussi indépendantes d'éventuelles actions disciplinaires que pourraient engager l'administration contre son personnel fonctionnaire (ou contractuel). Il n'y pas de non-cumul en matière de poursuites contre les professionnels de santé.

La faute disciplinaire, et donc la saisine du conseil de l'ordre, est liée à un manquement à une obligation déontologique. Il faut évidemment que le fait soit lié à la profession. Pour autant le CSP a eu tendance à élargir cette notion de faute en la mettant en lien avec un comportement contraire à l'éthique professionnelle dans la conduite des soins, les relations avec les malades, les confrères... Les sanctions prévues sont celles mises en place par le législateur. Les décisions de l'ordre en la matière doivent être motivées ; les sanctions vont de l'avertissement jusqu'à l'interdiction permanente d'exercer des fonctions rétribuées par une administration publique.

Enfin, la juridiction disciplinaire agit au nom de l'État, c'est ce dernier qui est responsable des fautes que pourrait commettre le conseil.

6

LES CONTRAINTES INHÉRENTES AUX POLITIQUES DE SANTÉ (CHIFFRES RAPPORT DRESS)

Outre les budgets définis au niveau le plus haut de l'État dans le cadre des la LFSS et avec l'OGAM en ligne de mire ➔ **CF. FICHE A2**, les contraintes sont liées au personnel (manque dans certains secteurs, salaires), à l'inflation (charges importantes, endettement).

Le secteur hospitalier français compte 2 976 établissements de santé au 31 décembre 2022 en France : 1 338 hôpitaux publics, 980 cliniques privées et 658 établissements privés à but non lucratif.

a Les budgets

En 2022, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade très fortement avec un déficit de 1,3 milliard d'euros après 415 millions en 2021, 91 millions en 2020 et 565 millions en 2019. Même si celle des cliniques privées à but lucratif reste bénéficiaire, avec un résultat net de 627 millions d'euros. La dégradation de la situation financière des hôpitaux publics en 2022 concerne toutes les catégories d'établissements et près des deux tiers des établissements sont déficitaires (65 % d'entre eux, après 52 % en 2021 et 42 % en 2020).

La forte progression des dépenses, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit en 2022 (+5,1 %), sous l'impulsion notamment des charges de personnel.

Face à des difficultés pérennes et inquiétantes en matière budgétaire, l'effort d'investissement public poursuit sa hausse amorcée en 2021, à la suite des engagements pris lors du Ségur de la santé. Les investissements représentent 4,9 milliards d'euros en 2022 (après 4,4 milliards d'euros en 2021 et 3,9 milliards d'euros en 2020). L'encours de la dette des hôpitaux publics diminue légèrement en 2022 (30,7 milliards d'euros), après avoir atteint, en 2021, son plus haut niveau depuis le point de départ des observations (31,1 milliards d'euros), il reste cependant supérieur à son niveau d'avant la crise Covid (30,1 milliards d'euros en 2019).

La situation financière des cliniques privées reste favorable en 2022. Leur résultat net, très fortement soutenu par les subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire, s'établit à 627 millions d'euros. L'encours de la dette des cliniques privées augmente pour atteindre 2,3 milliards d'euros en 2022 (après 2 milliards en 2021). La proportion de cliniques surendettées augmente et atteint 18 % en 2022, un niveau inégalé depuis 2016.

b Les établissements (nombre et lits)

Depuis près de vingt ans, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits en mesure d'accueillir des malades) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée). En court séjour (MCO), la baisse du nombre de lits en mesure d'accueillir des malades s'est effectuée à un rythme assez régulier, passant de 236 400 fin 2003 à 190 300 fin 2022 (-46 100 lits). À l'inverse, les capacités d'accueil des 293 établissements d'HAD recensés en France augmentent de 1,6 % et permettent de prendre en charge simultanément 23 100 patients fin 2022.

Conséquence de réorganisations et de restructurations, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2022 (-146 entités géographiques en neuf ans, soit -4,7 %, c'est-à-dire -0,6 % par an en moyenne). Le nombre de cliniques privées a aussi reculé depuis 2013 (-39 entités en neuf ans, soit -3,8 %), en particulier les établissements de soins de courte durée (MCO) ou pluridisciplinaires,

c Le personnel

Au 31 décembre 2021, 1,39 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé. Au plan du personnel, le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés. Les effectifs salariés de personnel médical (y compris les internes et les sages femmes) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2021 à 168 000, ce qui représente 12,1 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,22 million fin 2021. Le nombre d'infirmiers et d'aides soignants diminue (-900 salariés, soit -0,6 %), tandis que le nombre d'« autres personnels soignants » augmente (+1 100 salariés, soit +1,8 %).

Avec 114,9 milliards d'euros de dépenses en 2022, financés à 92,3 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier (secteurs public et privé, hors SLD) représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (48,7 %) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages.



JEU DE PISTE

OUI OU NON ?

1. Une infirmière (infirmier), peut-elle (il) être fonctionnaire ?
 Oui Non
2. L'ordre des médecins, peut-il sanctionner une faute déontologique ?
 Oui Non
3. Un infirmier inscrit à l'ordre des infirmiers dans un département peut-il exercer sur tout le territoire national ?
 Oui Non
4. Il existe un statut du personnel de la fonction publique hospitalière ?
 Oui Non
5. Les étudiants en médecine peuvent participer aux soins hospitaliers ?
 Oui Non

Réponses p. 483

LES STRUCTURES NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'administration nationale de la santé est spécifique de part la multitude de ses réformes qui suivent l'évolution des politiques en place et de la complexité de ses strates et du nombre d'intervenants. Elle implique bien sûr le pouvoir central en tant que pilote mais aussi les collectivités locales, le monde associatif et les malades eux-mêmes ; Par ailleurs, on observe un nombre toujours croissant d'organismes de conseil et d'instances qui croisent les institutions classiques. On peut citer l'assurance maladie, les ordres professionnels, les observatoires, les laboratoires. Cet éclectisme est dû à la multiplicité des prestataires de santé tant publics que privés mais également des métiers très divers dans ce domaine de la santé.

Que l'on soit un laboratoire privé, une association intégrée à la recherche médicale, un médecin libéral... les partenaires de la santé publique sont nombreux et nécessitent une gestion centralisée du système de santé parce que cette dernière est d'abord un service public.

Il va également de soi, que le système français de santé n'est pas isolé sur son territoire. Il doit prendre en considération l'espace et l'impact communautaire et ses exigences, le rôle des organisations mondiales telle l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Aucune frontière ne met la population française à l'abri sanitaire (cf. COVID) et la France doit tenir compte de plus en plus de risques majeurs importés. Ce sera d'ailleurs un des axes de la stratégie nationale de santé 2023-2033. → **CF. FICHE A17**

Si l'on se place au niveau du service public, l'administration de la santé publique est organisée comme toutes les autres administrations avec un pilier central – en l'occurrence un ministère dit de la santé – autour duquel gravitent des directions, bureaux et services spécialisés. Ensuite, des services déconcentrés dans les territoires, comme pour les autres ministères, avec un déploiement particulier sous l'égide des ARS (Agence Régionale de Santé).

Cette organisation déconcentrée est commune à toutes les administrations organisées au niveau régional et/ou départemental. Enfin, l'administration de la santé s'appuie sur les collectivités territoriales (régions, départements, communes) et veille à s'attacher la compétence de structures de conseil, spécialistes de tel ou tel sujet.

L'administration de la santé publique est originale dans la mesure où un certain nombre d'agences vient renforcer l'organisation administrative classique – cette notion d'agence est un modèle anglo-saxon qui, adopté par la France, permet une approche parfois sectorielle de la problématique de la santé (agence du médicament).

L'autre originalité vient du fait qu'au niveau déconcentré, si le préfet assume le pilotage de la plupart des administrations à cette échelle territoriale, il n'a pas main-mise sur la politique de santé. Il assume néanmoins les responsabilités en cas de crise sanitaire en tant que gestionnaire et responsable de l'ordre public. Ce sont alors véritablement les ARS qui, plus autonomes que les administrations déconcentrées, vont gérer au plus près le domaine de la santé. Néanmoins, le directeur de l'ARS travaille de concert et directement avec le préfet de région.

Une constante de cette administration de la santé est la participation non pas faible, mais limitée à certaines thématiques, des collectivités locales (territoriales). ➔ CF. FICHE A5 En effet, même si le département par exemple joue en santé publique un rôle tout à fait réel, bénéfique et en augmentation (dans l'aide à l'enfance ou la protection infantile, la gestion à son niveau de l'urgence sanitaire), il n'en demeure pas moins que sa place reste limitée. Cette limitation a semble-t-il trouvé son point de rupture et la SNS de 2023, programmée pour les 10 ans à venir, propose des évolutions à ce sujet.

➔ CF. FICHE A17

La politique de santé est donc une affaire d'État. Le code de la santé publique est très clair à ce sujet (cf. article 1411-1). S'agissant d'une politique publique majeure, elle doit être menée, gérée en direct par le pouvoir central.

Elle concerne en effet chaque citoyen et il est impossible de laisser la main à des structures territoriales ou privées, même s'il importe de prendre en considération, dans la mise en œuvre d'une politique globale, des spécificités des régions françaises (en termes de risques, de carte sanitaire ou d'équilibre entre territoires) et l'importance du monde privé des établissements liés à la santé (laboratoires, pharmacies).

L'approche consultative est importante dans le système de santé, consultation depuis les usagers et leurs associations jusqu'aux professionnels, spécialistes, juristes, financiers, statisticiens qui assurent au pouvoir central un appui à la décision.

Par ailleurs, s'il existe un ministère de la Santé, celle-ci implique d'autres ministères (finances) et la santé publique se joue dans le cadre d'une concertation interministérielle. En effet, on a coutume de dire que la santé a un coût, pas simplement pour l'usager, mais pour la collectivité, le budget de la sécurité sociale, un coût qui doit être anticipé (vieillissement de la population, développement de certaines pathologies comme le diabète...).

Enfin, comme vu supra, le pouvoir politique (président de la République) intervient souvent dans ce domaine en faisant un point politique majeur, que l'on retrouve dans les campagnes électorales y compris avec des points d'ancrage sur des thématiques spécifiques (par exemple l'éducation nationale – lutte contre l'obésité, encouragement au sport...).

Répartition synthétique des décisionnaires publics



*ECDC : centre européen de prévention et de contrôle des maladies

**EMA : agence européenne des médicaments

2 L'ANCRAGE MINISTÉRIEL

a Le ministère chargé de la santé

Apparu dès 1920 par scission avec d'autres ministères, il s'est démarqué par un manque de stabilité en termes de positionnement au sein du gouvernement (un ministre de tutelle, une fusion avec un autre ministère, un rattachement à la sécurité sociale, un secrétariat d'État, un ministre délégué).

L'importance que revêt la politique publique de santé impose de positionner cette dernière sous la direction d'un ministre de plein exercice.

L'organisation du ministère actuel se présente comme suit :

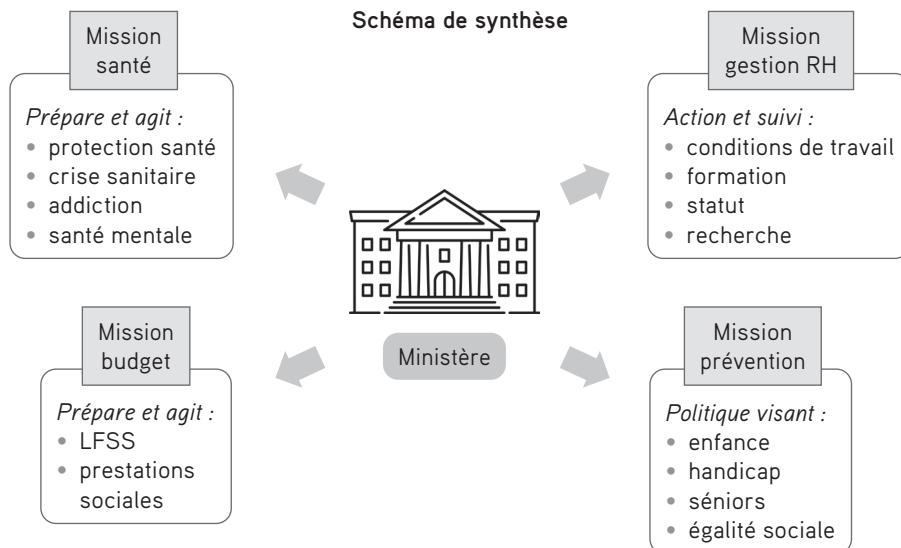
- Le ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités (terminologie actuelle) prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines du travail, de l'emploi, de l'insertion professionnelle et économique, de l'apprentissage, de la formation professionnelle, du dialogue social et de

la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, de la santé publique et de l'organisation du système de santé, de la solidarité, de la cohésion sociale, de la famille, de la parentalité et de l'enfance, notamment de l'accueil de la petite enfance et de la protection de l'enfance, de l'autonomie et du handicap.

- Il conduit, sous réserve des compétences du ministre de l'Économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, la politique du gouvernement dans le domaine de la protection sociale.

À ce titre ses missions sont denses et variées ; principalement :

- Au plan purement santé publique, il prépare et met en œuvre la politique du gouvernement en matière de promotion de la santé, de prévention, d'organisation et d'accès aux soins. Il élabore et met en œuvre, les règles relatives à la politique de protection de la santé et la politique de lutte contre les inégalités de santé dès le plus jeune âge. En lien avec les autres ministres compétents, il organise et assure la préparation et la gestion des crises sanitaires. Il est compétent en matière de lutte contre les conduites addictives. Il définit et met en œuvre la politique en matière de santé mentale.
- Au plan de la gestion des personnels, il prépare et met en œuvre les règles relatives aux conditions de travail. Il est compétent pour la formation professionnelle des jeunes et des adultes. Il est compétent en matière de fonction publique hospitalière, de professions médicales, paramédicales et sociales. Il participe, avec les autres ministres compétents, à l'action du gouvernement en matière de recherche.
- Au plan budgétaire, il prépare et met en œuvre les règles relatives aux prestations sociales. Il est chargé de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale et du suivi de son exécution.
- Au plan prévention et appui aux populations, il prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement relative à la famille, à l'enfance, notamment la petite enfance, aux personnes âgées et à la perte d'autonomie. Il prépare, anime et coordonne les politiques conduites par l'État en direction des personnes en situation de handicap et en faveur du développement de l'accessibilité et des proches aidants. Il prépare et met en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre la pauvreté, en lien avec les autres ministres concernés. Il prépare les travaux du comité interministériel de lutte contre les exclusions et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.



Deux directions ont une importance particulière en matière de politique de santé :

b) La direction générale de la santé (DGS)

Elle est composée de plusieurs sous directions (4), chacune assurant une mission essentielle ainsi qu'un centre de crise.

► *Un centre de crise sanitaire* qui est chargé de coordonner l'organisation et la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires, leur anticipation, et le cas échéant à leur prévention, ainsi qu'à la protection de la population contre ces dernières.

Il élabore la politique de prévention, de surveillance et de gestion des risques liés aux maladies et agents pathogènes émergents et ré-émergents, y compris les risques infectieux associés aux soins, ainsi que la politique de préparation et de gestion des urgences sanitaires. Il élabore ou participe à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires dans ces domaines.

► *Une sous-direction de la santé de la population et de la prévention des maladies chroniques* qui élabore et conduit la stratégie des politiques publiques dans ces domaines et participe à l'élaboration et au suivi des actions et des textes européens et internationaux. Elle s'appuie pour ces missions, sur les diagnostics des agences régionales de santé (ARS) auxquelles elle apporte en retour son appui pour la mise en œuvre des stratégies, plans et programmes.

- *Une sous-direction de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins* qui contribue à l'élaboration de textes visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques et des soins, des politiques relatives aux recherches biomédicales, aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code la santé publique et aux médicaments vétérinaires. Elle met en œuvre les dispositions relatives à la transparence des liens d'intérêt dans le domaine des produits de santé.
- *Une sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation* qui conduit la politique de prévention des risques sanitaires liés aux milieux de vie et à l'alimentation et contribue à la gestion de ces risques. Elle participe à la mise en place et à la gestion des systèmes d'information nécessaires au pilotage de cette politique.
- *Une sous-direction à l'appui du pilotage des ressources* qui conçoit, pilote et met en œuvre les politiques transversales d'appui au pilotage de la direction générale visant à lui fournir les ressources nécessaires à ses interventions et à son fonctionnement.

c La direction générale de l'offre de soins (DGO)

Elle se compose de cinq sous-directions, d'un pôle, de deux départements et d'un cabinet. De manière synthétique les structures les plus importantes sont :

- *La sous-direction de l'accès aux soins et du 1^{er} recours* suit la couverture des besoins par territoire, garantit la permanence des soins et organise les prises en charge de proximité, en établissement de santé comme en ville.
- *La sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital* assure l'équité, la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé et développe des parcours de soins ouverts aux secteurs libéral et médico-social.
- *Le pôle de la recherche et de l'accès à l'innovation* pilote l'organisation et le financement de la recherche appliquée en santé et l'accès aux traitements innovants, notamment pour les patients atteints d'une maladie rare.
- Les autres sous-directions visent la RH, la recherche et la performance des services, les statistiques et le numérique.

3 LES SERVICES ET AGENCES RATTACHÉS À LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ ET AU MINISTÈRE

L'administration génère un certain nombre d'instances de supervision ou de corps d'inspection.

- *L'IGAS (inspection générale des affaires sociales)*, créée en 1967, assure les missions d'inspection et de contrôle, d'évaluation des politiques publiques (donc également de santé), d'audit interne.

Son rôle n'est pas de sanctionner les errements ou dérives par rapport à une politique de Santé mais surtout de jouer un rôle d'analyse, d'interface, de suggestion auprès du pouvoir central suite à des audits qu'elle mène sur des services publics liés à la santé ou au social. Entre 50 et 200 missions par an sont confiées à cet organisme. L'IGAS est composée d'auditeurs, d'inspecteurs qui travaillent sur un programme pré-défini.

- *L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*, créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est un établissement public administratif de près de 1000 agents. L'ANSM est chargée d'assurer la sécurité des usagers et de la population en général par rapport à la circulation de produits de santé sur le territoire national.

C'est ainsi que toutes les activités liées à aux listes de produits qu'elle suit peuvent engendrer son intervention que l'on soit en mode essais, préparation, fabrication, conservation, exportation... Elle mesure régulièrement l'évolution du rapport bénéfice/risque des médicaments commercialisés. Elle assure l'encadrement de la publicité sur les médicaments et gère les informations du public. Elle peut d'ailleurs être saisie par des associations de consommateurs.

Au plan juridique, elle dispose d'un pouvoir de police par rapport à la réglementation sur les produits de santé (étiquetage, suivi des mises sur le marché, suspension des ventes).

- *L'agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation et de l'environnement (ANSES)*, créée en 2010, contribue principalement à assurer la sécurité sanitaire humaine, celle des végétaux et celle des animaux. Elle exerce des missions relatives aux médicaments vétérinaires. Elle appréhende de manière assez complète, les expositions auxquelles l'Homme peut être soumis, à son domicile, sur son lieu de travail, lors de ses loisirs...

Dans sa mission d'anticipation, elle réalise des évaluations de risques qu'elle transmet aux autorités compétentes. Cette mission permet à ces autorités de prendre des décisions (législatives, réglementaires) en connaissance de cause. Elle peut d'ailleurs proposer aux autorités compétentes toute mesure de nature à préserver la santé publique et, lorsque celle-ci est

menacée par un danger grave, leur recommander les mesures de polices sanitaires nécessaires. Elle définit, met en œuvre et finance des programmes de recherche scientifique et technique.

L'ANSES assure donc des missions de veille, d'alerte, de vigilance et de référence essentielles en matière de santé publique.

- *L'agence de la biomédecine* est une agence publique nationale de l'État créée par la loi de bioéthique de 2004. Elle exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

En cela, par exemple, c'est l'ABM qui délivre les autorisations pour les recherches in vitro sur l'embryon et les cellules embryonnaires et pour la conservation de cellules souches embryonnaires à des fins de recherches ; c'est également elle qui gère le Registre France Greffe de Moelle, registre national des volontaires au don de moelle osseuse ; c'est encore elle qui suit, évalue et contrôle les activités thérapeutiques et biologiques relevant de ses compétences et veille à leur transparence ou qui agrée les praticiens réalisant de l'assistance médicale à la procréation, du diagnostic prénatal et du diagnostic préimplantatoire, des examens des caractéristiques génétiques.

- *L'agence nationale de santé publique, dite Santé publique France* est un établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, créée le 27 avril 2016 intégrée dans la loi de modernisation du système de santé.

Par la veille et la surveillance épidémiologique, l'agence anticipe et alerte. Ancrée dans les territoires, elle mesure l'état de santé et déploie ses dispositifs au plus près des publics. En tant qu'agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire, elle a donc en charge :

- l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;
- le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ;
- le lancement de l'alerte sanitaire.

4 LES AUTRES INTERVENANTS ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES

D'autres établissements publics à caractère administratif méritent d'être cités.

- *L'établissement français du sang (EFS)* permet chaque année de pourvoir aux besoins d'un million de malades. Sa mission première, qui est une mission de service public, consiste à assurer l'autosuffisance de la France en produits sanguins dans des conditions de sécurité et de qualité optimales. C'est ainsi que l'EFS gère les activités de collecte, de préparation, de qualification, de distribution des produits sanguins labiles, et fournit plus de 1900 établissements de santé (hôpitaux et cliniques) partout en France. L'EFS a le monopole, depuis 2000, de la transfusion sanguine qui comprend le don de sang, le don de plasma et le don de plaquettes.
- *L'agence technique de l'information et de l'hospitalisation* est chargée de collecter et diffuser les informations médicales, les informations sur les coûts, la qualité des soins, les informations financières, médico-sociale... elles sont souvent disponibles sur une plateforme d'information ouverte au public.
- *L'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)* est un établissement public qui a pour mission d'organiser le dispositif **d'indemnisation amiable**, rapide et gratuit des victimes d'accidents médicaux fautifs (en cas de défaillance de l'assurance) et non fautifs, sans passer par une procédure en justice. Il s'agit pour l'essentiel de dommages occasionnés par un accident médical ou des dommages imputables à une activité de recherche biomédicale, une affection iatrogène (ou effet secondaire lié à un traitement médical) ou une infection nosocomiale (ou infection contractée dans un établissement de santé). L'ONIAM s'appuie également sur les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI). ➔ **CF. FICHE A7**
- *L'école des hautes études en santé publique*, créée par la loi de santé publique d'août 2004, est un établissement public exerçant ainsi une double mission de formation et de recherche en santé publique et action sociale. Elle assure la formation de personnels de direction, gestion, inspection des domaines sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Elle assure un enseignement supérieur en santé publique et contribue à la recherche et développe les échanges internationaux dans le domaine de ses compétences.
- *L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)*, créé en 1964, est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche. Dédié à la recherche biologique, médicale et à la santé humaine, il se positionne sur l'ensemble du parcours allant du laboratoire de recherche au lit du patient.

- *L'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a été créé par la loi du 9 mai 2001 et est devenu l'expert public en matière de recherche et d'expertise sur les risques nucléaires et radiologiques. C'est un établissement public à caractère industriel et commercial qui assure son expertise dans la surveillance radiologique de l'environnement, la radioprotection de l'homme, la prévention des accidents majeurs dans les installations nucléaires, la sûreté des réacteurs, la sûreté des usines, des laboratoires, des transports et des déchets, l'expertise nucléaire de défense.*

5 AUTRES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS ÉGALEMENT RATTACHÉS À LA SANTÉ PUBLIQUE

- *L'Institut national du cancer (INC) est un groupement d'intérêt public créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, pour coordonner les actions de lutte contre le cancer. Il rassemble l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France autour d'une double ambition : contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. L'Institut National du Cancer (INC) agit pour mieux prévenir les cancers, les diagnostiquer au plus tôt, garantir à tous une égalité d'accès aux meilleurs soins dans un principe d'équité des usagers du système de santé, apporter l'information adaptée aux populations et professionnels.*
 - *L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé médico-sociaux (ANAP), comme son nom l'indique, aide les établissements à ambitionner la meilleure performance possible en termes de qualité de soins, d'accueil, de suivi des usagers.*
 - *La haute autorité de santé (HAS), créée en 2004 (loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), affiche un rôle très important car en charge de définir et de mesurer les paramètres de la qualité du système de santé dans toutes ses composantes. Elle est indépendante en particulier vis-à-vis du ministre de tutelle (santé) qui ne peut lui donner d'instructions ni la contrôler. Elle évalue les médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels en vue de leur remboursement. Elle joue un rôle de conseil en recommandant les bonnes pratiques professionnelles ou en élaborant des recommandations vaccinales et de santé publique. Elle mesure pour améliorer la qualité dans les hôpitaux, cliniques, en médecine de ville, et dans les structures sociales et médico-sociales.*
- La HAS est dirigée par un collège de huit membres nommés par des institutions de la République (président de la République, du Sénat) et fonctionne via des commissions dont par exemple la commission d'évaluation des médicaments, celles relatives aux bonnes pratiques.

En fin de compte, elle travaille aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclaire la décision, avec les professionnels pour optimiser leurs pratiques et organisations, et au bénéfice des usagers dont elle renforce la capacité à faire leurs choix.

- *Le comité consultatif national d'éthique (CCNE)* est créé par un décret de 1983 et institué par le CSP (R. 1412-1 et suivants). Il émerge après la naissance par fécondation in vitro du premier bébé français. Il a dès lors pour mission de donner des avis sur les problèmes éthiques et questions de société soulevés par les progrès médicaux (recherche sur le génome, neurosciences, procréation) y compris en lien avec l'environnement ou l'Intelligence Artificielle qui progresse rapidement dans le milieu de la santé publique.

On y retrouve des personnes qualifiées, des personnalités du monde philosophique ou spirituel, des représentants de la population et des associations d'usagers... Cette institution est donc censée avoir une représentation la plus large possible de la société française.

Cette CCNE organise des débats publics relatifs aux problèmes éthiques et aux questions de société. Les comités éthiques locaux qui sont intégrés dans les établissements publics de santé participent aussi à cette mission notamment afin de mobiliser autour du débat public avec les prises de positions des usagers.

La CCNE peut également publier des recommandations

- *Les comités de protection des personnes et la commission nationale des recherches impliquant la personne humaine* exercent leur mission en toute indépendance. L'idée déjà ancienne (1988) est que tout projet de recherche impliquant la personne humaine doit être soumis à l'avis d'un comité désigné par le CPPCNR.
 - *Les Comités de Protection des Personnes (CPP)* sont chargés d'émettre un avis préalable sur les conditions de validité de toute recherche impliquant la personne humaine, tout essai ou expérimentation organisé et pratiqué sur l'être humain, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales (L. 1123-7 CSP). Les comités s'assurent notamment que la protection des participants à la recherche impliquant la personne humaine est assurée (information préalable, recueil du consentement, période d'exclusion, délai de réflexion...), que la recherche est pertinente, que l'évaluation du rapport bénéfice/risque est satisfaisant. Les CPP sont également sollicités dans le cadre de création de collections d'échantillons biologiques ou d'utilisation de produits du corps humain à finalité scientifique (L. 1243-3, L. 1121-1 à L. 1126-11 CSP).

- Quant à la *commission nationale des recherches impliquant la personne humaine*, créée par la loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, a pour fonction de coordonner, harmoniser et évaluer les pratiques des comités de protection des personnes qui se prononcent sur les recherches impliquant la personne humaine (L. 1121-1 du CSP).

⚠ NB : La loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 introduit la notion de « recherche impliquant la personne humaine », qui remplace le terme de « recherche biomédicale ».

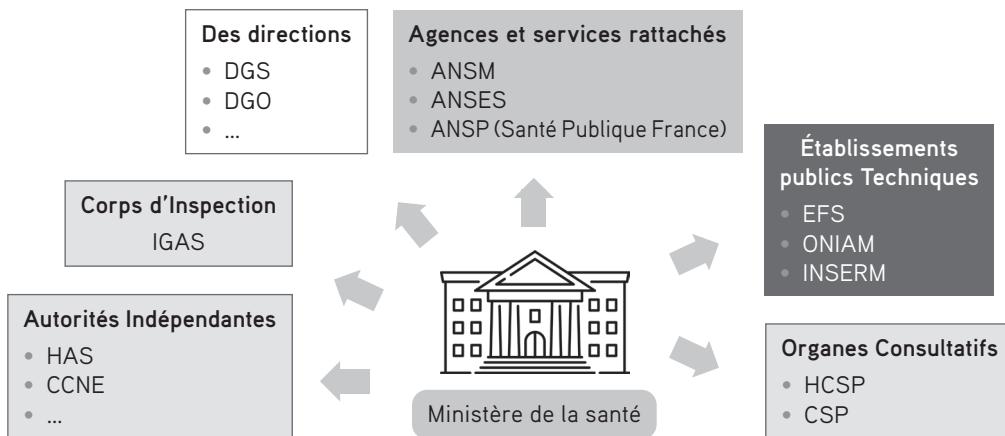
6 LES ORGANES CONSULTATIFS

- Le *haut conseil de la santé publique* est une instance de conception assez ancienne (1902), véritablement créé via la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a modifié les missions du HCSP (L. 1411-4 du CSP). Il se compose d'un collège de membres de droit, des commissions spécialisées (cinq, par exemple sur les maladies infectieuses, la santé des enfants et des jeunes), des groupes de travail permanents (par exemple les maladies émergentes ou la sécurité sanitaire eau). Il dispose d'une large compétence en santé publique en contribuant à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie Nationale de Santé ; Il fournit aux pouvoirs publics 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. Étant un organisme de conseil, il fournit aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique. Il contribue à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant. Il peut être consulté par les ministres, par les présidents des commissions compétentes du Parlement, sur toute question.
- La conférence nationale de santé* qui, aux termes du CSP (L. 1411-3), est un organe consultatif, est placée auprès du ministre de la Santé pour permettre la concertation sur les questions de santé. Sorte de collectif de 97 membres, elle est consultée et donne des avis en vue « *d'améliorer le système de santé* ». Elle s'appuie en particulier sur les rapports des conférences régionales de la santé et de l'autonomie. Ainsi, la CNS formule des avis sur l'élaboration de la stratégie nationale de santé, élabore chaque année un rapport sur les droits des usagers élargi au médico-social avec focus sur l'égal accès aux soins et la qualité de la prise en charge. Elle contribue enfin à l'organisation de débats publics en santé.

► Le conseil national de la santé mentale est installé en 2016 pour répondre à la priorité donnée à cette problématique, priorité réaffirmée dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui définit plus précisément la politique de santé mentale et prévoit sa déclinaison territoriale au sein de projets territoriaux de santé mentale.

Cette instance va permettre de mettre en œuvre une stratégie globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques et mieux prendre en charge et accompagner ceux qui en souffrent. Le conseil national de santé mentale veille à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.)

Organigramme simplifié de la santé publique



JEU DE PISTE

VRAI OU FAUX ?

1. IRSN signifie : Institut de Radiologie et de Sécurité Nationale ?
 Vrai Faux
2. La Santé a une approche interministérielle ?
 Vrai Faux
3. Le pilotage de la santé en région s'effectue via l'ARS.
 Vrai Faux
4. L'ONIAM est un organisme qui peut intervenir dans le règlement amiable des accidents médicaux.
 Vrai Faux

Réponses p. 483

LES STRUCTURES TERRITORIALISÉES DE SANTÉ PUBLIQUE

1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Après la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a poursuivi la structuration de l'organisation du système de santé, en particulier les échelons régionaux et territoriaux.

Cette loi de modernisation du système de santé affirme à nouveau la promotion de la démocratie sanitaire, c'est-à-dire permettre que la politique de santé soit construite par des acteurs du système de santé dont, en particulier, les usagers et ainsi leurs représentants. Malgré la possibilité, théorique, des usagers de participer pleinement à ces structurations, ce sont surtout les professionnels qui assurent pleinement cette mission, laquelle leur est d'ailleurs confiée. Les usagers et leurs représentants restent encore éloignés ou trop peu présents dans l'analyse, le chiffrage, la répercussion des besoins de la population. La politique territoriale de santé peut apparaître différente selon les auteurs de sa construction, les acteurs qui la jouent et les territoires qui la composent. Cette multiplicité de strates et d'intervenants ne joue pas toujours en faveur de la lisibilité de la politique territoriale de santé, en particulier pour les usagers.

Il existe bel et bien une administration déconcentrée de la Santé dans laquelle les préfets, qui disposent d'une part de responsabilité en la matière, se coordonnent avec les ARS (agences régionales de santé) qui sont, elles, devenues l'échelon majeur de la représentation de la politique nationale de santé publique au niveau du territoire de la région.

Outre ce couple (préfet/directeur de l'ARS), dispensant au niveau local une politique de santé nationale, viennent se fixer d'autres structures territoriales, rattachées à l'échelon départemental ou régional. Cet ensemble territorial en matière de santé joue à la fois sur une scène déconcentrée et sur une scène décentralisée.

2 L'ADMINISTRATION DÉCONCENTRÉE, LES PRÉFETS

Le préfet de région qui disposait d'importantes compétences dans le domaine sanitaire les a vues diminuer en 1996 au profit de l'agence régionale de l'hospitalisation, devenue ARS et dont le directeur s'est trouvé investi d'une compétence générale pour la politique de santé et l'administration sanitaire dans la région (loi HPST).

Cependant, si le rôle des préfets s'est amoindri, leur zone de compétence et de responsabilité est restée importante. En effet, le directeur général de l'ARS se doit de collaborer avec le préfet, ce dernier restant en effet le représentant de chaque ministre et donc du gouvernement en région (décret du 29 avril 2004 « *le préfet est assisté du directeur général de l'ARS* ») et non l'inverse. Ce préfet vient présider le conseil de surveillance de l'ARS (L. 1432-3 CSP), il est consulté sur la détermination des territoires de démocratie sanitaire. Par ailleurs, le préfet de région établit des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et conserve ses pouvoirs d'autorisation et de contrôles envers certains établissements. En outre, le directeur de l'ARS informe les préfets de tout évènement sanitaire présentant un risque pour la santé publique ou de trouble à l'ordre public.

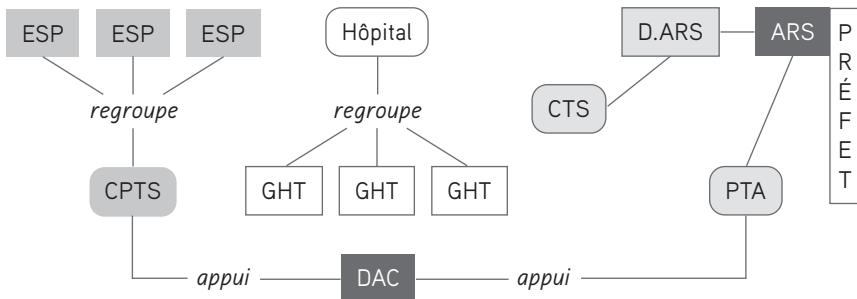
Le préfet de département, quant à lui, co-préside (avec le directeur de l'ARS) le comité départemental de l'aide médicale d'urgence, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il dispose aussi de la possibilité de réquisitionner, au besoin, des médecins libéraux.

Le préfet de département est autorité de police, et en charge, comme le veut la Loi, de la garantie de la salubrité publique ; à ce titre il dispose du pouvoir de décision pour l'établissement ou le rétablissement de l'ordre public au point de vue sanitaire. Le préfet peut, par exemple, en matière sanitaire décider de l'insalubrité d'immeubles, autoriser le fonctionnement d'ICPE (installations classées protection de l'environnement), hospitaliser en psychiatrie des personnes sans leur consentement, procéder à des confinements sanitaires...

Il préside la commission départementale compétente en matière d'environnement de risques sanitaires et technologiques (CSP L. 1416-1) et dispose de la direction départementale de la cohésion sociale et de protection des populations.

Il peut, lorsque l'urgence l'exige, suspendre la poursuite de l'activité d'un médecin, d'une sage-femme, d'un infirmier, sans aval du conseil de l'ordre (L. 4113-14 CSP).

Organisation territoriale de la démocratie en santé



3 LES ARS

La loi HPST du 22 juillet 2009 crée les ARS (officiellement en 2010) qui viennent remplacer les ARH et ont recueilli nombre de compétences dans des domaines très variés.

Les ARS, une par région, sont pilotées par un conseil national dans l'idée de faire collaborer au plus haut niveau des acteurs différents dans le domaine commun de la santé. Toutefois, même agissant au nom de l'État, ce conseil national n'est pas une instance de décision en matière de politique de santé. Sur un plan juridique, il est un EPA (établissement public administratif) sous tutelle du ministre de la santé avec une agence par région. De fait, il donne des directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé, valide des objectifs, évalue l'action des ARS...

Ces dernières, ces ARS, dans un souci de simplification, disposent d'une vision globale dans la région, de tous les soins hospitaliers ou ambulatoires, les services offerts aux personnes âgées ou handicapées, le secteur médical et médico-social, la prévention, la veille sanitaire... Elles ne sont pas indépendantes mais sous contrôle étroit de l'État et de leur conseil national ainsi que du pouvoir politique en place. Un contrat pluriannuel d'objectif est d'ailleurs signé entre les directeurs des ARS et les pouvoirs publics étatiques.

Sur un plan structurel et organisationnel, les personnels des ARS sont d'origine très variable : on y retrouve des agents de droit public ou de droit privé régis par des conventions collectives. Chaque ARS est dirigée par un conseil de surveillance de 25 membres, réuni au moins deux fois par an, dans lequel on y trouve des représentants : de l'État, des organismes locaux d'assurance maladie, des associations représentatives d'usagers, des collectivités territoriales et des personnes qualifiées. Leur directeur général est le véritable pilote détenant des pouvoirs importants tels que arrêter le projet régional de santé, délivrer les autorisations d'établissements de santé, les licences d'ouverture des pharmacies...