

Université Panthéon-Assas

**École doctorale Georges Vedel. Droit public interne,
science administrative et science politique (ED 7)**

Thèse de doctorat en droit public

soutenue le 12 novembre 2012

Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé



Université Panthéon-Assas

Pierre-Henri BRÉCHAT

Sous la direction de Monsieur Michel BORGETTO, Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas)

Membres du jury :

Monsieur Jacques CHEVALLIER, Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas)

Madame Maryse DEGUERGUE, Professeur à l'Université Paris 1 (Panthéon-Sorbonne)

Madame Geneviève KOUBI, Professeur à l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis)

Monsieur Didier TABUTEAU, Conseiller d'État, Professeur associé à l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

A mon épouse

A mes parents, à mes frères, à mes grands-parents et à tous les miens

A mes beaux-parents, à ma belle sœur, mon beau-frère et à leurs enfants, à André, à Marie et à tous les leurs

A tous les nôtres et à tous les Autres

Ces travaux n'auraient pu être menés sans l'engagement passionné et les aides indispensables du Docteur Nathalie Bréchat. Qu'elle trouve ici un témoignage de mon admiration.

Nous tenons également à remercier :

- Monsieur le Professeur Michel Borgetto, Madame le Professeur Geneviève Koubi et l'équipe du Centre d'Études et de Recherches de Sciences Administratives et politiques (CERSA), UMR 7106, de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), pour leurs conseils précieux et la confiance sans faille qui ont rendu possible à la fois l'entreprise et l'achèvement de cette recherche,
- Monsieur Didier Tabuteau et Madame le Professeur Anne Laude de l'Institut Droit et Santé (IDS) de l'Université Paris 5 (Descartes Paris), du Département des Politiques de Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, pour m'avoir soutenu dans cette recherche,
- Monsieur le Professeur Olivier Guillod de l'Institut de Droit de la Santé (IDS) de l'Université de Neuchâtel, pour ses aides en droit comparé de la santé,
- Messieurs les Professeurs Antoine Flahault et Alain Jourdain de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) pour l'intervention aux « lundi de l'EHESP », ainsi que pour les enseignements de l'Unité d'Enseignement « régulation, aide à la décision, planification » et les recherches en planification de la santé, que j'ai pu mener,
- Monsieur Didier Tabuteau et Monsieur le Professeur Antoine Flahault pour les séminaires « prospective santé 2020 », auxquels je participe,
- Sir J.A. Muir Gray, directeur du service national des connaissances (National Knowledge Service) du National Health Service (NHS), système de santé public du Royaume-Uni, pour m'avoir aidé à saisir les enjeux des systèmes de santé, mais aussi à conceptualiser et schématiser,
- Monsieur Christian Nicolas, Directeur du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) et Madame Frédérique Lecocq, qui ont favorisé mes mobilités à la Policlinique Baudelaire-Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP puis au Centre Cochrane Français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'APHP, et avoir ainsi soutenu cette recherche,
- Monsieur le Professeur Jacques Lebas qui m'a accueilli à la Policlinique Baudelaire-PASS pour y faire des consultations et réaliser des recherches sur la PASS,
- Monsieur le Professeur Philippe Ravaud qui m'a accueilli au Centre Cochrane Français, pour ses réunions de services et pour m'avoir donné des éléments qui ont été utiles à cette recherche,

- Monsieur le Docteur Didier Castiel, économiste de la santé de l'Unité de Formation et de la Recherche Santé, Médecine et Biologie Humaine (SMBH) de l'Université Paris 13 (Paris-Nord), pour nos recherches sur le concept d'handicap social,
 - Mesdames les Professeurs Francine Demichel et Hélène Gaumont-Prat ainsi que Monsieur le Professeur Patrick Aeberhard du laboratoire droit médical et de la santé, équipe d'accueil-1581, de l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis), pour nos recherches sur les droits de l'homme,
 - Monsieur Christian Magnin-Feysot, président de l'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, Associations sanitaires et Hôpitaux de Franche-Comté (ARUCAH), et Madame Odile Jeunet, Présidente de la Maison Régionale de Santé Publique de Franche-Comté (MRSPFC), pour nos recherches sur les priorités de santé des citoyens,
 - Messieurs les Professeurs Pierre-Gerlier Forest, Jean-Claude Henrard, Jean Lonsdorfer, Pierre Pfitzenmeyer[†], Didier Sicard, Alfred Spira et Alain-Jacques Valleron ; Madame le Professeur Claudine Blum-Boisgard ; Messieurs les Docteurs Bernard Basset, Henri Bergeron, François Bourdillon, Pascal Chevit, René Demeulemeester, Gilles Duhamel, Arnaud Fouchard, Alain Lopez, François Piednoir, Frédéric Pierru, Patrice Randot, François-Xavier Schweyer ; Mesdames les Docteurs Joëlle Le Moal et Emmanuelle Salines ; Messieurs Christian Bonal, Pierre-Louis Bras et Etienne Grass ; Mesdames Marie Lajoux, Anne Saint-Laurent et Marie-Hélène Scapin, pour m'avoir aidé, guidé et soutenu toutes ces années.
- Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance.

« L'observation des lois, la conservation de la liberté et l'amour de la patrie, sont les sources fécondes de toutes grandes choses et de toutes belles actions. Là se trouvent le bonheur des peuples, et la véritable illustration des princes qui les gouvernent. Là l'obéissance est glorieuse, et le commandement auguste ».

Denis DIDEROT, Diderot et d'Alembert : L'encyclopédie, 1751

« [...] Nos institutions, nos lois, nos mœurs, toutes nos valeurs, se fondent sur les sentiments innés de justice. Ils existent et se manifestent en tous les hommes. Mais les organisations humaines demeurent impuissantes si ces sentiments ne s'appuient et ne s'équilibrent sur la responsabilité des communautés. Je dois réveiller et soutenir ce sentiment de responsabilité morale, c'est un devoir face à la société [...]. La personnalité créatrice doit penser et juger par elle-même car le progrès moral de la société dépend exclusivement de son indépendance [...]. Je définis une société saine par cette double liaison. Elle n'existe que par des êtres indépendants mais profondément unis au groupe ».

Albert EINSTEIN, Comment je vois le monde, 1934

« L'essence du corps politique est dans l'accord de l'obéissance et de la liberté et [...] ces mots de sujet et de souverain sont des corrélations identiques dont l'idée se réunit sous le seul mot de citoyen »

Jean-Jacques ROUSSEAU, Du contrat social, 1762

Résumé : La recomposition des politiques de santé publique est, depuis quelques années, recentrée autour de la notion de « territoire pertinent ». Les expériences menées depuis 1991 en matière de planification sanitaire et sociale ont conduit les pouvoirs publics à évoquer différents « territoires de santé », permettant de cerner les périmètres dans lesquels l'État tente de mailler des offres de soins et de santé, en fonction des besoins de la population et des priorités nationales ou régionales. Au-delà du constat sur les inégalités entre les territoires, certaines problématiques relatives à l'accès aux soins et à la santé semblent devoir interférer. La loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dessine, suivant une redéfinition des missions de service public, de nouveaux modèles qui imposent une réflexion sur ces inégalités et sur les inégalités qui en dérivent. Il existe une superposition des lieux et des formes d'inégalité qui invite à repenser les variations discursives entre maintien du service public et développement de services au public. Des propositions sont faites pour améliorer l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout et pour que les principes de solidarité et de fraternité ne soient plus remis en cause. L'ensemble de ces propositions peut permettre de redonner un service public pour remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, comme la réduction des inégalités. Ces travaux relatifs à un territoire de santé publique garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé et mettant au cœur de la problématique les droits des patients, constituent une illustration de la territorialisation des politiques de santé, étant entendu que la dynamique de la territorialisation concerne l'ensemble des politiques publiques.

Descripteurs : territoire de santé publique ; déterminants de la santé ; continuité des soins ; continuité de la santé ; égalité d'accès aux soins et à la santé ; solidarité ; fraternité ; service public ; organisation et planification de la santé ; agence régionale de santé ; droit de la santé ; santé publique.

Summary: The recomposition of public health policies has, for some years now, recentred around a notion of « relevant territory ». Experiments conducted since 1991 in the field of health and social planning have led public authorities to suggest a range of « health territories ». This notion allows identification of the perimeters within which the state attempts to knit together care and health offers in line with the needs of the population as well as with national or regional priorities. Beyond the fact of inequalities between territories, certain issues relating to access to care and health seem destined to get in the way. The French law of 2009 on reforming hospitals and concerning patients, health care and territories, sets out new models, in accordance with a redefinition of public service missions, which demand reflection on these inequalities as well as on those inequalities derived therefrom. There is a layering of places and forms of inequality which invites a rethink of the discursive variations between the maintenance of public service and the development of services for every section of the public. Proposals are made to improve equality of access to care and health for everyone, everywhere, so that principles of solidarity and fraternity no longer be called into question. This set of proposals could allow a return to a public service, effectively addressing such 21st century challenges as the reduction of inequalities. With the patient rights issue at its heart, this work on public health territory guarantees equality of access to care and health, illustrating the territorialisation of health policy. This means, of course, that the territorialisation dynamic concerns all public policy.

Descriptors: public health territory; health determinants; continuity of care; continuity of health; equality of access to care and health; solidarity; fraternity; public utilities ; health organisation and planning; regional health agency; right to health; public health.

Principales abréviations

ALT	Aide au Logement Temporaire
AME	Aide Médicale de l'État
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Aigu
CAP	Centre d'Attention Primaire
CAR	Comité de l'Administration Régionale
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CHRS	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT	Communautés Hospitalières de Territoires
CIADT	Comité Interministériel pour l'Aménagement et le Développement du Territoire
CLS	Contrat Local de Santé
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS	Conférence Régionale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CSPP	Centre de Santé Primaire Polyvalent
DATAR	Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale et Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EIRHESP	École InterRégionale des Hautes Études en Santé Publique
EN3S	École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
ERHESP	École Régionale des Hautes Études en Santé Publique
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique et Haut Conseil de la Santé Publique

HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
NHS	National Health Service
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORDAM	Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie
OTDAM	Objectif Territorial des Dépenses d'Assurance Maladie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PHISP	Pharmacien Inspecteur de la Santé Publique
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PNS	Programme National de Santé
PRS	Programme Régional de Santé et Projet Régional de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTS	Programme Territorial de Santé
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SDCI	Schéma Départemental de Coopération Intercommunale
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP	Schéma Régional de Prévention
T2A	Tarifification A l'Activité
TASS	Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Sommaire

Introduction	15
Paragraphe 1 : Les difficultés de la recherche	19
Paragraphe 2 : L'intérêt de la recherche	23
Partie 1 : Des territoires de santé générateurs d'inégalités.....	33
Sous partie 1 : LA PLANIFICATION DE LA SANTE ET LA NOTION DE « TERRITOIRE PERTINENT »	37
Chapitre 1 : LA PLANIFICATION DE LA SANTE.....	38
Section 1 : La planification de la santé, outil stratégique de mise en œuvre de la politique de santé.....	38
Section 2 : L'impact de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	55
Chapitre 2 : L'EMERGENCE D'UN TERRITOIRE PERTINENT.....	70
Section 1 : L'essor du territoire.....	70
Section 2 : Le développement de la territorialisation.....	96
Sous partie 2 : L'AGGRAVATION DES INEGALITES DE SANTE	110
Chapitre 1 : L'INTENSIFICATION DES INEGALITES DANS L'ACCES AUX SOINS ET AU CONTINUUM.....	112
Section 1 : L'aggravation des inégalités d'accès aux soins	113
Paragraphe 1 : Un secteur ambulatoire en devenir.....	113
Paragraphe 2 : Un secteur hospitalier aux effets indésirables non corrigés	124
Paragraphe 3 : Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé trop fragiles	132
Section 2 : L'augmentation des inégalités d'accès au continuum	140
Paragraphe 1 : Une prévention pas pour tous	141
Paragraphe 2 : Un secteur médico-social et social en déconstruction	151
Paragraphe 3 : Des réseaux en pointillés.....	164
Chapitre 2 : LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC FACE A LA RECRUDESCENCE DES INEGALITES.....	167
Section 1 : Les déterminants de la santé et l'amplification des inégalités	167
Paragraphe 1 : Une mise en œuvre problématique.....	168
Paragraphe 2 : L'essor paradoxal du phénomène de renoncement aux soins et à la santé	173
Paragraphe 3 : Des inégalités d'accès à l'information et des inégalités intergénérationnelles d'accès aux soins et à la santé	178

Section 2 : La libéralisation du service public de santé et l'accroissement des inégalités.....	183
Paragraphe 1 : Les fragmentations du service public de santé.....	183
A : Le service public hospitalier en déshérence	185
B : La transposition problématique du modèle anglo-saxon.....	195
a : Le modèle des États-Unis d'Amérique	196
b : Les incertitudes sociales devant ces évolutions.....	201
Paragraphe 2 : Les principes républicains à l'épreuve des dispositifs de santé.....	205
A : Les principes.....	205
B : Les modèles	217
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	224
Partie 2: Vers un territoire de santé publique générateur d'égalité. 231	
Sous partie 1 : LA NECESSITE D'ORGANISER LE NIVEAU INFRA-REGIONAL	235
Chapitre 1 : L'ORGANISATION DU TERRITOIRE DE SANTE PUBLIQUE	236
Section 1 : Le territoire de santé publique en construction.....	236
Paragraphe 1 : Les contours.....	237
Paragraphe 2 : Les avantages	247
Section 2 : L'aménagement du territoire de santé publique.....	251
Paragraphe 1 : L'unité territoriale de santé publique	251
Paragraphe 2 : La direction du territoire de santé publique	271
Chapitre 2 : LA GARANTIE DE L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE	283
Section 1 : L'amélioration des services de santé et des services sociaux	286
Section 2 : L'amélioration du système de santé publique.....	292
Section 3 : La renationalisation	305
Paragraphe 1 : Le renforcement de la planification de la santé	306
Paragraphe 2 : La lutte contre la désertification médicale.....	319
Sous partie 2 : LA REORGANISATION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE ET MANAGERIALE	328
Chapitre 1 : LA REORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE	330
Section 1 : La réorganisation administrative	330
Section 2: La réorganisation financière.....	342
Chapitre 2 : LA REORGANISATION MANAGERIALE	367
Section 1 : La professionnalisation de haut niveau en santé publique.....	367

Section 2 : De nouveaux outils et de nouveaux services	378
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	389
Conclusion	393
Bibliographie	407
Table des annexes	479

Introduction

Le droit à la santé ne figure pas comme tel dans la convention européenne des droits de l'homme, mais il a été reconnu par la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), juridiction internationale compétente pour statuer sur des requêtes individuelles ou étatiques alléguant des violations des droits civils et politiques énoncés par la Convention européenne des droits de l'homme. La consécration du droit de la santé est l'œuvre prétorienne de la CEDH. Ce droit à la santé concerne la santé et le bien-être, notamment physique et mental, des prisonniers et des détenus, et impose l'obligation de faire à la fois des soins et de la prévention. D'autres populations pourraient bénéficier de ce droit dans l'avenir, car il y a des cas isolés de jurisprudence. Une série d'arrêts de la CEDH concerne par exemple l'environnement¹ et l'éducation². Il est ainsi possible de considérer que la CEDH a développé une conception uniforme internationale qui s'appuie sur l'ensemble des déterminants de la santé. Cette jurisprudence et cette conception de la CDEH ont été reprises par le comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies dans l'Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint des Nations Unies (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) [Annexe 1]³.

Si la protection de la santé doit passer par les droits de l'homme, l'égalité d'accès aux soins et à la santé au niveau des territoires est par contre laissée à l'appréciation des

¹ Par l'arrêt du 2 octobre 2010 dans l'affaire Hatton et autres c. Royaume-Uni (requête n°36022/97), la cour européenne des Droits de l'Homme a conclu à la violation de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale et du domicile) et à la violation de l'article 13 (droit à un recours effectif) pour le bruit occasionné par les vols de nuit à l'aéroport d'Heathrow.

² Par l'arrêt du 5 juin 2008 dans l'affaire Sampanis et autres c. Grèce (requête n°32526/05), la cour européenne des Droits de l'Homme a conclu à la violation de l'article 14 (interdiction de la discrimination) combiné avec l'article 2 du Protocole n°1 (droit à l'instruction) et à la violation de l'article 13 (droit à un recours effectif) pour la non-scolarisation des enfants des requérants, puis leur scolarisation dans des classes spéciales.

³ Disponible sur : <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.Fr> [consulté le 3 avril 2012].

États⁴. En France, cette appréciation doit pouvoir prendre aussi en compte le droit de la santé international⁵ ainsi qu'un droit de la santé pragmatique considérant les particularités des territoires.

Le principe d'égalité⁶ relève de l'article 1^{er} de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, qui rappelle que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits », ce qui est confirmé par l'article 6 qui signifie que la loi « est la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens étant égaux à ses yeux, sont également admissibles à tous dignités, places et emplois publics ». Il est à la source du principe de non-discrimination entre les individus, quels que soient leur origine ou leur sexe, etc. Le principe d'égalité est consacré par le Conseil constitutionnel et par le Conseil d'État. Il régit le fonctionnement du service public et est « la pierre angulaire de l'idéologie juridique du service public ». Le principe d'égalité n'est ni un principe absolu, étant toujours situé par rapport à un objet donné, ni un principe propre au droit du service public : il est considéré comme un principe général du droit reconnu par la jurisprudence administrative et il s'applique indépendamment de toute référence à un texte. Il permet d'affirmer l'existence d'un droit d'accès⁷ au service public pour tous, l'égalité d'accès au service public, ainsi que l'égalité des usagers⁸ dans les

⁴ G. MALINVERNI. *La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en droit de la santé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 3 mai 2012.

⁵ C. EVIN. La portée de la définition O.M.S. de la santé. *Revue Générale de Droit Médical* 1999 ; 1, p. 117-127.

⁶ G. J. GUGLIELMI, G. KOUBI. *Droit du service public*. Troisième édition. Paris : Montchrestien – Lextenso éditions, 2011, p. 553-566.

⁷ L'accessibilité du service public qui est une des composantes du principe d'égal accès des citoyens et des administrés au service public, « renvoie largement aux modes d'organisation des services publics sur l'ensemble du territoire », cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit du service public... (op. cit.)*, p. 558 et 677.

⁸ « Le service public ne connaît en effet que des usagers. L'utilisateur du service n'est pas un « client » de l'organisme prestataire ; il n'est pas un « acheteur » du bien ou du produit fourni par le biais de la prestation proposée ; il n'est pas un « consommateur » de la prestation qui lui est accordée et distribuée », cité dans G. KOUBI. La dégénérescence du service public : du service « au » public au service « rendu à la personne ». *Personnes publiques et personnes privées dans la gestion du service public. Intérêt général et intérêt du travailleur*. *Le Droit Ouvrier* 2008, p. 167.

« C'est un des principes énoncés dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dans le cadre de la réduction des inégalités de santé. On peut décliner plusieurs types d'accessibilités telles que l'accessibilité géographique (distance ou temps d'accès à un service d'urgence, etc.), l'accessibilité financière (que permet la CMU pour certains soins vis-à-vis de populations démunies) ou encore l'accessibilité culturelle (adaptation de l'offre aux spécificités linguistiques, religieuses, de minorités ethniques, etc.), cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble modernisons l'hôpital, dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. Quelle place pour l'établissement de santé dans l'organisation territoriale de l'offre de*

services publics, c'est à dire que dans tous les cas, les usagers qui remplissent les mêmes conditions ont droits aux mêmes prestations⁹. L'égal accès nécessite une adaptation territoriale du service public en fonction des besoins de la population et des particularités du territoire qui satisfasse aussi les principes de fonctionnement du service public d'adaptation et de continuité¹⁰.

L'accès aux soins, tant en ambulatoire qu'hospitalier, est garanti par la législation française¹¹ et il est favorisé par les réseaux de santé¹². Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, et peut y prendre avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé^{13,14}. Le service public hospitalier^{15,16} a pour obligation de garantir l'égalité d'accès aux soins « à toutes personnes dont l'état requiert leurs services », et sans « aucune discrimination entre les malades ».

Dans un souci de renforcer l'accès aux soins des plus démunis, la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, a imposé aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés assurant des missions de service public, la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Ces PASS

soins ? Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2007, p. 39.

⁹ Il y a également l'égalité des personnels et des fournisseurs des services publics, qui ne sera que mentionné dans cette recherche.

¹⁰ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit du service public... (op. cit.)*, p. 314.

¹¹ Par le décret n°74.27 du 14 janvier 1974 et ses articles 2, 4 et 31 ; La garantie de l'accès aux soins pour tous est un des principe de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dans le cadre de l'objectif 33 des annexes et concernant la réduction des obstacles financiers pour les personnes dont le revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU ; L'article 36 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définit l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades.

¹² Article L. 6321-1. de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹³ Articles L. 1111-2 à L. 1111-5 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.

¹⁴ Pour autant, le droit de s'opposer au traitement est relatif, ce qui est sans doute issu des progrès technologiques qui cautionnent l'idée d'une médecine « qui ne s'incline pas facilement devant la mort », cité dans A. DORSNER-DOLIVET. Le consentement au traitement médical : une liberté fondamentale en demi-teinte. *Revue française de droit administratif* 2003, p. 528-535.

¹⁵ Notion introduite par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

¹⁶ L'article L 711-4 de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 a fait en sorte que le besoin de santé ou le besoin de santé publique soit remplacé par le besoin de soins dans une approche hospitalo centrée : les établissements assurant le service public hospitalier « doivent être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert leurs services, de jour et de nuit, éventuellement en urgence. Ils

visent à faciliter aux personnes en situation de précarité leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale : régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie ; accès rapide à l'aide médicale¹⁷. Cette fonction de relais confiée aux hôpitaux à travers la création des PASS confirme non seulement leur obligation de s'assurer de la continuité des soins, mais implique également un rôle de mise en réseau et d'organisation de cette continuité des soins¹⁸.

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 a également institué dans chaque région un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), qui est élaboré et mis en œuvre par le représentant de l'État dans la région¹⁹. L'accès aux soins est garanti comme un déterminant de la santé²⁰. Le dispositif français retient le principe d'une couverture universelle fondée sur la solidarité nationale²¹ offrant à presque la totalité de la population une assurance maladie publique. La création de la Couverture Maladie Universelle (CMU)²², prestation sociale permettant l'accès aux soins ainsi que le remboursement des soins, des prestations et des médicaments²³, est venue

dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement ».

¹⁷ Article L 6112-6 du code de la santé publique introduit par l'article 76 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998.

¹⁸ A. LAUDE. Accès aux soins-précarité-droit. In : P.-H. BRÉCHAT, J. LEBAS (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 39-50.

¹⁹ Article 71 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998. Le PRAPS se décline au niveau local en Atelier Santé-Ville (ASV) depuis la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers « santé-ville ». Le PRAPS et l'ASV doivent permettre une articulation entre la politique de santé, la politique de la ville et contribuer à la réduction des inégalités de santé.

²⁰ Par l'article 1^{er} de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, la Constitution de la IV^e République du 27 octobre 1946, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé par les articles L. 1110-1., L. 1110-5. et L. 1110-3, et par l'article 35 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000.

²¹ « Le système français tente de concilier deux principes des modèles de Bismarck et Beveridge : du premier, il reprend l'idée d'une assurance professionnelle indépendante d l'État, et du second, il retient le principe d'une couverture maladie universelle fondée sur la solidarité nationale » cité dans D. CRISTOL. *La concurrence entre le service public hospitalier et les cliniques privées*. Thèse : Droit public : Université Nice – Sophia Antipolis, 1993, p. 434-438.

²² Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture universelle. La CMU (CMU de base) permet l'accès aux assurances maladies obligatoires, et la CMU complémentaire (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les assurances maladies obligatoires.

²³ A toute personne résidant en France de manière stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Les assurés au titre de la résidence sont redevables d'une cotisation de 8 % sur leurs revenus si ceux-ci sont supérieurs à 9 029 euros (au premier octobre 2010).

compléter la mise en place de « filets de sécurité » pour les usagers précaires ainsi que pour l'égalité d'accès aux soins pour tous²⁴.

Paragraphe 1 : Les difficultés de la recherche

Si le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 précise que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé », c'est particulièrement l'égalité d'accès aux soins²⁵ qui est garantie par la législation française. La première difficulté de la présente recherche sera d'étendre l'égalité d'accès aux soins à la protection de la santé²⁶, ce qui pose la nécessaire prise en compte de l'égalité d'accès à la santé, soit de l'« égalité d'accès aux soins et à la santé ». D'autant plus qu'en santé publique, si l'accès aux soins est important pour éviter l'aggravation des inégalités sociales face à la santé²⁷, il est considéré qu'une faible part des variations d'état de santé est liée aux soins médicaux, et qu'il faut prendre en compte les autres déterminants de la

²⁴ Le PASS avec le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et le PRAPS, font partie des dispositifs adaptés de la politique d'accès aux soins, de même que la mise en œuvre d'actions ciblées : CMU, action en faveur des jeunes en difficulté, action en faveur des détenus. La politique d'accès aux soins fait partie des politiques transversales des politiques d'aide et d'action sociales, avec la politique de lutte contre les exclusions, la politique d'accès au logement et la politique d'accès au droit et à la justice. Les politiques d'aide et d'action sociales sont aussi catégorielles : aide à l'enfance et à la famille, aide aux personnes âgées, aide aux personnes handicapées, aide aux chômeurs, cité dans M. BORGETTO, R. LAFORE. *Droit de l'aide et de l'action sociale*. Septième édition. Paris : Montchrestien – Lextenso éditions, 2009, p. 259-714.

²⁵ Actions et moyens permettant de prévenir ou de guérir une maladie.

²⁶ La définition de la santé retenue est celle du Paragraphe 11 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies qui précise que le droit à la santé est interprété comme un « droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international ». Cette définition prend en compte, en y ajoutant « la participation de la population », la définition de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986 : « la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé ». Cette définition de la santé rejoint celle de l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée et proclamée par l'assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948 : « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ». Elle rejoint aussi celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé qui n'a pas été modifiée depuis : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

santé²⁸ afin d'améliorer l'état de santé de la population. Cette recherche s'appuiera ainsi sur l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies qui est un modèle commun au droit et à la santé publique²⁹ permettant d'investir l'égalité d'accès aux soins et à la santé à partir des déterminants de la santé.

De plus, il faut prendre en compte l'égalité d'accès aux soins et à la santé au sein du territoire à la fois parce que les inégalités résultent de multiples déterminants interdépendants qui agissent de concert pour engendrer un état de santé comparativement dégradé au sein des groupes socio-économiquement défavorisés³⁰, mais aussi parce que ces inégalités varient d'une zone géographique à une autre. En effet, elles sont beaucoup plus marquées en France que dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest. Ainsi, l'écart du risque de mortalité prématurée entre les travailleurs manuels et non manuels âgés de 45 à 59 ans est environ deux fois plus élevé en France qu'en Suède ou qu'au Danemark. Des inégalités ont également été mises en évidence à une échelle géographique plus fine. Les disparités départementales pour l'espérance de vie se creusent : 3,2 ans en 1999 pour 3,9 ans en 2005 et 2007³¹. Des travaux menés sur l'agglomération de Strasbourg ont mis en évidence que le risque d'infarctus du myocarde augmentait avec la défaveur socio-économique mesurée à l'échelle de l'Ilot Regroupé pour l'Information Statistique (IRIS), unité géographique regroupant environ 2 000 habitants³². La seconde difficulté de la présente recherche

²⁷ P. LOMBRIL. Accès aux soins. In : A. LECLERC, et alii. *Les inégalités...* (op. cit.), p. 403-418.

²⁸ A. R. TARLOV, et al. Introduction. In: A. R. TARLOV, et al. *The society and population health reader*. Volume II, a state and community perspective. New York : The Press, 2000, p. IX-XXV.

²⁹ La définition de la santé publique retenue est celle du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec qui définit l'intervention en santé publique comme « l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent », pour sa dimension opérationnelle, cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction des communications. Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 1997, p. 18 ; et celle de F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU de 2007 pour qui « la santé publique est un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes » pour sa dimension juridique, cité dans F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU. Définitions de la santé publique. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique...* (op. cit.), p. 1-4.

³⁰ M. MARMOT. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen : World Health Organisation [en ligne] 2010, p. 15-24. Disponible sur : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf

³¹ E. VIGNERON. *Pour une approche territoriale de la santé*. Collection « Bibliothèque des territoires ». Paris : Éditions de l'Aube, 2003, et E. VIGNERON. *Les inégalités de santé sur les territoires français*. État des lieux et voies de progrès. Paris : Éditions ELSEVIER / MASSON, 2011.

³² S. DEGUEN, B. LALLOUE, D. BARD, S. HAVARD, D. ARVEILER, D. ZMIROU-NAVIER. *A Small-Area Ecological Study of Myocardial Infarction, Neighborhood Deprivation and Gender : A Bayesian modeling approach*. *Epidemiology* 2010 ; 21 (4), p. 459-466.

concerne le peu de travaux consacrés par les juristes³³ et les professionnels de santé publique à la définition du territoire. Pourtant, la recomposition des politiques de santé est depuis quelques années recentrée autour d'une notion de « territoire pertinent », c'est à dire une forme de sectorisation géographique des interventions et des spécialisations tracée à partir de besoins de santé identifiés. Les expériences menées notamment depuis 1991 en matière de planification sanitaire et sociale ont conduit les pouvoirs publics à évoquer différents « territoires de santé », notion qui permet de cerner les périmètres dans lesquels l'État tente de mailler en un continuum³⁴ des offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que des offres médico-sociales et sociales organisées au sein d'un réseau, et cela, en fonction des besoins de santé des populations et des priorités régionales et nationales.

Malgré le constat portant sur ces inégalités et le fait qu'il ait fallu renforcer l'accès aux soins des plus démunis, l'égalité d'accès aux soins et à la santé n'est pas un des premiers objectifs de la mise en œuvre du « territoire pertinent » : si la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique donne comme objectif « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire », c'est seulement en septième position des dix objectifs de l'article 2. De plus, dans les annexes de cette loi, il n'y a que deux objectifs sur la centaine proposée qui concernent la précarité et les inégalités de santé : le 33^{ième} propose de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins et le 34^{ième} d'augmenter l'espérance de vie des groupes en situation précaire. Si la réforme « Hôpital 2007 »³⁵ donne comme premier objectif au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération la « garantie de l'accès aux soins pour tous », c'est au sein de quatre objectifs accompagnés de trois autres réformes et de neuf autres objectifs. De plus, il n'y a pas non plus de travaux concernant l'évolution de l'égalité d'accès aux soins et

³³ J. MOREAU. Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation. Territoire de santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 16.

³⁴ La définition du continuum a été faite en 2002 par le Haut Comité de la Santé Publique pour qui : « le fonctionnement actuel s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique dont l'importance apparaît de plus en plus clairement : [...] une conception globale de la santé impliquant un *continuum* des actions de prévention et des actions curatives [...] », pour l'étendre au secteur médico-social et social, cité dans HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002, p. 30.

³⁵ Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/> et <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm> [consultés le 15 septembre 2008].

à la santé au sein du « territoire pertinent » suite à ces récentes réformes, comme la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Il est vrai qu'il y a peu d'outils qui ont été développés pour investiguer les besoins de santé de la population par déterminant de la santé ou pour approcher les besoins de santé ressentis par la population, particulièrement pour les personnes précaires. Pourtant, comme le propose Didier Tabuteau, il faut « revisiter [...] les politiques de santé sous le prisme de la précarité³⁶, ou plutôt des précarités : celles des exclus, des sans domicile fixe, des migrants, des détenus, des personnes très âgées, des malades souffrant de troubles mentaux, des victimes de violence, des adolescents en rupture, et de toutes les personnes en souffrance, souvent isolées par la vie et confrontées à des pathologies alourdies par les difficultés sociales », et investir le concept de « l'insécurité sanitaire » pour révéler « les faiblesses de l'organisation de la santé, les carences de la santé publique, les renoncements de l'assurance maladie et les défaillances de l'articulation entre le social et le sanitaire [...]. En s'interrogeant sur la prise en

³⁶ La définition de la précarité usuellement retenue et acceptée reste celle proposée en 1987 par J. WRESINSKI dans son rapport au Conseil économique et social : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux », cité dans J. WRESINSKI. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social. Journal Officiel de la République Française [en ligne]. Le 28 février 1987 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.atd-quartmonde.org/Grande-pauvrete-et-precarite.html>. « Depuis les années 1970, des études ont montré que l'augmentation des inégalités sociales était à l'origine de l'aggravation des inégalités de santé. Inégalités sociales et inégalités de santé se conjuguent au pluriel. L'accroissement de la précarité en France n'est donc pas sans avoir des effets négatifs sur la santé. L'extension de la pauvreté, qui est le corollaire de la précarité, rend plus difficile l'accès aux droits sociaux fondamentaux, et notamment l'accès à la santé, du moins *a priori*. La pauvreté reste plus facile à appréhender dans ses dimensions comptables : c'est ainsi que les mesures de la précarité prennent comme fondements des indicateurs de pauvreté monétaire. La perception de « minima sociaux » ou encore le revenu monétaire en sont les principaux indicateurs. Les marqueurs d'une situation de précarité ou de défaveur dans notre société sont le revenu, l'environnement social (conditions de vie, de travail, soutien social), le statut social et les marqueurs socio-démographiques (lieu de résidence, genre, etc.) », cité dans D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT, M.-C. GRENOUILLEAU, R. RYMER. *Handicap social et hôpitaux publics : Pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique*. *Santé publique* [en ligne]. 2009 ; 21, [réf. du 29 décembre 2011], p. 195-212. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>. Pour l'INSEE, en 2009, le seuil de pauvreté correspondait à un niveau de vie inférieur à 954 euros par mois et il y avait 8,173 millions de personnes qui vivaient avec moins de ces 954 euros par mois. Il y en avait 7,838 en 2000, 7,454 en 1979 et 8,649 en 1970. Voir aussi : D. JOURDAIN-MENNINGER. Les personnes en situation de précarité. In : F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Editions Flammarion Médecine-Sciences, 2004, p. 435-439. Plus largement, dès 1998, le Haut comité de la santé publique alertait d'une situation de précarité pour près de 25 % de la population française, cité dans HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : La Documentation française, 1998, ainsi que J. LEBAS, P. CHAUVIN. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998, et P. CHAUVIN, J. LEBAS. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique... (op. cit.)*, p. 331-341.

charge de la précarité, on déplace la focale traditionnelle de l'analyse des systèmes de santé, on laisse de côté les indicateurs généraux, les moyennes et les médianes, les schémas institutionnels pour s'intéresser au singulier, aux strates invisibles de la réalité »³⁷.

Si des données existent sur l'adaptation territoriale du service public et des activités privées en fonction des besoins de la population et des réformes, c'est surtout par composante du continuum et par déterminant de la santé, et de plus il y a peu de synthèse. Une autre difficulté de la présente recherche sera d'abord de synthétiser ces données tout en tentant d'apporter les éléments manquants. Puis d'intégrer ces synthèses dans une dynamique de comparaison internationale tenant compte du mouvement de libéralisation qui touche les économies occidentales. Pour arriver, à la fin, à donner un bilan d'ensemble dans le sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies relevant les problèmes et proposant des solutions. Les réalités concernant l'égalité d'accès aux soins et à la santé et le service public au niveau du territoire peuvent ainsi être mises en lumière, même s'il y a peu de données touchant la judiciarisation sur ces sujets³⁸ et s'il n'y a pas de définition de la précarité en droit. De plus, cela doit permettre de mettre en évidence d'autres réalités comme celles concernant le principe de solidarité qui est le fondement essentiel du service public et qui est « indissociable de la nature démocratique et sociale de la République française, au vu des termes mêmes de l'article 1^{er} de la Constitution »³⁹.

Paragraphe 2 : L'intérêt de la recherche

Il y a douze années de cela, la France fournissait, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les meilleurs soins de santé généraux⁴⁰. Pourtant son dispositif de soins et de santé est un des plus coûteux au monde et plusieurs pays obtiennent des prestations de qualité comparables, voire meilleures, à un coût nettement inférieur à hauteur de 1 à 2 points de Produit Intérieur Brut (PIB) de moins, comme l'Espagne ou

³⁷ D. TABUTEAU. *Tribune*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 417.

³⁸ A. LAUDE, J. PARIENTE, D. TABUTEAU. *La judiciarisation de la santé*. Amsterdam : Wolters-Kluwer, 2012 : sous presse.

³⁹ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit... (op. cit.)*, p. 697 et 699.

⁴⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève : Éditions de l'OMS, 2000, p. 175.

l'Italie. Plusieurs explications étaient données dans les années 2000⁴¹ et 2004⁴², comme le peu d'intégration du système de santé⁴³ qui reste centralisé et complexe, une politique de prévention et de promotion de la santé⁴⁴ lacunaire, une organisation

⁴¹ D. POLTON. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Ministère de l'emploi et de la solidarité ; Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES). Paris : La documentation Française [en ligne], 2000 [consulté le 12 janvier 2011], p. 55-159. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//014000375/0000.pdf>

⁴² E. LANDRAIN. *Information sur les réformes de l'assurance maladie en europe*. Rapport d'information n°1672. Assemblée nationale, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 15 juin 2004 [réf. 29 décembre 2011], p. 91-92. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/europe/rap-info/i1672.asp>

⁴³ Un système (system) ou un programme est un ensemble d'activités ayant une série d'objectifs communs et un rapport annuel. Un système de santé fonctionne en réseau interconnecté en permanence (network) avec les usagers, les citoyens et les professionnels de santé. Des connaissances partagées sont produites en continu en prenant en compte les données scientifiques, les innovations, les données économiques, politiques, environnementales et celles des médias. Un système de santé va permettre l'implication des usagers, tant individuellement que collectivement, dans la prévention et les soins. Il va faire le meilleur usage des ressources et améliorer la valeur. Il va promouvoir la formation du personnel, les enseignements et les recherches en santé publique. Un rapport sera réalisé tous les ans pour la population desservie, cité dans J.-A. M. GRAY. *Quel système de santé dans 10 ans : réflexion stratégique prospective*. Communication orale. Paris, Reid Hall, les 18 et 19 octobre 2011.

⁴⁴ La définition de la promotion de la santé retenue est celle du Paragraphe 8 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies qui comprend : « le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps », complété par celle de la charte d'Ottawa qui donne un objectif à la promotion de la santé qui est : « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci ». La promotion de la santé institue une démocratie sanitaire des personnes bien portantes complémentaire de celle de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 qui donne des droits et un pouvoir aux malades, cité dans J.-P. DESCHAMPS. La promotion de la santé. In : F. BOURDILLON. *Traité de prévention*. Paris, Editions Flammarion, Médecine-Sciences, 2009, p. 88-93. Ce concept de promotion de la santé recouvre : « un ensemble de pratiques spécifiques visant [des objectifs de prévention par] le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles l'éducation [pour la santé], le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel », cité dans M. O'NEILL, L. CARDINAL. Les ambiguïtés de la promotion de la santé au Québec. *Recherches sociographiques* 1998 ; 39, p. 1, et M. O'NEILL. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? *Promotion & Education* [en ligne]. 2004 ; 11, [réf. du 29 décembre 2011], p. 6. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Sur un plan méthodologique, ces pratiques respectent trois principes fondamentaux : 1)- la participation des populations : la conception des actions prévoit des modalités et des techniques permettant de recueillir l'avis des populations concernées ou de leurs représentants ; la participation des populations est favorisée et évaluée à toutes les étapes des actions ; 2)- une approche globale et positive de la santé : les actions reconnaissent l'existence de multiples déterminants de la santé, par conséquent, elles s'articulent avec d'autres interventions réalisées dans des secteurs non sanitaires ; de plus, elles privilégient une approche positive visant notamment le développement des facteurs protecteurs de la santé ; 3)- le renforcement des ressources des personnes et des groupes : les actions sont respectueuses des personnes et attentives à leurs croyances, représentations de la santé et habitudes de vie. Elles excluent toute forme de jugement, de stigmatisation ou de culpabilisation. Elles comprennent des activités reconnaissant et valorisant les ressources des individus ou des populations, et visant à renforcer leur pouvoir d'agir (empowerment). L'éducation pour la santé, qui est donc l'un des axes d'intervention de la promotion de la santé : « comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes », notamment par leur implication citoyenne dans les processus de décisions politiques relatives à la santé publique, dans la

du secteur ambulatoire peu intégrée, un agencement des réseaux peu rationnel, des professionnels et des acteurs peu responsabilisés, des risques de fraude et de gaspillages trop nombreux ou un dispositif de formation des professionnels insuffisant. D'autres éléments peuvent interroger ce classement de l'OMS. L'Institut National Des Études Démographiques (INED) indiquait en 2012 que l'espérance de vie en bonne santé baissait en France depuis des années, et ce malgré un allongement continu de l'espérance de vie et une amélioration générale de l'état de santé. En effet, les inégalités de santé⁴⁵ s'accroissent entre catégories sociales : avec une durée de vie plus courte, les ouvriers vivent un plus grand nombre d'années avec des problèmes de santé⁴⁶ et subissent donc une « double peine »⁴⁷ ; dans le Nord-Pas-de-Calais il y a un recours aux soins trop tardif du fait des difficultés sociales, mais aussi du fait de l'absence de prévention et d'un secteur ambulatoire dégradé^{48,49,50}. L'augmentation

création d'environnements favorables à la santé, dans des projets de santé communautaire ou dans l'évolution du système de santé, cité dans D. NUTBEAM. *Health Promotion Glossary*. Geneva : World Health Organization [en ligne]. 1998 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. Loin de la simple prescription de comportements sains, l'éducation pour la santé met les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, de gérer des motivations contradictoires, de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse, et de faire les choix qu'ils jugeront bons pour eux-mêmes ou pour la collectivité, cité dans B. SANDRIN-BERTHON. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF éditeur, 1997. Ses principales modalités d'intervention consistent à faire évoluer les représentations, les compétences et les connaissances au moyen d'activités et de techniques adaptées.

⁴⁵ Au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations-Unis, et de la résolution du 8 mars 2011 du parlement européen sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne (Paragraphe 1 à 6. Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:199E:0025:0036:FR:PDF> [consulté le 12 juillet 2012], d'après la veille 148 de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris 5).

⁴⁶ S. DANET, N. COCAGNE, A. FOURCADE. L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. Série Études et Recherches. DREES [en ligne]. n°747, janvier 2011 [réf. du 6 avril 2012], p. 8. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/no-747-l-etat-de-sante-de-la-population-en-France.html>

⁴⁷ HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité*. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2009, p. 32.

⁴⁸ Ce qui entraîne aussi une surconsommation de soins ainsi que des dépenses de soins ambulatoires et hospitaliers plus élevées par rapport à la moyenne nationale, cité dans V. MALAIZÉ, D. DESRIVIERRE. Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux. Pages de Profils n°105. *INSEE* [en ligne]. 2012 [réf. du 26 juin 2012]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=18724#inter1

⁴⁹ APM International. *Nord-Pas-de-Calais : la surconsommation de soins liée d'abord à l'état sanitaire et aux difficultés sociales (ARS et INSEE)*. Le 22 juin 2012.

⁵⁰ Cela peut vouloir dire que l'effet boomerang de l'augmentation des dépenses de l'Assurance maladie du fait d'un désengagement du secteur social, que Johan P. Mackenbach et al prévoient pour la génération future, à commencé, cité dans J. P. MACKENBACH, W. J. MEERDING, A. E. KUNST. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* [en ligne]. 2011 ; 65 (5), [réf. du 29 décembre 2011], p. 412-419. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

en nombre et en importance des inégalités d'accès aux soins et à la santé semble être un fait majeur de la période récente. L'accroissement spectaculaire des rémunérations les plus élevées et les écarts croissants des revenus renforce la constitution de ces phénomènes. La satisfaction des besoins de base comme la santé, le logement, la nourriture ou l'éducation⁵¹, ainsi que les principes⁵² d'égalité, de solidarité et de fraternité ou le service public qui doit contribuer à réduire l'ampleur des inégalités sociales⁵³ peuvent être menacés.

Réduire les inégalités est un des enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, avec le développement de la prévention, la réduction des préjudices pour l'utilisateur, la réduction des gaspillages, l'amélioration de la qualité et de la valeur ajoutée⁵⁴, ainsi que la prise en compte de la taxe carbone⁵⁵. Pour cela, l'État a besoin d'espaces territoriaux infra-régionaux clairement limités les uns aux autres et intégrés aux niveaux régional et national, afin de permettre au citoyen de créer du lien social et de l'identité, et à l'utilisateur du système de santé d'améliorer sa santé et de bénéficier de soins de qualité. L'OMS a d'ailleurs indiqué entre 1987 et 1991, que pour un ministère en charge de la santé : « la déconcentration implique la création d'un ou plusieurs niveaux supplémentaires dotés d'un pouvoir gestionnaire et la délégation à ce ou ces niveaux de certaines fonctions administratives. Le minimum nécessaire correspond sans doute aux éléments suivants : une population et une région géographique bien définies dont le gestionnaire a la responsabilité ; un ou plusieurs cadres supérieurs chargés de gérer les activités sanitaires [en infra-régional] et disposant de pouvoirs précis ; un budget et une dotation en personnel bien

⁵¹ P. ROSANVALLON. *La société des égaux*. Paris : Editions du Seuil, 2011, p. 11-13.

⁵² Le dynamisme du « vouloir vivre ensemble » se comprend dans la stabilité des « principes » et non dans la versatilité des « valeurs », cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit du service public... (op. cit.)*, p. 6.

⁵³ J. CHEVALLIER. Regards sur une évolution. *AJDA* 1997, p. 15. Le service public est la clef de voûte de la construction étatique qui distingue le public du privé, cité dans J. CHEVALLIER. *Le service public*. Neuvième édition. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p. 5.

⁵⁴ L'amélioration de la qualité passe maintenant par l'amélioration de la valeur (value), cité dans R.-H. BROOK. The End of the Quality Improvement Movement: Long Live Improving Value. *JAMA* [en ligne]. 2010 ; 304 (16), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1831-1832. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> ; la notion de valeur n'est pas une question d'argent mais d'opportunités. Sa prise en compte fait que la question suivante doit être continuellement posée : comment dépenser les ressources budgétaires d'une autre manière ? Si nous avons amélioré la qualité en réduisant les coûts, il nous faut à présent rapporter cela à la valeur ajoutée que représente la prise des bonnes décisions pour aller dans la bonne direction, et pour remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, cité dans J.-A. M. GRAY. *How To Get Better Value Healthcare*. Oxford : Oxford Press Ltd, 2011, p. 1-136.

déterminés ; un mécanisme qui permette d'informer les planificateurs du niveau supérieur des besoins [...] »⁵⁶. Cette organisation favorise la création d'un système de santé qui vise à intégrer l'ensemble des offreurs de soins et de santé, tout en soutenant leurs efforts et en mesurant les progrès⁵⁷.

Ainsi, les crises économiques et financières, les crises de santé publique ou d'identité professionnelle⁵⁸ ainsi que les réformes comme la loi HPST, dessinent, suivant une redéfinition des missions de service public, de nouveaux modèles qui imposent une réflexion sur les inégalités pouvant en découler ainsi que sur certaines problématiques relatives à l'accès aux soins et à la continuité des soins⁵⁹. Il existerait une superposition des lieux et des formes d'inégalité (territoires/populations) qui invite à repenser les variations discursives entre maintien du service public, notamment hospitalier, et le développement des services au public⁶⁰ nécessitant la contribution des professionnels de santé. L'enjeu de cette recherche est de cerner les fonctions attribuées aux différentes strates des territoires de santé (des trajets, des espaces et

⁵⁵ J.-A. M. GRAY. *How To Build Healthcare Systems*. Oxford : Offox Press Ltd, 2011, p. 38.

⁵⁶ A. MILLS. Historique de la décentralisation : concepts et méthodes. In : A. MILLS, J. P. PAUGHAN, D. L. SMITH, I. TABIZADEH. *La décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expérience de quelques pays*. Genève : Organisation mondiale de la santé [en ligne]. 1991, [réf. du 29 décembre 2011], p. 19. Disponible sur : [http://whqlibdoc.who.int/publications/9242561371_\(p1-p80\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9242561371_(p1-p80).pdf)

⁵⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours*. Série de rapports techniques 744. Organisation mondiale de la santé [en ligne]. Genève, 1987, [réf. du 29 décembre 2011], p. 27-46. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_744_fre.pdf

⁵⁸ M. CAILLOL, P. LE COZ, R. AUBRY, P.-H. BRÉCHAT. Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 22 (6), [réf. du 29 décembre 2011], p. 625-636. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

⁵⁹ Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dans son article L. 1110-1. : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

⁶⁰ La notion de service au public proposée par Jean-Alain Mariotti « regroupe l'ensemble des services d'intérêt général, publics et privés, répondant aux populations et des entreprises, et indispensables à la vie des territoires », cité dans J.-A. MARIOTTI. *Aménagement du territoire, services publics et services au public*. Rapport. Conseil économique et social, Journaux officiels, 2006, p. 108. Cette notion est un prolongement de la notion de service publique qui, selon Gilles J. Guglielmi et Geneviève Koubi, possède une double dimension : « celle de la nécessité sociale tout d'abord, tant il est impossible de « vivre ensemble » sans que soient assurés solidairement certaines tâches indispensables à la satisfaction des besoins primaires de tout être humain et des besoins collectifs des populations vivant sur un territoire donné, quel qu'il soit ; et celle de la volonté politique ensuite », cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit... (op. cit.)*, p. 5.

des lieux, des répartitions des offres du continuum, des déterminants de la santé, etc.) et de rendre compte des relations entretenues entre ces territoires et les usagers. La présente recherche relative à la continuité des soins et mettant les droits des patients au cœur de la problématique, constitueraient ainsi une illustration de la territorialisation des politiques de santé, étant entendu que la dynamique de la territorialisation concerne l'ensemble des politiques publiques.

Cette recherche s'appuie sur des comparaisons en droit public et en santé publique entre la France⁶¹, l'Allemagne, le Canada (province du Québec), l'Espagne (région de Catalogne), les États-Unis d'Amérique, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suisse qui ont procédé à une réforme territoriale de leur système de santé. Des actions innovantes de Hollande et de Nouvelle-Zélande sont citées. S'il y a un droit des États, le droit est une science mondiale. Le droit comparé privé et le droit comparé public, plus récent, permettent de dépasser les frontières pour s'enrichir des solutions trouvées par d'autres États, et de prendre en compte les possibilités d'une harmonisation du droit public et du droit privé qui tend à se réaliser. Le droit comparé peut être vital pour le droit interne. Le droit comparé peut favoriser la recherche de solutions nationales, inter-étatiques et internationales, de lois modèles ainsi que l'harmonisation du droit. La question de départ de la Partie II répond à cette nécessité en droit comparé du détachement au droit local. Le choix des États a été large afin de pouvoir retenir les meilleures solutions (voir la méthodologie du choix des États). Ces États correspondent au modèle de l'« État libéral démocratique »^{62,63,64,65}, ce qui permettra

⁶¹ La région de Franche-Comté et ses territoires en particulier.

⁶² P. MAHON, C. MÜLLER. *Méthodologie de la recherche en droit public et privé comparé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 4 mai 2012.

⁶³ Dans lequel l'État est l'organisation politique et juridique d'un territoire. C'est un organe juridique qui organise la société et dont le pouvoir est essentiellement limité par la Constitution. C'est une entité composée d'institutions, de services et de fonctionnaires. Considéré comme la forme la plus élaborée de la vie commune d'une société humaine, l'État n'a que seul devoir de répondre aux besoins du peuple et de servir l'intérêt général. Pour ce dernier, cité dans J. CHEVALLIER. *Le service... (op. cit.)*, p. 61-66. Pour Gilles J. Guglielmi et Geneviève Koubi : « antérieurement au début du XX^e siècle, a pris naissance et s'est développée l'idée selon laquelle l'État, les gouvernants, les détenteurs du pouvoir politique ont pour mission d'assurer le service public – la satisfaction du bien commun, de l'intérêt général – et doivent à cette fin organiser des services publics – institutions, organes – chargés de fournir des prestations de services ou des biens au public », cité dans G. J. GUGLIELMI et al. *Droit du service public... (op. cit.)*, p. 65.

⁶⁴ Il permet de prendre en considération : l'« État gendarme », l'« État-réglementaire » et l'« État modeste » avec des services dits « régaliens » ; et l'« État-providence » où la notion de service public trouvera sa force et sa performance, l'« État prestataire de service » et l'« État républicain » ; soit l'individualisme libéral et l'interventionnisme social ; ou le libéralisme et le socialisme. L'évolution des trois derniers vers les premiers « affecte aussi les liens fondamentaux qui relient chaque individu

de révéler les conflits ou les tensions qui se font au sein de ce modèle. Par exemple, en Suisse, des travaux débutent sur les limites à la souveraineté populaire induites par le libéralisme⁶⁶. C'est une mini-comparaison, qui n'est pas une comparaison de systèmes entiers (maxi-comparaison), qui a été choisie. L'étude des enjeux de santé publique actuels et des systèmes de santé choisis qui s'y sont adaptés, en l'état actuel des connaissances, a été réalisée dans un premier temps, ce qui a permis dans un deuxième temps, après une prise de recul, de dégager par comparaison et avec un regard critique les solutions retenues. Les bases de données en droit ont été utilisées ainsi que les bases de données médicales comme « PubMed » où il y a aussi des références en droit. L'approche interdisciplinaire en droit, en santé publique, en économie⁶⁷, en sociologie, en histoire et en philosophie⁶⁸, ainsi qu'une approche professionnelle⁶⁹ ont été privilégiées. Cela a permis de proposer les solutions organisationnelles et juridiques présentées, ainsi que les arguments scientifiques qui ont été utilisés pour justifier ces choix.

Par contre, cette recherche ne fera que s'appuyer sur les travaux de Didier Tabuteau concernant la politique nationale de santé et le droit des personnes malades qui nous ont servi de trame⁷⁰, comme ceux de Patrick Aeberhard sur l'élaboration du droit en santé

à la société, tels que le travail, le logement, l'éducation ou la culture » (soit des déterminants de la santé), cité dans G. J. GUGLIELMI et al. *Droit du service public... (op. cit.)*, p. 60, 65, 79-80, 91, 583 et 698.

⁶⁵ Il permet de prendre en compte « Les trois modèles normatifs de la démocratie » de l'ouvrage « L'intégration républicaine : Essais de théorie politique » de Jürgen Habermas publié en 1998. Il prend ainsi en considération le libéralisme et le républicanisme ainsi que la démocratie délibérative, soit : l'individualisme, l'autonomie et l'économie de marché ; une entente absolue sur l'identité collective ; ainsi qu'une communication entre les institutions et l'espace public. Ce modèle tient compte des idées libérales et démocratiques, ces dernières comprises comme ce « qui appartient, est accessible à toutes les classes de la société ».

⁶⁶ P. MAHON, et al. *Méthodologie de la recherche en droit public et privé comparé... (communication cit.)*.

⁶⁷ Parce que l'économie a souvent dicté les priorités de santé publique, comme le montre G. JORLAND. *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Paris : Editions Gallimard, 2010.

⁶⁸ La connaissance des états de santé d'une population par l'ensemble des déterminants de la santé est enrichie par l'apport multidisciplinaire qui peut concerner chaque discipline scientifique, cité dans J. FRENK. The new public health. *Ann Rev Public Health* 1993 ; 14 : 469-490.

⁶⁹ Notamment des services administratifs, cité dans J. CHEVALLIER. La place de l'administration dans la production des normes. *Droit et Société* 2011 ; 79, p. 623.

⁷⁰ D. TABUTEAU. *Les contes de Ségur : Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*. Paris : Éditions OPHRYS santé, 2006, et D. TABUTEAU, D. MARTIN. Les droits des personnes malades. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique... (op. cit.)*, p. 13-23, ainsi que D. TABUTEAU. Droit de la santé et économie de la santé. In : P.-L. BRAS, G. DE POUVOURVILLE, D. TABUTEAU (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 83-89.

publique⁷¹, ceux de Danièle Cristol sur le service public dans le domaine sanitaire⁷², ceux de Pierre-Louis Bras sur la décentralisation et les politiques de santé⁷³ ou ceux d'Anne Laude sur la judiciarisation de la santé⁷⁴. L'accès aux médicaments, au dentiste, à l'ophtalmologiste, aux lunettes ou aux laboratoires d'analyses médicales, la santé des femmes⁷⁵, l'accès aux soins et à la santé d'autres populations comme les détenus⁷⁶, les migrants ou les patients étrangers venant se faire soigner en France⁷⁷, les actions des organisations non gouvernementales⁷⁸, la sécurité sanitaire⁷⁹, la science administrative⁸⁰ ou le droit administratif⁸¹, ne seront qu'évoqués de manière occasionnelle. De plus, si un territoire qui peut s'adapter aux différentes évolutions des réformes des collectivités territoriales et de l'Union européenne sera conceptualisé en Partie 2, ces réformes ne seront qu'abordées^{82,83}.

⁷¹ P. AEBERHARD. Faire le droit en santé publique. In : D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 207-216, P. AEBERHARD. Santé et droits de la personne. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 471-478.

⁷² D. CRISTOL. *La concurrence... (op. cit.)*, p. 192-209 et 499-511.

⁷³ P.-L. BRAS. Décentralisation et politique de santé. In : P.-L. BRAS, et al (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 393-399.

⁷⁴ A. LAUDE, et alii. *La judiciarisation de la santé... (op. cit.)*.

⁷⁵ E. TOME GERTHEINRICH, et al. La santé de toutes les femmes : une priorité de santé publique. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 89-98.

⁷⁶ M. BORGETTO, et al. *Droit de l'aide... (op. cit.)*, p. 637-638, et M. BERTRAND-MAPATAUD. *Bilan d'étape du projet d'unité hospitalière sécurisée interrégionale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : un an après son ouverture, résultats et perspectives*. Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital, Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

⁷⁷ Le terme de « migrant », notamment utilisé en santé publique, est utilisé pour une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Le terme de « sans papiers » est utilisé pour une personne étrangère en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par les utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne, cité dans P. AEBERHARD, J. LEBAS, P.-H. BRÉCHAT. Conclusion. In : P. AEBERHARD, S. JEDIDI, M. HACHIMI-ALAOUI, P.-H. BRÉCHAT, J. LEBAS (dir). *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*. Paris : Les Études hospitalières, 2011, p. 91-97, et D. TABUTEAU. Préface. In : P. AEBERHARD, et alii. *L'accès aux soins... (op. cit.)*, p. 13-18. Ces questions ont également été abordées par l'Association Française de Droit de la Santé – AFDS, lors du colloque international organisé en partenariat avec Médecins du Monde « Migrations, Santé et Droit », qui a eu lieu à Paris le mardi 3 avril 2012.

⁷⁸ J.-F. CORTY, O. BERNARD. Médecins du Monde, entre résistance et innovation : Le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 403-414, X. EMMANUELLI. L'exclusion, une pathologie sociale. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 425-430.

⁷⁹ D. TABUTEAU. *Les contes... (op. cit.)*, et D. TABUTEAU. Principes et organisation de la sécurité sanitaire. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique... (op. cit.)*, p. 69-77.

⁸⁰ J. CHEVALLIER. *Science administrative*. Thémis droit. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

⁸¹ D. ROMAN. *L'indispensable du droit administratif*. Deuxième édition. Levallois-Perret : Studyrama, 2004.

⁸² M. BORGETTO, R. LAFORE. Action sociale : la nouvelle donne territoriale. Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 3-4.

Cette recherche s'efforcera – après avoir investi la notion du « territoire pertinent » ainsi que son organisation par la planification de la santé – de faire le bilan des inégalités de santé au sein du territoire de santé (Partie 1). Dans une deuxième partie, des propositions de solutions seront faites en faveur du territoire de santé publique générateur d'égalité (Partie 2).

⁸³ M. BORGETTO. Le sanitaire et le social à l'épreuve de l'Europe. Dossier « Le sanitaire et le social à l'épreuve de l'Europe ». *Revue de droit sanitaire et social* 2010 ; 6, p. 991-992.

Partie 1 : Des territoires de santé générateurs d'inégalités

« [...] L'utilité ne comprend pas seulement la poursuite du bonheur, mais aussi la prévention ou l'atténuation du malheur ; et si le premier de ces buts était chimérique, le second nous offrirait toute l'étendue d'un champ d'action plus large, répondant à un besoin plus impérieux encore, aussi longtemps du moins que l'humanité jugera à propos de vivre et ne se réfugiera pas dans le suicide collectif [...] ».

John Stuart MILL, L'utilitarisme, 1871.

Les disparités de plus en plus grandes entre pauvres et riches, les épidémies de maladies chroniques et de maladies cardiovasculaires évitables⁸⁴, les impacts de la globalisation, comme l'urbanisation au détriment des banlieues ou des territoires ruraux, la santé environnement⁸⁵ avec les conséquences des inégalités entre espèces ou des changements climatiques⁸⁶, la chronicité des crises de santé publique, ainsi que le vieillissement de la population et les inégalités intergénérationnelles, sont des enjeux de santé publique à prendre en compte. De plus, il y a un consensus au

⁸⁴ UNIVERSITY OF SYDNEY, AUSTRALIAN HEALTH POLICY INSTITUTE, COLUMBIA UNIVERSITY, EARTH INSTITUTE COLOMBIA UNIVERSITY, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, INITIATIVE FOR CARDIOVASCULAR HEALTH RESEARCH. *A Race Against Time The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York, Columbia University, 2004.

⁸⁵ Nouvelle grippe A H1N1, augmentation du nombre des cancers et des patients atteints de troubles de la fertilité ou aggravation des pathologies cardiovasculaires, métaboliques, mentales, sont des enjeux de santé publique avérées ou prévisibles cette prochaine décennie. Ces maladies pourraient représenter des adaptations de nos cellules aux changements de plus en plus rapides et importants de nos environnements, mettant probablement en jeu des mécanismes épigénétiques. Ces environnements correspondent à une roue qui va de la cellule, en passant par l'individu et les populations qui tentent en permanence un équilibre symbiotique. Que l'un soit amené à changer pour survivre aux changements peut entraîner des changements chez l'autre. Parler de santé, c'est prendre en compte les adaptations du vivant aux changements, de la cellule aux espèces en passant par l'individu. Le rythme des évolutions qui se sont accélérées nous oblige à un saut dans l'inconnu : comment nos cellules et organismes vont-ils s'adapter ? Quelles sont les mesures de prévention à prendre pour éviter des points de non-retour ? Des recherches sont nécessaires pour faire émerger des solutions nouvelles pour l'aide à la décision et à la prévention, cité dans J. LE MOAL, D. EILSTEIN, G. SALINES. La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 22, [réf. du 29 décembre 2011], p. 281-289. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

⁸⁶ Selon le quatrième rapport d'évaluation du Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Évolution du Climat (GIEC), les changements climatiques pourraient notamment entraîner jusqu'à 250 millions de réfugiés d'ici 2050. Disponible sur : www.ipcc.ch [consulté le 16 septembre 2011].

Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique sur les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle : pour J.-A. Muir Gray, directeur du service national des connaissances du système de santé public du Royaume-Uni, réduire les inégalités est une de ces priorités, comme le développement de la prévention, la réduction des préjudices pour l'utilisateur, la réduction des gaspillages, l'augmentation de la qualité et de la valeur, ainsi que la prise en compte de la taxe carbone⁸⁷ ; Pour Howard Koh, représentant du ministère en charge de la santé des États-Unis d'Amérique⁸⁸, les priorités sont celles de J.-A. Muir Gray, avec en plus : la violence et traumatismes, la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale, la santé buccale, et la santé de la reproduction et de la sexualité. L'accès aux services de santé est la première priorité : l'accès à une assurance maladie doit passer de 83,2 % de la population en 2008 à 100 % en 2020, et l'accès à un médecin traitant référent doit passer de 76,3 % en 2007 à 83,9 %⁸⁹.

Pourtant, si la réduction des inégalités est un des enjeux des systèmes de santé du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique au XXI^{ème} siècle, en France, les inégalités de santé augmentent et il y a peu d'actions mises en œuvre pour garantir à chacun la satisfaction des besoins de base comme la santé, le logement, l'éducation ou la nourriture⁹⁰. L'idée même d'égalité, de justice sociale, d'idéal démocratique, d'État providence démocratique, de service public performant⁹¹ et gratuit disparaît pour faire place à des mécanismes de renoncement, d'abandon de populations de plus en plus importantes : notre dispositif de santé peut être un exemple de la dénationalisation des démocraties de Pierre Rosanvallon⁹². Il y a urgence à faire le bilan des problèmes liés à l'égalité d'accès aux soins et à la santé et de proposer des solutions pour que les territoires puissent être en capacité de réduire ces inégalités. C'est une priorité de droit et de santé publique. C'est une priorité pour une société

⁸⁷ J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(communication cit.).

⁸⁸ Disponible sur : http://www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/APHA/29365?utm_source=share&utm_medium=mobile&utm_campaign=medpage%2Biphone%20app [consulté le 29 novembre 2011].

⁸⁹ Blog d'A. FLAHAULT. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/blog/2011/11/04/prospective-12-priorites-de-sante-pour-2020/> [consulté le 29 novembre 2011].

⁹⁰ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction d'une politique de santé publique en faveur de l'égalité des chances. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...*(op. cit.), p. 119-147.

⁹¹ Pour l'OMS, la performance des systèmes de santé correspond à leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la qualité et l'équité, cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...*(op. cit.), p. xi.

⁹² P. ROSANVALLON. *La société des égaux...*(op. cit.), p. 11-22.

démocratique et c'est un enjeu politique⁹³. En effet, la crise économique et financière qui se développe sur le moyen terme, voire le long terme, peut aussi avoir pour conséquence l'accroissement des inégalités de santé, et mettre encore plus en péril les principes d'égalité, de solidarité, de fraternité et le service public.

En plus que de s'indigner⁹⁴, le droit et la santé publique doivent concevoir et proposer des bilans et des solutions adaptés aux enjeux des sociétés. Car, si la santé publique est un mouvement de valorisation de la santé comme service public et comme « sphère de justice »⁹⁵, les inégalités, l'égalité et les droits de l'homme sont les fondements de la santé publique⁹⁶. Si les professionnels de santé publique sont les garants de l'intérêt général à tous les niveaux de la société en étant tout à la fois des Don Quichotte, des Robins des Bois et des Machiavels⁹⁷, des travaux interdisciplinaires avec le droit de la santé sont indispensables pour concevoir et faire des propositions étonnantes, pour un système de santé favorisant une « société durable » égalitaire, solidaire et fraternelle, dont ils seraient des ciments sur le moyen et le long terme. Ne dit-on pas que « l'union fait la force » ? Le droit et la santé publique peuvent soutenir un modèle cohérent pour un projet politique porteur d'idéal démocratique, d'État providence démocratique, et de la renationalisation des démocraties, comprise comme le renforcement de la cohésion des membres qui les composent et la réappropriation par ceux-ci du politique⁹⁸. Comme l'écrit Jonathan Mann : « et si la santé « publique » devenait une santé « politique » ? Une santé publique qui se veut politique doit poursuivre deux buts : le meilleur pour elle-même et le meilleur pour les droits de l'homme »⁹⁹.

⁹³ A. GRIMALDI, D. TABUTEAU, F. BOURDILLON, F. PIERRU, O. LYON-CAEN. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*. Paris : Editions Odile Jacob, 2011.

⁹⁴ S. HESSEL. *Indignez-vous !* Montpellier : Indigène éditions, 2010.

⁹⁵ D. DREUIL. Santé publique et médecine de santé publique, dans une perspective éthique. In : P.-H. BRÉCHAT, E. SALINES, C. SEGOUIN (dir). *Médecins de santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2006, p. 140-150.

⁹⁶ R. HORTON. Offline : Indignez-vous ! *Lancet* 2011 ; 397, p. 754.

⁹⁷ F. MULLAN. Don Quixote, Machiavelli, and Robin Hood : Public Health Practice, Past and Present. *Am J Public Health* [en ligne]. 2000 ; 90 (5), [réf. du 29 décembre 2011], p. 702-706. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁹⁸ P. ROSANVALLON. *La société des égaux... (op. cit.)*, p. 11-22.

⁹⁹ J. MANN. L'impact de la santé sur les droits de l'homme : l'impact des droits de l'homme sur la santé. In : J. MANN, S. GRUSKIN, D. BERTRAND (dir). *Santé publique et droits de l'homme*. Collection de l'espace éthique. Paris : Assistance publique - hôpitaux de Paris, 1997, p. 36.

Cette première partie va s'attacher à faire le bilan des problèmes liés à l'égalité d'accès aux soins et à la santé. Une approche par les déterminants de la santé, le service public et les services au public¹⁰⁰ a été privilégiée, car elle permet à la fois d'investir la définition de la santé de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies ainsi qu'une approche globale des besoins de la population, des services à la population et aux territoires. Une place particulière a été faite à des travaux innovants qui permettent de tenir compte de la diversité des territoires tout en favorisant la prospective ainsi que la participation de la population (citoyens et usagers)¹⁰¹ : questionnaire d'handicap social et sollicitation des citoyens et des usagers sur l'établissement de priorités de santé dans une région et dans ses territoires de santé. Cela pour ensuite proposer en Partie II, des adaptations du service public à la fois souples et diversifiés¹⁰², le fait que la notion de service public soit mobile du fait de la variabilité des paramètres pris en compte selon les époques¹⁰³ donnant cette possibilité.

La planification de la santé et le territoire pertinent ne sont pas suffisamment développés (**Sous partie 1**) et ne peuvent pas faire face à l'accroissement des inégalités d'accès aux soins, au continuum des offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que des offres médico-sociales et sociales, mais aussi pour l'ensemble des déterminants de la santé (**Sous partie 2**). Des éléments seront donnés pour montrer que le service public et les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité sont remis en cause (**Sous partie 3**), avant de conclure cette première partie.

¹⁰⁰ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...*(*op. cit.*), p. 11, cité dans : G. KOUBI. *La dégénérescence...*(*op. cit.*), p. 168.

¹⁰¹ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...*(*op. cit.*), p. 111-115.

¹⁰² J.-A. MARIOTTI. *Aménagement ...*(*op. cit.*), p. 21-27.

¹⁰³ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 92.

SOUS PARTIE 1 : LA PLANIFICATION DE LA SANTE ET LA NOTION DE « TERRITOIRE PERTINENT »

Comme le décrit François Grémy, l'évolution vers une conception sociale et collective de la médecine et de la politique sanitaire par l'État a été longue et difficile en France, pour permettre par exemple le caractère obligatoire de la vaccination antivariolique (elle ne l'est devenue qu'en 1902, alors qu'elle l'était dès 1820 dans plusieurs États allemands), la mise en place de structures sanitaires centralisées (en 1880, 8 000 agents en Angleterre contre 9 en France), la loi de santé publique de 1902 ou l'Assurance maladie¹⁰⁴.

Ce n'est que depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, que, aux termes de l'article L. 1411-1 de l'article 34 du chapitre V « Orientations de la politique de santé », « la Nation définit sa politique de santé, selon des priorités pluriannuelles » par une procédure solennelle d'élaboration de la politique de santé. Ce dispositif a été amendé mais confirmé par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui prévoit que « la Nation définit sa politique de santé, selon des objectifs pluriannuels »¹⁰⁵, et que « la détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État ».

La mise en œuvre de cette politique est réalisée par la planification de la santé au niveau des territoires. Après avoir précisé le processus de planification de la santé (**Chapitre 1**), seront tour à tour explicités l'émergence de la notion de « territoire pertinent », apparue après les premiers développements de la planification (**Chapitre 2**), puis l'essor du phénomène de territorialisation (**Chapitre 3**).

¹⁰⁴ F. GREMY. Histoire et avenir de la santé publique. In : J.-C. HENRARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 67-68. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹⁰⁵ Article L. 1411-1 du Code de la santé publique.

Chapitre 1 : LA PLANIFICATION DE LA SANTE

Dans un premier temps, des éléments seront donnés sur la planification de la santé qui est l'outil de mise en œuvre stratégique de la politique de santé (**Section 1**), avant d'aborder l'impact de la loi HPST sur la planification de la santé (**Section 2**). Puis, il sera décrit les deux possibilités d'évolution pour la planification de la santé qui dépendent de la direction donnée, soit par un État gestionnaire libéral¹⁰⁶ qui n'intervient que pour assurer l'ordre public tout en respectant les libertés individuelles, soit par un État providence qui met l'accent sur le rôle particulièrement important de celui-ci en matière de redistribution des richesses, d'assistance aux plus défavorisés et de fourniture de biens collectifs.

Section 1 : La planification de la santé, outil stratégique de mise en œuvre de la politique de santé

Il est indispensable de donner des éléments de définition concernant la planification de la santé, pour ensuite donner des éléments historiques tant sur sa mise en œuvre que sur les enseignements.

La planification de la santé ou planification « sanitaire et sociale »¹⁰⁷, est une tentative de concilier un équilibre entre les besoins et les demandes de santé d'une population donnée et un ensemble homogène d'offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, médico-sociales et sociales, ainsi que d'actions en faveur des autres déterminants de la santé. Cet ensemble homogène d'offres est appelé le « continuum ». Il sera organisé au sein d'un réseau par priorité et par territoire. La planification de la santé est un instrument de gestion permettant aux responsables de prendre des décisions sur une base plus rationnelle. La planification de la santé est un

¹⁰⁶ E. COUTY. *Hôpital public : le grand virage*. Dossier : La privatisation de la santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2010 ; 3 (28), [réf. du 29 décembre 2011], p. 47-48. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_028_0039

¹⁰⁷ Nous retiendrons « la planification de la santé » pour cette recherche, qui est issue des travaux de R. PINEAULT, C. DAVELUY. *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles, 1995, et qui permet une approche plus globale que la « planification sanitaire et sociale » issue des travaux de A. JOURDAIN, P.-H. BRÉCHAT (dir). *La nouvelle planification* sanitaire et sociale. Deuxième édition. Rennes, Presses de l'EHESP, 2012.

processus d'aide à la décision pluridisciplinaire qui vise par concertation sociale¹⁰⁸, entre les acteurs de santé, les professionnels de santé et les populations concernées, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives. Ce choix prend en considération le contexte et les contraintes internes et externes connues ou prévisibles. L'objectif général de la planification de la santé est l'amélioration de la santé de la population¹⁰⁹.

La planification de la santé ne peut ainsi être confondue avec la programmation des soins, pour ne pas occulter le rôle que peuvent avoir les autres déterminants de la santé. Le planificateur de la santé va ainsi opter pour une définition opérationnelle de la santé qui prend en compte tous les déterminants de la santé. Ce sont des facteurs de risque ou de protection définissables qui déterminent l'état de santé ou qui y sont associés. Rappelons que pour l'OMS, les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations »¹¹⁰ et que selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986 : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé ».

Dans l'Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint du comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, il est précisé que le droit de l'être humain à la santé ne se limite pas au droit aux soins de santé mais englobe une grande diversité de facteurs

¹⁰⁸ La planification est à la fois un processus d'aide à la décision et un processus de concertation sociale, cité dans J.-C. HENRARD. Plans et planification : Définition et histoire. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1995 ; 11, [réf. du 29 décembre 2011], p. IV. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹⁰⁹ Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986 : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé ».

socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine « et s'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain » (Paragraphe 4). Les déterminants cités le sont « à titre d'illustration et de manière non exhaustive » et sont des « exemples d'obligations incombant aux États parties » (Paragraphe 7).

Les déterminants de la santé comprennent les déterminants sociaux de la santé. Pour l'OMS, ce sont principalement le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et la politique de transports¹¹¹. En France, les revenus, le logement, la pauvreté et les transferts sociaux sont les indicateurs d'inégalités sociales de santé qui influent particulièrement sur la santé¹¹². Pour le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), il est aussi important de considérer les processus et les déterminants de la santé qui sont à l'œuvre chez les ouvriers et les cadres, ainsi que dans l'ensemble du corps social¹¹³. Investir les déterminants de la santé, c'est donner à chacun la possibilité d'améliorer son état de santé et ses « capacités »¹¹⁴.

Il existe des inégalités entre groupe sociaux ou entre territoires, et ce pour l'ensemble des déterminants de la santé. Il revient notamment au planificateur de la santé de

¹¹⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Glossaire de promotion de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1998, p. 7.

¹¹¹ R. WILKINSON, M. MARMOT (dir). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Deuxième édition. Genève : OMS Europe, [en ligne] 2004 [réf. du 29 décembre 2011], p. 10-38. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf, cité dans F. ALLA. Les déterminants de la santé. In : F. BOURDILLON. *Traité de prévention... (op. cit.)*, p. 37-38, et M. MARMOT. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen : World Health Organisation [en ligne] 2010, p. 15-24. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf

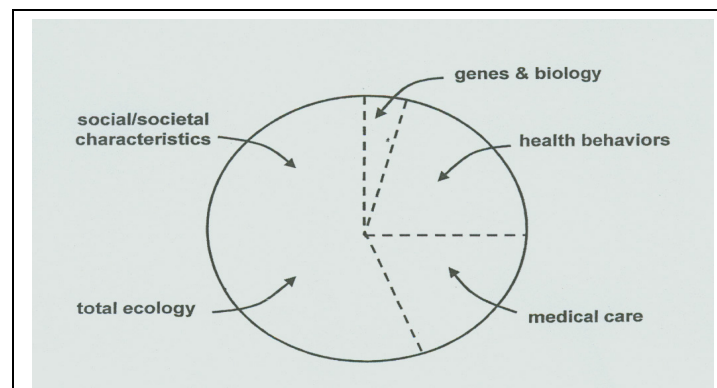
¹¹² PRESCRIRE. Inégalités sociales de santé en France aussi. Numéro spécial : agir pour l'accès aux soins de qualité. *Prescrire* 2010 ; 30, p. 570.

¹¹³ HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité*. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2009, p. 20.

¹¹⁴ Les « capacités » désignent ce dont un individu a besoin pour mener une vie vraiment humaine, pour exister et non survivre, et pour s'épanouir. La santé, l'intégrité de son corps, le fait de développer ses sens, son imagination et sa pensée, d'éprouver des émotions, d'exercer sa raison pratique, d'avoir une vie sociale, de jouer, d'entretenir des relations avec les autres espèces, d'avoir un certain contrôle sur son environnement par la propriété et en participant d'une certaine manière ou d'une autre à la vie politique, sont des droits d'accès que les États doivent s'engager à garantir à tous les individus. Le déficit d'une de ces capacités n'est pas un malheur personnel, mais il s'agit d'une injustice, cité dans C. PELLUCHON. Situation de précarité, capacités et solidarité. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 441-444.

mettre en œuvre des actions et des programmes par déterminant pour que chaque individu puisse partout améliorer sa santé. Plus ces actions et ces programmes prendront en compte tous les déterminants, plus une personne pourra « posséder de déterminants », et meilleures seront ses chances d'être en santé. Ces actions et programmes doivent également considérer que ces déterminants ont un poids différent, comme peut le montrer la figure ci-après. Ainsi, les facteurs liés aux habitudes de vie ou comportements favorables à la santé (health behaviors) et les facteurs liés au système de soins (medical care) apportent moins de possibilités au planificateur pour améliorer la santé d'une population, que la prise en compte des facteurs liés à l'environnement (total ecology), des caractéristiques sociales et sociétales (social/societal characteristics) et des facteurs biologiques ou endogènes (genes & biology). Cela signifie également que près de 60 % de surmortalité sont dus aux facteurs liés à l'environnement et aux caractéristiques sociales et sociétales¹¹⁵.

LA REPARTITION EMPIRIQUE DU POIDS DES DIFFERENTS DETERMINANTS DE LA SANTE SELON A. R. TARLOV



Source : A. R. TARLOV, R. F. ST PETER. Introduction. In: A. R. TARLOV, R. F. ST PETER. *The society and population health reader. Volume II, a state and community perspective*. New York : The Press, 2000, p. IX-XXV.

La répartition des « responsabilités relatives » dans la mortalité peut comprendre : les caractéristiques biologiques humaines qui sont en cause pour 27 % des cas ; les facteurs environnementaux qui sont en cause dans 19 % des cas ; les modes de vie qui sont en cause pour 43 % des cas ; et le système de santé qui pourrait intervenir pour

¹¹⁵ Ce schéma ne prend pas en compte l'impact d'innovations comme le réfrigérateur ou le téléphone. Cette répartition a pu changer depuis l'année 2000.

11 % de la mortalité. Le niveau de mortalité d'une région géographique apparaît très dépendant des caractères socio-économiques (mode de vie, logement, situation de l'emploi, urbanisation et aménagement rural) et très peu du niveau de l'offre de soins¹¹⁶.

La prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé va permettre au planificateur de la santé d'approcher les besoins de santé de la population, « exigence éprouvée par une population » et dont l'origine est dans l'histoire et dans l'environnement social et politique. La notion de besoin en santé publique est une exigence relative validée par une procédure de reconnaissance scientifique, sociale ou politique¹¹⁷. Les approches retenues pour l'étude des besoins peuvent ensuite orienter différemment la planification de la santé qui en découlera, comme peuvent le montrer les trois approches de T.-L. Hall¹¹⁸ : 1)- si c'est la méthode des besoins normatifs qui est retenue, les besoins sont définis par des « experts » relativement à une « norme », puis extrapolés au moyen de données épidémiologiques et démographiques, pour arriver à la détermination de besoins en personnel et en équipement pour soigner une maladie par exemple ; 2)- si c'est la méthode des objectifs par prestations, la prise en compte de besoins théoriques, des souhaits éventuels et des conditions économiques permettra l'élaboration d'objectifs de production et de distribution de services médicaux ; 3)- la méthode des besoins souhaités par la population permet de prendre en compte des priorités de santé par catégories de populations et par territoires de santé, comme cela a pu être réalisé par les citoyens et les représentants d'associations d'usagers francs-comtois¹¹⁹. Le planificateur de la santé va tenter de concilier un équilibre entre les représentants des trois méthodes.

Le planificateur de la santé va participer à l'amélioration de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, en prenant en compte tous les déterminants de la santé, afin de diminuer la précarité et d'améliorer la santé de la population. D'autant plus que la

¹¹⁶ R. PINEAULT, C. DAVELUY. *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles, 1995, p. 21-24.

¹¹⁷ A. JOURDAIN, I. DE TURENNE. *100 mots-clés de planification sanitaire*. Rennes : Éditions ENSP; 1999, p. 183.

¹¹⁸ T.-L. HALL. The Political aspects of Health Planning. In : W.-A. REINKE (dir). *Health planning : qualitative aspects and quantitative techniques*. Baltimore, John Hopkins University press, 1972, p. 73-95, cité dans A. JOURDAIN, et al. *100 mots-clés... (op. cit.)*, p. 25-26

¹¹⁹ P.-H. BRÉCHAT, C. MAGNIN-FEYSOT, O. JEUNET, A. ATTARD, G. DUHAMEL, D. TABUTEAU. Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : L'exemple Franc-Comtois.

prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux a plus d'impact sur l'état de santé que l'accès aux soins. Le planificateur peut ainsi s'appuyer sur les travaux de Joseph Wresinski : « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » ; sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ; ainsi que sur l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Ainsi la planification de la santé s'attachera à rétablir les sécurités de Joseph Wresinski et les conditions de la Charte d'Ottawa et de cette Observation générale n°14, afin de favoriser l'accès aux soins et à la santé pour tous et partout, et notamment pour les usagers précaires. Comme Diane Roman, nous pouvons constater qu'il n'y a pas de définition juridique de la pauvreté qui prendrait en compte les droits de l'homme et les droits fondamentaux¹²⁰.

Le planificateur de la santé est un professionnel spécialiste de la gestion des problématiques complexes de la santé publique. Il participe à la transformation d'une société qui selon Bernard Marrot « s'en tenait aux conceptions surannées de l'État hygiéniste »¹²¹. Il participe à la mise en place d'une politique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout, et dont le but est l'amélioration de l'état de santé de toute la population.

Pour cela, le planificateur de la santé va suivre un processus de 4 étapes : la première est la recherche d'un consensus sur les buts ou finalités en prenant en compte tous les déterminants de la santé ; la seconde est la définition d'objectifs spécifiques prioritaires ; la troisième étape est la programmation des moyens et des activités nécessaires à la réalisation des objectifs, tant au niveau national, régional qu'infra-régional ; la quatrième étape est l'évaluation.

Santé publique [en ligne]. 2011 ; 23 (3), [réf. du 29 décembre 2011], p. 170-171. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

¹²⁰ D. ROMAN. *Le droit public face à la pauvreté*. Bibliothèque de Droit Public. Paris : Éditions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2002.

¹²¹ B. MARROT. *L'administration de la santé en France*. Collection Logiques Juridiques. Paris : Editions L'Harmattan, 1996, p. 477.

Le planificateur de la santé va devoir adapter la programmation des moyens et des activités au sein d'un dispositif récent en évolution rapide.

La démarche de planification est une tradition de la V^{ème} République qui a mis en place des plans nationaux, départementaux et régionaux dans les années soixante et soixante-dix, puis des plans stratégiques dans les années quatre-vingt-dix. C'était l'époque des Programmes Finalisés (PF) et des Plans d'Actions Prioritaires (PAP) basés sur des procédures de Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) et qui, centralisme oblige, avaient le territoire national comme champ d'application.

Avant les années 1970, les professionnels de santé avaient accaparé la régulation du système de santé à la place de l'État¹²², ce qui avait conduit les « régulateurs » de l'État à considérer la réponse à la maladie comme devant être essentiellement curative. Ces régulateurs étaient réduits à mettre en œuvre des objectifs fixés par les professionnels pour leur permettre d'assurer ce qu'ils pensaient être les meilleurs soins. Il en a résulté un accroissement du nombre d'équipements et d'établissements de soins, des prescriptions et des dépenses de soins. Tant que cette logique professionnelle a été compatible avec les objectifs globaux de la société, soit la modernisation de l'appareil économique, l'intervention de l'État n'a pu se limiter qu'à l'harmonisation du secteur, notamment par la loi du 31 décembre 1970 organisant le service public hospitalier¹²³.

En 1970, la carte sanitaire¹²⁴ a servi de support fonctionnel pour la gestion du système de soins¹²⁵. L'espace considéré était neutre, sans pouvoir de planification, mais chaque citoyen devait pouvoir y trouver les services sanitaires. La carte sanitaire a consisté à déterminer, à partir d'espaces géo-démographiques, une représentation cartographique qui a posé un découpage territorial des secteurs sanitaires au sein de chaque région. Elle a aussi

¹²² D. TABUTEAU. *Pouvoirs publics et professions de santé*. Dossier : Les nouveaux défis des professions de santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2010 ; 3 (28), [réf. du 29 décembre 2011], p. 103-121. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_026_0103

¹²³ J.-C. HENRARD. Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique. In : J.-C. HENRARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 18-21. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹²⁴ La carte sanitaire avait été expérimentée par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (2,1 lits pour 1 000 habitants alors la norme arrêtée par les experts de l'OMS était de 3 pour 1000) ou par la circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents (1 secteur infanto-juvénile pour 200 000 habitants).

¹²⁵ A. JOURDAIN, et al. *100 mots-clés... (op. cit.)*, p. 26-28.

une dimension de régulation de l'offre de soins grâce à des indices plafonds d'équipements fixés pour chaque secteur¹²⁶. A partir du milieu des années soixante-dix, l'objectif global est devenu progressivement celui de l'ajustement de l'économie nationale à la compétitivité internationale, dans un contexte de ralentissement de la croissance économique. Le développement du secteur sanitaire ne répond alors plus à cet objectif. La maîtrise de l'expansion du système de santé devient essentielle pour limiter les dépenses de protection sociale, dont le financement pèse sur la compétitivité internationale. L'État va s'efforcer de le réguler en mettant en opposition la nouvelle logique de maîtrise des coûts de la santé à la logique professionnelle de développement du secteur de soins ayant jusqu'alors prévalu.

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière va reconduire la carte sanitaire mais va la compléter par un outil qualitatif : le SROS de première génération (1991-1999). Si la carte sanitaire devait contenir l'offre hospitalière, le SROS de première génération doit organiser cette offre. Cette évolution prend en compte les limites de la carte sanitaire qui s'est heurtée à l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge des usagers, mais aussi aux expériences et aux innovations, tant nationales, comme le plan périnatalité des années soixante-dix, que locales, comme le schéma de Basse-Normandie¹²⁷.

La loi du 31 juillet 1991 ne prévoit pas de schéma national de l'organisation sanitaire. La réduction des disparités régionales n'est ni une priorité nationale ni une priorité du SROS de première génération. L'introduction du *numerus clausus* pour l'entrée en deuxième année en faculté de médecine ne s'accompagne pas d'incitations à l'installation des médecins dans les territoires déficitaires. L'État, en ne se donnant pas complètement les moyens de résorber les inégalités géographiques d'offres de soins et de densité médicale, n'a pas fait de l'égalité d'accès aux soins une priorité.

¹²⁶ L'offre de soins hospitalière a été divisée par disciplines d'équipement : médecine, chirurgie, obstétrique, moyen séjour, long séjour et psychiatrie. Pour chacune de ces disciplines d'équipement, exceptée pour le long séjour, un indice de lits pour 1 000 habitants appliqué à la population d'un secteur sanitaire, a permis de définir le volume d'équipement nécessaire pour répondre à leurs besoins, à ne pas dépasser. La même opération a été conduite pour les appareils diagnostiques et thérapeutiques importants, appelés équipements lourds. La valeur de ces indices de besoins, en lits pour 1 000 habitants, a été calculé à partir de l'activité moyenne constatée dans les établissements hospitaliers de la région concernée, en fonction de taux d'occupation cible et de durée moyenne de séjour cible définis, au niveau national, par grande discipline d'équipement en médecine, chirurgie et obstétrique. Pour le moyen séjour, la psychiatrie et les équipements lourds, les indices ont été fixés au niveau national à partir d'appréciations émises par des experts estimant le taux d'équipement nécessaire, cité dans B. BASSET, A. LOPEZ. *Planification sanitaire. Méthodes et enjeux*. Rennes, Éditions ENESP, 1997, p. 14.

¹²⁷ B. BASSET, et al. *Planification...*(*op. cit.*), p. 20-28.

Ces premiers outils de régulation vont rencontrer l'opposition des professionnels et de la population, principalement à cause d'une évaluation approximative des besoins et de l'existant¹²⁸, d'indices régionaux calés sur des indices nationaux ne permettant pas une prise en compte suffisante des spécificités régionale¹²⁹, et de leur impossibilité à résorber les inégalités géographiques d'équipement¹³⁰. De plus, les procédures de programmation se sont ainsi déroulées en pleine période de décentralisation où une place de choix a été faite aux régions qui s'affirment de plus en plus comme l'échelon territorial pertinent en matière de santé. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, deviennent les responsables de l'élaboration des SROS de seconde génération (1999-2004), pouvant ainsi pallier à la fois le manque d'indépendance et une insuffisance de méthodologie. La circulaire DH/EO n°98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire qui organise la préparation des SROS de deuxième génération, recommande que ces derniers : s'inscrivent dans une approche globale de santé où les besoins sont appréhendés par bassin de vie en complémentarité avec le secteur médico-social et social ; soient resserrés sur quelques priorités définies par la Conférence Régionale de Santé (CRS) ou déterminées par le bilan du SROS ; respectent l'autonomie des acteurs de terrain ; et s'assurent une légitimité démocratique et professionnelle par la participation des usagers et la concertation avec les élus. Ce schéma est élaboré à partir d'une méthodologie plus complète et fait l'objet d'une validation par la concertation des acteurs de santé et des professionnels de santé, élargie aux représentants d'associations d'usagers par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé. Si ce SROS est en lien avec de nouveaux outils de santé publique, comme les Programmes Nationaux de Santé (PNS), les Programmes Régionaux et Territoriaux de Santé (PRS, PTS), et les CRS, il souffre d'un manque de coordination entre les porteurs des services déconcentrés de l'État et de l'Assurance maladie. La planification partant du soin va pourtant commencer à comprendre la prévention à partir d'expériences

¹²⁸ D. CRISTOL. *La concurrence...*(*op. cit.*), p. 252-296.

¹²⁹ F. BOURDILLON. Les territoires de santé, maillon clé de l'organisation sanitaire. *Revue française d'administration publique* [en ligne]. 2005 ; 113, [réf. du 16 avril 2012], p. 143. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1.htm>

¹³⁰ J.-C. HENRARD. Répartition...(*op. cit.*), p. 18-21.

innovantes, comme en Franche-Comté¹³¹, et pousser à la possibilité d'une planification de la santé.

Comme l'indiquent l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 et la circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (2006-2011), ce schéma s'inscrit dans une volonté de développement de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, et d'organisation sanitaire territoriale graduée, reposant notamment sur une concertation approfondie des élus et des usagers. La carte sanitaire est supprimée. La notion de « territoire de santé »¹³² apparaît au sein de l'entité géographique qu'est la région, et est mise en oeuvre lors de l'élaboration d'un Projet Médical de Territoire (PMT) par l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'annexe du SROS devient opposable¹³³, et décrit les implantations, les volumes d'activité pour certaines activités de soins soumises à autorisation, et les opérations de recomposition ou de restructuration. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins en volume par territoire de santé sont déclinés dans des Contrats¹³⁴ Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)¹³⁵ conclus entre l'ARS et les établissements de santé de la région. Le SROS de troisième génération devient alors un véritable outil régulateur de l'offre de soins. Ce schéma fait partie du plan « Hôpital 2007 » qui a été lancé le mercredi 20 novembre 2002, et qui est composé de

¹³¹ P.-H. BRÉCHAT, M. GOGUEY, C. MAGNIN-FEYSOT, L. GEFFROY. Usagers et politique de santé : Un exemple en Franche-Comté. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2003 ; 45, [réf. du 29 décembre 2011], p. 67-71. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹³² Article L6121-2 du code de la santé publique : « Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infra-régional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire ».

¹³³ C'est-à-dire qu'elle s'impose à tous : toute personne peut s'en prévaloir devant l'administration, et réciproquement.

¹³⁴ En quelques dizaines d'années, le mouvement de contractualisation a envahi toutes les sphères de la vie sociale, en prenant des noms variés : contrats, conventions, chartes, pactes, etc. Il y a eu les « contrats de programme » entre l'État et les entreprises publiques des années 1960, les « contrats de plan », les « partenariats public-privé » ou les « contrats de ville » entre l'État et les collectivités locales des années 2000, les « contrats de performance » entre le ministère en charge du budget et d'autres ministères, les « conventions d'objectifs et de gestion » entre l'État et l'Assurance maladie, ou les « conventions médicales » entre l'Assurance maladie et les professions de santé, etc. qui sont venus compléter, voire remplacer, « le procédé de l'acte unilatéral, fondé sur le pouvoir de commandement d'une personne par celui du « contrat », fondé sur un échange de volontés présumées libres et égales ». Ce mouvement de contractualisation pose la question de la régression de la « norme publique (garante de l'intérêt général) au profit des relations réglées par la norme privée (garante de l'intérêt particulier) », cité dans M. BORGETTO. Le contrat dans le secteur social et médico-social. *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 1, p. 3-4.

¹³⁵ Le CPOM est un « outil de développement dont la vocation est devenue essentiellement tarifaire ». « Le CPOM apparaît comme un contrat dont le contenu et la mise en œuvre sont particulièrement contraints, tant d'ailleurs pour l'administration que pour le gestionnaire, et ne laissant qu'une place

trois autres réformes complémentaires : la nouvelle gouvernance et les pôles d'activité hospitaliers, la Tarification A l'Activité (T2A) et l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), ainsi que la certification¹³⁶. Chaque réforme a des objectifs, comme le montre le tableau ci-après.

LES QUATRE REFORMES DU PLAN « HÔPITAL 2007 » ET LEURS OBJECTIFS

SROS III	
	Garantir l'accès aux soins pour tous
	Territoires de santé
	Contrat d'objectifs et de moyens
	Coopération
Certification	
	Gestion des risques
	Evaluation des pratiques professionnelles
	Améliorer qualité et sécurité
Nouvelle gouvernance	
	Pilotage
	Accroître l'efficience
	Contractualisation interne
ONDAM-T2A-EPRD	
	Mieux utiliser les ressources
	Equilibrage
	Adaptation

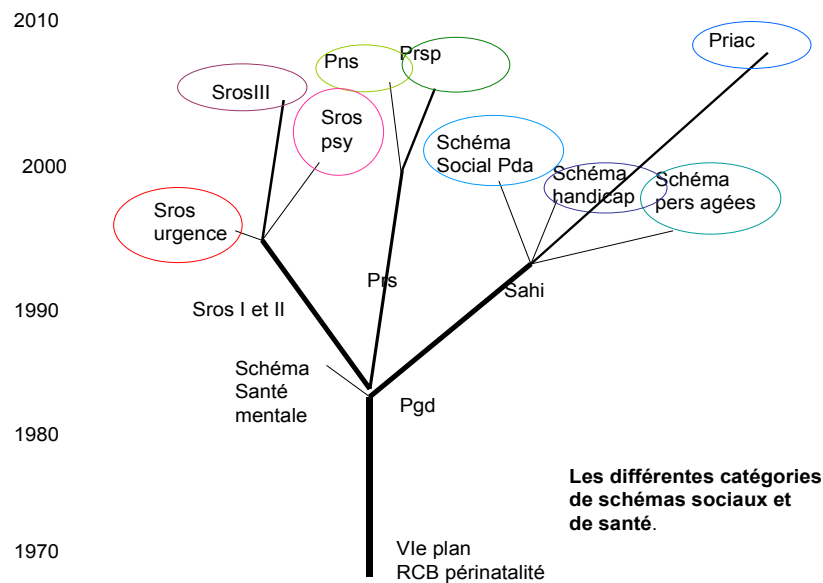
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble modernisons l'hôpital, dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. Quelle place pour l'établissement de santé dans l'organisation territoriale de l'offre de soins ?* Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2007, p. 37-46.

Les thématiques (priorités) du SROS de troisième génération sont liées à celles de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, réforme du champ général de la santé publique. La recherche de solutions d'aval à l'hospitalisation en court séjour afin de respecter les durées moyennes de séjour et tenter ainsi d'optimiser les recettes liées à la T2A, oblige les planificateurs à investir plus avant les secteurs ambulatoire, médico-social et social. Une meilleure réponse aux besoins de la population est également demandée ainsi qu'une intégration d'un

fort limitée à l'autonomie de la volonté », cité dans L. COCQUEBERT. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 1, p. 35 et 44.

dispositif complexe qui s'est construit par à coups en fonction des urgences, comme peut le montrer le schéma ci-après.

LES DIFFERENTES CATEGORIES DE SCHEMAS SOCIAUX ET DE SANTE



Source : A. JOURDAIN, P.-H. BRÉCHAT. Déterminants de la santé, promotion de la santé et évaluation. In : A. JOURDAIN, P.-H. BRÉCHAT (dir). La nouvelle planification sanitaire et sociale. Deuxième édition. Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, p. 69. Finalement, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) avec le SROS de première génération a amorcé la recherche de coopérations/négociations entre l'État, l'Assurance maladie et les établissements de santé¹³⁷, qui sera développée par l'ARH avec le SROS de deuxième génération, puis l'ARS qui l'étendra au continuum avec le SROS de troisième génération. Les négociations/concertations ont été approfondies, notamment avec les usagers.

Grâce aux États généraux de la santé qui ont démontré en 1988, le formidable potentiel de mobilisation de la population sur les questions de santé¹³⁸, les usagers et les citoyens ont été associés à la définition de la politique de santé afin notamment, de conforter la

¹³⁶ P.-H. BRÉCHAT, R. RYMER, M.-C. GRENOUILLEAU, A. JOURDAIN. Eléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 20, [réf. du 29 décembre 2011], p. 611-618. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

¹³⁷ V. FARGEON, E. MINVIELLE, A. VALETTE, J.-L. DENIS. Les agences régionales de l'hospitalisation ont cinq ans : bouleversement ou aménagement d'un dispositif de régulation ? *Politiques et management public* 2002 ; 20 (2), p. 48.

légitimité des pouvoirs publics lors de l'élaboration de la politique de santé dans un contexte de crises sanitaires, d'évolutions techniques et scientifiques, ainsi que de contraintes économiques croissantes. Mais aussi parce que le bénévolat collectif est favorable à la santé¹³⁹. L'expression de « démocratie sanitaire », qui vise à garantir et à renforcer les droits des personnes malades et des usagers du système de santé¹⁴⁰, s'est ainsi forgée par rapport à celle de démocratie sociale traditionnellement utilisée pour qualifier la gestion de l'Assurance maladie par les partenaires sociaux¹⁴¹. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé est une étape importante dans la reconnaissance des associations de malades et d'usagers, mais aussi de la démocratie sanitaire qui regroupe dans un titre II, les droits individuels des personnes malades et les droits collectifs des usagers du système de santé. Les CRS et les Conférences Nationales de Santé (CNS) où siègent des représentants d'associations d'usagers vont contribuer à l'élaboration de politiques de santé tant nationale, régionales que territoriales, conformément au paragraphe 11 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, sur la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire et national. Pour Didier Tabuteau et Dominique Martin : « la transparence qu'une procédure démocratique de choix permet de garantir est le gage d'une meilleure définition des priorités de la collectivité, compte tenu des impératifs sanitaires, économiques, mais également sociologiques et psychologiques de la population. Elle contribue aussi bien à la rationalité des choix faits pour le remboursement et donc la prise en charge des soins et de la prévention qu'à l'efficacité des politiques de sécurité sanitaire »¹⁴². La représentation des usagers dans les instances de santé a été développée¹⁴³, et la démocratie directe sur les questions de santé visant à

¹³⁸ G. BRÜCKER, E. CANIARD. Etats généraux de la santé : une démarche innovante pour plus de démocratie. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 1999 ; 27, [réf. du 29 décembre 2011], p. 6-9. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹³⁹ E. BRÜDER, T. SHOJAEI, P.-H. BRÉCHAT. Usagers, bénévolat et santé. In : A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification...* (op. cit.), p. 229-230.

¹⁴⁰ M. DEGUERGUE. Droits des malades et qualité du système de santé. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2002 ; 6, [réf. du 29 décembre 2011], p. 508-516. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

¹⁴¹ D. TABUTEAU, D. MARTIN. Les droits des personnes malades... (op. cit.), p. 13-23.

¹⁴² D. TABUTEAU, D. MARTIN. Les droits des personnes malades... (op. cit.), p. 13-23.

¹⁴³ P.-H. BRÉCHAT, J. GROS, M. HAON, O. JEUNET, C. MAGNIN-FEYSOT et alii. Représentants d'associations d'usagers et Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » : enjeux et douze propositions. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 1, [réf. du 29 décembre 2011], p. 131-146. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

faciliter la démocratisation des choix scientifiques et techniques encouragée¹⁴⁴. Les pouvoirs publics sont ainsi devenus des points d'ancrage d'une nouvelle démocratie participative au quotidien¹⁴⁵.

La première conférence de citoyens a été organisée en France en 1988 par le Parlement, sur le thème des organismes génétiquement modifiés. Durant deux week-ends, quatorze citoyens « profanes » ont reçu une formation se voulant sans parti pris, et ont défini les questions sur lesquelles ils ont souhaité réfléchir. Ils ont sélectionné les experts qu'ils voulaient auditionner. Ce jury citoyen a ensuite délibéré et adopté un avis qui a été rendu public. Même si cet avis qui recommandait « une grande prudence dans l'utilisation des Organismes Génétiquement Modifiés (OGM) » n'a pas été suivi par les députés, la conférence de citoyens fera école, par sa mise en place en 2002 par la Commission française du développement durable, sur le thème des politiques de l'énergie dans un contexte de réchauffement climatique. Des collectivités territoriales vont en initier, comme Paris en 2003 sur le thème de l'impact sur la santé des ondes électromagnétiques ou l'Ile de France en 2006 sur le thème des nanotechnologies. En 2007, trois conférences de citoyens ont précédé la révision des lois de bioéthique. Les avis de ces conférences n'apparaîtront que comme une simple contribution aux débats¹⁴⁶.

Malgré toutes les possibilités données, le bilan à 15 ans réalisé par des représentants d'associations d'usagers reste pourtant mitigé : ils ont le sentiment d'être instrumentalisés dans des établissements de santé et ils pensent que leurs possibilités de participation déclinent depuis 2002, ce qui risque d'amoindrir le contre pouvoir qu'ils assurent à un moment où l'économie peut se substituer à la santé publique et à la démocratie participative. Ils demandent à pouvoir peser sur les décisions concernant la santé de leurs territoires et de leur région, et à bénéficier d'informations et de conseils pour pouvoir être des co-décideurs de leur santé¹⁴⁷. Il n'y a pas en France de site Internet « NHS Direct »¹⁴⁸ ou « NHS Choices Your health, your choices »¹⁴⁹ comme au Royaume-Uni. Cela est indispensable pour que, par exemple, les parturientes puissent donner leur consentement au déclenchement de leur

¹⁴⁴ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *L'usager, acteur du système de santé*. La santé en France 2002...(*op. cit.*), p. 295-349.

¹⁴⁵ J. CHEVALLIER. Quelle légitimité pour le service publique ? Vers une nouvelle démocratie participative. Dossier « Les frontières du service public ». *Informations sociales* 2003 ; 109, p. 138.

¹⁴⁶ N. CHEVASSUS-AU-LOUIS. Comment mieux associer les citoyens à l'élaboration des lois ? *Télérama* 2011, 3206, p. 36-38.

¹⁴⁷ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Représentants...(*op. cit.*), p. 131-146.

¹⁴⁸ Disponible sur : <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> [consulté le 29 novembre 2011].

accouchement. En 2012, plus d'un tiers des déclenchements étaient réalisés sans recherche du consentement des parturientes. Ces déclenchements ont été associés à un taux plus important d'interventions, notamment le taux de césarienne était plus que doublé¹⁵⁰.

Les usagers, acteurs de santé et professionnels de santé, tout en demandant des enseignements, se sont adaptés aux réformes dans une ambiance de pressions économiques et juridiques importantes. Ils ont réalisé des apprentissages collectifs et organisationnels, voire culturels, qui ont permis la mobilisation d'initiatives, l'intégration des projets individuels et collectifs.

L'enseignement de la planification en santé est récent¹⁵¹. Il a débuté à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP)¹⁵² dans le milieu des années soixante-dix, par un enseignement méthodologique portant principalement sur la carte sanitaire ainsi qu'une initiation à la démographie et aux projections de population.

Dans les années quatre-vingt, la diffusion de la pensée stratégique par l'OMS a renouvelé l'idée de planification de la santé, en l'appliquant aux plans gérontologiques départementaux puis aux secteurs du handicap et de la santé mentale. Des coopérations nationales (Futuribles) et internationales (Université Erasmus) déboucheront à l'ENSP sur un contrat de centre collaborateur de l'OMS pour la planification et l'évaluation (1988). Au niveau national, le ministère en charge de la santé, confronté aux enjeux des lois de décentralisation qui incitent à la réalisation de schémas départementaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées, propose la rédaction d'un guide méthodologique à un groupe de travail animé par Michel Frossard. La dimension recherche sera développée par une série de travaux novateurs sur le coût de la dépendance et sur le rôle des aidants familiaux dans les politiques en direction des personnes âgées. L'ENSP s'implique dans la formation des

¹⁴⁹ Disponible sur : <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁵⁰ APM International. *Plus d'un tiers des déclenchements du travail faits sans rechercher le consentement des patientes (enquête Ciane)*. Le 5 avril 2012.

¹⁵¹ Paragraphe réalisé avec Alain Jourdain en 2011.

¹⁵² La période où l'ENSP ouvre ses portes à Rennes, suite au décret du 13 avril 1962, est également celle des débuts de la constitution du secteur médico-social et social. C'est à ce moment que les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) se mettent en place (1964) et exercent une tutelle de proximité sur les établissements et les services concernés.

directeurs des structures médico-sociales qui instituent une formation pour les directeurs des établissements publics sociaux et médico-sociaux et la création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social (CAFDES). Avec la création des SROS, l'ENSP allait à nouveau être impliquée dans un dispositif national de formation et d'expertise. La réflexion se centre sur le thème de la dimension stratégique de la planification, dont le germe se trouvait dans la circulaire de 1987 sur les Schémas Départementaux d'Organisation en santé mentale (SDO), véritables appels à projet. Au milieu des années quatre-vingt dix, l'ENSP, sous l'impulsion du ministère en charge de la santé et du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), va construire une programmation stratégique pilote sur les priorités régionales de santé publique, avec des régions volontaires. Une méthode, expérimentée dès 1986 avec des organisations non gouvernementales dans plusieurs pays africains va être adaptée, s'inspirant également de la programmation stratégique pour le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) nouvellement mise en place dans les régions françaises, donnera naissance aux premiers projets régionaux de santé publique. Dans les années suivantes, l'ENSP s'intéresse à l'évaluation d'impact de certains projets en prenant pour objet d'étude ceux concernant le suicide. Avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, outre le développement de la participation des usagers et le début de la transformation des établissements en plates-formes de services, ouvertes sur leur environnement, la notion de planification et de schémas prend corps.

Puis, avec le SROS de troisième génération, l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), évolution de l'ENSP, sera impliquée dans la formation des responsables de ces schémas. En même temps, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, exprime un changement de paradigme qui conduit à faire évoluer et à diversifier l'offre d'accompagnement. La participation à la vie en société devient un enjeu qui se conjugue entre autres avec celui de l'accès aux soins. Une nouvelle génération de schémas doit être élaborée pour tenir compte d'un besoin d'articulation entre le sanitaire et le médico-social, tant au niveau régional que sur des territoires, avec des objectifs attendus et en conséquence plus élargis par rapport aux précédents. Dans les domaines de la gériatrie, de la psychiatrie, de l'addictologie, cette orientation apparaît davantage. Ces changements nécessitent une adaptation des compétences des élèves de l'EHESP dans le domaine de l'étude des besoins et de la

planification. Pendant cette période, des contrats de recherche avec l'ARH de Bretagne, les Conseils généraux d'Ile et Vilaine et du Finistère, puis avec l'Association des régions de France allaient permettre de réaliser un bilan des schémas départementaux et des SROS de troisième génération donnant lieu à diverses publications¹⁵³. Dans le même temps, sous la direction d'Alain Jourdain, une équipe interdisciplinaire d'enseignants s'est constituée, construite de façon pragmatique afin de représenter les différents rôles et professions en contact avec la planification, mais aussi pour tenir compte des secteurs dans lequel les schémas et les projets sont réalisés : prévention, soins, médico-social et social¹⁵⁴. Cette équipe anime une Unité d'Enseignement (UE) : « régulation, aide à la décision, planification » qui est notamment destinée aux élèves Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), aux Médecins et Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (MISP, PHISP) et à des étudiants d'un master de santé publique de l'Université Paris 7 (Paris Diderot). Cette équipe a publié deux éditions d'un ouvrage collectif sur la « nouvelle planification sanitaire » dont certains contenus ont été utilisés dans les formations destinées aux directeurs généraux d'ARS¹⁵⁵. Plusieurs centaines de notes d'observation sur les pratiques en planification sanitaire et sociale ont été rédigées dans un format standardisé par les élèves au cours de leur stage pratique. Dans le même temps, des recherches associant le champ de la planification aux champs complémentaires que sont l'analyse des politiques de santé, la mise en œuvre de la réforme « Hôpital 2007 » et la démocratie sanitaire, ont été menées en lien avec le droit de la santé. Ces enseignements et ces recherches pourraient aussi être développés avec le droit de la santé, la politique de santé et le management de la santé, pour des hauts responsables en santé publique et des spécialistes de la planification de la santé.

Ainsi, une planification sanitaire et sociale s'est construite en tuyaux d'orgue au rythme des urgences. La planification de la prévention (depuis 1996), du secteur médico-social et social (depuis 1999), et des dispositifs spécifiques pour les

¹⁵³ A. JOURDAIN (dir). *Les SROS de troisième génération : un état des lieux en 2007*. Association des Régions de France et Ecole des hautes études en santé publique [en ligne]. 2009. [réf. du 12 juin 2012]. Disponible sur : <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/documents/rapport-sros-jourdain.pdf>

¹⁵⁴ B. BASSET, M. BELLANGER, P. BLAISE, C. BONAL, P.-H. BRÉCHAT, C. GRAVELAT, B. MARTINET, C. ROUTELOUS, M.-H. SCAPIN, K. STEBLER-WATIER, M. TACHON, P. THEBAULT, I. THEIS, avec le soutien de R. MAFFEI.

¹⁵⁵ A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification... (op. cit.)*.

personnes précaires (depuis 2000), ont été accolées à la « colonne vertébrale » de la planification des soins hospitaliers (depuis 1991). Il émerge ainsi, la possibilité de la planification d'un continuum d'offres de prévention, hospitalières, médico-sociales et sociales. Les représentants d'association d'usagers participent à la planification de la santé. Avant la loi HPST, il n'y avait pas de planification décloisonnée, pas de planification des soins ambulatoires, ni de prise en compte des déterminants de la santé autres que les facteurs reliés au système de soins (medical care).

Section 2 : L'impact de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Avec les ARS, l'État s'impose de plus en plus comme le régulateur du système de santé, en reprenant la gestion confiée aux collectivités locales puis aux partenaires sociaux au XIX^e siècle¹⁵⁶. Les outils de planification vont évoluer pour décloisonner les offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que les offres médico-sociales et sociales, et tendent vers une prise en compte des déterminants de la santé. Cette planification de la santé naissante est une boîte à outils aboutie, mais pour deux évolutions possibles.

En 2008, de nombreux rapports proposent que la prise en compte des déterminants de la santé et la réduction des inégalités de santé, le développement d'offres de prévention et de la sécurité sanitaire, ainsi que le renforcement de la participations des usagers et des élus, deviennent des objectifs prioritaires (thématique) de politiques de santé régionales et territoriales. Cela peut justifier la création d'ARS intégrant les services déconcentrés de l'État et de l'Assurance maladie. Ces rapports proposent également la possibilité pour ces agences d'adapter les thématiques nationales aux spécificités régionales et territoriales, tout en ayant la charge de l'offre

¹⁵⁶ D. TABUTEAU, V. RODWIN. *À la santé de l'oncle Sam*. Paris : Editions Jacob-Duvernet, 2010, p. 95.

de soins tant hospitalière publique et privée qu'ambulatoire, avec des marges de manœuvres financières et organisationnelles¹⁵⁷.

Le projet de création d'une telle agence n'est pas nouvelle : après l'expérimentation des Directions Régionales et Interdépartementales de la Santé et de la Solidarité (DRISS) de 1991 à 1993, des « agences régionales des services de santé » avaient été proposées dans le chapitre IV « Solidarité nationale, régulation locale : un modèle pour 2010 » du rapport de Raymond Soubie de 1993¹⁵⁸. En 1994 le niveau régional était regardé par le Haut Comité de la Santé Publique comme le bon niveau pour une programmation stratégique d'actions de santé basées sur des priorités notamment régionales. Cela « permettrait de développer la coordination des différents partenaires et de compléter les schémas régionaux d'organisation des soins en structurant en amont les activités de [...] prévention, et en aval les activités de réhabilitation et de réinsertion »¹⁵⁹.

La recherche d'une maîtrise des dépenses de santé et d'une gouvernance du système d'Assurance maladie¹⁶⁰ ainsi que la nécessité de favoriser les restructurations hospitalières ont poussé à la création des ARH. Il faut aussi améliorer la séparation des responsabilités entre l'État sur l'hospitalisation publique et l'Assurance maladie sur les établissements privés, qui freine la possibilité d'une planification entre les deux types d'établissements. Le niveau national a délégué aux ARH la conception et la mise en œuvre d'une régulation des établissements de santé publics et privés. Le niveau national y interviendra peu. Les ARH peuvent affecter des enveloppes régionales à ces établissements de santé, via le SROS de deuxième génération et des CPOM. Ces contrats permettent l'attribution de moyens à cinq ans par l'État et l'Assurance maladie aux établissements de santé qui réalisent les objectifs négociés¹⁶¹. Les ARH ont favorisé la participation des parties prenantes au processus de coopération/négociation, et elles ont commencé à mailler un continuum autour du soin pour réduire des inégalités de santé. Ainsi l'ARH de Franche-Comté a-t-elle mis

¹⁵⁷ F. CHAMBAZ, R. RYMER, P.-H. BRÉCHAT. Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé. *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 3, [réf. du 29 décembre 2011], p. 269-274. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

¹⁵⁸ R. SOUBIE. *Santé 2010...* (*op. cit.*), p. 79.

¹⁵⁹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994, p. 310.

¹⁶⁰ P.-L. BRAS. Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? *Droit social* 2004 ; 11, p. 975.

¹⁶¹ V. FARGEON, et alii. Les agences... (*op. cit.*), p. 46-48.

en place un continuum pour l'insuffisance rénale chronique, alors que l'absence d'offres obligeait les usagers avant les années 2000, à déménager dans d'autres régions pour être soignés¹⁶². La variété des pratiques des ARH sera un des arguments pour une « re-centralisation » afin de « garantir l'équité »¹⁶³. Et l'absence de maîtrise de l'offre, du fait d'une organisation qui est restée cloisonnée entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social, « source d'inégalités pour les patients », seront des arguments pour la création des ARS¹⁶⁴. Il faut coordonner ce « puzzle sanitaire »¹⁶⁵.

La loi HPST institue les ARS comme autorité unique régional de pilotage de l'ensemble du système de santé¹⁶⁶.

Les ARS ont pour mission de mettre en œuvre la politique régionale de santé dans le respect des objectifs nationaux, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. Les ARH, les pôles santé et médico-social des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS), les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) et la partie sanitaire des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) sont remplacées par les ARS, qui rationalisent ainsi le dispositif de la santé qui était cloisonné¹⁶⁷.

La transformation des ARH en ARS s'accompagne d'un changement de statut : le statut de groupement d'intérêt public associant l'État et l'Assurance maladie laisse place à celui d'établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'Assurance maladie, des personnes âgées et handicapées. Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance présidé par le préfet de région, et non d'un conseil d'administration, et elles sont dirigées par un directeur général nommé par le gouvernement. Ce dernier exerce ses pouvoirs « au nom de l'État » et est chargé de mettre en œuvre la politique nationale de santé. La répartition

¹⁶² P.-H. BRÉCHAT, et alii. Usagers...(*op. cit.*), p. 67-71.

¹⁶³ V. FARGEON, et alii. Les agences...(*op. cit.*), p. 51.

¹⁶⁴ F. CHAUVIN. De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.65-66.

¹⁶⁵ D. TABUTEAU. Politiques de santé et territoire. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 10-13.

¹⁶⁶ Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 paru au JO du 1^{er} avril 2010

¹⁶⁷ M. ECKERT MALÉCOT. Agence régionale de santé et préfet. In : E. COUTY, C. KOUCHNER, A. LAUDE, D. TABUTEAU (dir). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 364.

des compétences entre les deux organes décisionnels est sans ambiguïté : le conseil de surveillance est doté de compétences d'attribution alors que le directeur général de l'ARS est doté d'une compétence générale. Un comité national de pilotage des ARS mis en place par la loi doit donner des « directives pour la mise en oeuvre de la politique nationale de santé sur le territoire » et veiller à la cohérence des politiques qu'elle mène.

Les quatre objectifs stratégiques des ARS qui permettront d'assurer une bonne répartition régionale de l'offre de soins et d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé sont : contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé ; assurer un meilleur accès aux soins ; organiser le parcours de soins en fonction du patient ; et assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé. Pour la période 2010-2013, les CPOM passés entre les ministres et les ARS sont bâtis autour de trois priorités : améliorer l'espérance de vie en bonne santé ; promouvoir l'égalité devant la santé ; développer un système de santé de qualité accessible et efficient. Ces trois priorités nationales sont déclinées en neuf objectifs : réduire la mortalité prématurée évitable ; développer la promotion de la santé et la prévention des maladies ; renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires ; réduire les inégalités territoriales et sociales de santé ; optimiser l'organisation de la permanence des soins ; adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins ; améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services médico-sociaux ; rétablir durablement l'équilibre financier des établissements de santé ; et développer des parcours de soins et de vie des personnes âgées et des personnes handicapées¹⁶⁸.

La loi HPST introduit donc des possibilités pour une ARS, d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la permanence des soins, à partir d'une planification régionale pouvant mailler un continuum d'offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, médico-sociales et sociales, par priorité et par territoire de santé, afin de prendre en compte les besoins de santé de la population. Une intégration horizontale de dispositifs cloisonnés de planification est tentée. Deux volets sont à prendre en compte : le Projet Régional de Santé et la programmation de la « gestion du risque ».

¹⁶⁸ SMART PHARMA CONSULTING. *Agences Régionales de Santé (ARS). Missions – Objectifs – Organisation*. Enjeux pour les laboratoires pharmaceutiques. Smart Pharma Consulting, septembre 2010, p. 4-6.

Le *Projet Régional de Santé* (PRS) est établi par le directeur général de l'ARS après avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), des collectivités territoriales et du préfet de région. Ce projet est tenu de respecter les orientations de la politique nationale de santé et de se conformer aux dispositions financières des lois de finances et de financement de la sécurité sociale. Le PRS doit mettre en œuvre le continuum par priorité et par territoires de santé. Le PRS est composé¹⁶⁹ :

1)- du *Plan Stratégique Régional de Santé* (PSRS) qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région et qui prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et celle des personnes en état de précarité ou d'exclusion ;

2)- des *Schémas Régionaux de Prévention* (SRP),

3)- des *Schémas Régionaux d'Organisation des Soins* (SROS) : l'un des objectifs majeurs de la loi HPST est l'accès de tous à des soins de qualité. Les pouvoirs publics ont pris ces mesures pour remédier à la mauvaise répartition géographique des professionnels de santé, le caractère instable de la permanence des soins, les difficultés d'accès à certaines consultations spécialisées ou les discriminations existantes pour certains patients, comme les patients précaires. Le titre II de la loi propose de définir un mode d'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population et des niveaux de recours reposant sur la distinction entre « soins de premier recours » et « soins spécialisés de second recours ».

L'offre de soins de premier recours¹⁷⁰ a pour objet de répondre aux besoins de proximité nécessitant une présence resserrée sur le territoire : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients ; dispensation et administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que conseil pharmaceutique ; orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; éducation pour la santé¹⁷¹. Pour la première fois, le SROS englobe l'offre de soins de premier recours. Le médecin généraliste de premier recours devient le pivot de l'offre de soins de premiers recours, et trois structures d'exercice sont reconnues : les centres de

¹⁶⁹ Article L. 1434-2 du code de la santé publique.

¹⁷⁰ L'organisation de l'offre de santé autour des soins de santé primaires est un des éléments clés des politiques de l'OMS depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978. Ses quatre principes sont : l'accès universel aux soins et couverture en fonction des besoins ; l'engagement à garantir l'équité en matière de santé ; la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé ; et l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

santé¹⁷², les maisons de santé¹⁷³ et les pôles de santé¹⁷⁴. Ces dispositions doivent permettre un décloisonnement de l'offre de soins de premier recours, ainsi qu'une meilleure coordination avec les structures hospitalières et les structures médico-sociales. Il y a cependant « un fort contraste entre l'esquisse d'organisation des soins de proximité qui figure dans la loi HPST et le modèle de référence que chacun a en tête, celui d'une médecine de proximité organisée collectivement, avec des cabinets pluri-professionnels »¹⁷⁵.

Si les soins de second recours peuvent viser à la prise en charge des besoins plus spécialisés qui font appel à des ressources plus rares, elles doivent s'organiser sur un maillage et selon des modalités particulières, mais la Loi HPST n'en donne pas de définition.

Les activités de soins sont soumises, comme avant, à la contractualisation (CPOM) des activités (autorisation et volumes d'activités),

4)- des *Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale* (SROMS) prévoient et suscitent « les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux » relevant de la compétence des ARS, notamment ceux prenant en charge des personnes âgées ou handicapées¹⁷⁶. Avant la loi HPST, cette planification relevait pour l'essentiel des conseils généraux qui arrêtaient des SROMS¹⁷⁷. Le préfet de région définissait le SROMS ainsi qu'un Programme interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)¹⁷⁸. La loi HPST permet à l'État et à l'Assurance maladie de prendre la planification médico-sociale aux conseils généraux, sous couvert de mieux articuler ainsi les offres sanitaires et médico-sociales. L'ARS élabore le SROMS et le PRIAC après consultation d'une commission de coordination associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les organismes de sécurité

¹⁷¹ Article L.1411-11 du code de la santé publique.

¹⁷² Article L.6323-1 du code de la santé publique.

¹⁷³ Article L.6323-3 du code de la santé publique.

¹⁷⁴ Article L.6323-4 du code de la santé publique.

¹⁷⁵ S. MAURY. Réhabiliter les soins de proximité ? *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 1, p. 94.

¹⁷⁶ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

¹⁷⁷ Article L.312-5 du code de la santé publique.

¹⁷⁸ Articles L.312-5 et L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

sociale¹⁷⁹. En plus, ils doivent être soumis pour avis aux présidents des conseils généraux compétents. Les crédits du secteur médico-social sont « sanctuarisés »¹⁸⁰,
5)- des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, comme le PRAPS qui est imposé, et le programme relatif au développement de la télé médecine. Cette programmation peut se traduire par des actions au niveau du territoire donnant lieu à la conclusion de *Contrats Locaux de Santé* (CLS) par l'ARS, les collectivités territoriales ou leurs groupements.

La programmation de la « gestion du risque » créé par l'article 117 de la loi, « vise à promouvoir des actions relatives à la prévention et à l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins » selon les termes de l'article L.182-2-1 du code de la sécurité sociale.

Si cet ensemble permet d'envisager la planification d'un continuum par priorité, elle est hétérogène en accueillant la gestion du risque. Elle est aussi hétéroclite¹⁸¹, en tentant de transposer le modèle venant des soins vers les autres composantes du continuum, tout en ne tenant pas compte des spécificités de chacun de ses domaines, et sans test de faisabilité. Le modèle conçu autour des soins curatifs ne peut être transposable d'emblée aux autres domaines du continuum, ce qui peut mettre en danger la performance^{182,183} de la planification ainsi que les actions et les partenariats précédents, et cacher aussi une « logique coercitive »¹⁸⁴. Cela peut peser sur la mise en cohérence des schémas malgré le PRS, surtout si les professionnels de santé en charge de ces différents domaines ne sont pas encouragés à travailler ensemble et si les précédents dispositifs et actions ne sont pas intégrés. Mais aussi, cette mise en cohérence peut être amoindrie par des collectivités territoriales heurtées par le fait qu'elles peuvent seulement participer aux instances et au

¹⁷⁹ Article L.1432-1 du code de la santé publique.

¹⁸⁰ Article L.1434-13 du code de la santé publique.

¹⁸¹ B. DE LARD, H. TANGUY. Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé. *Revue de droit sanitaire et social* 2009 ; 5, p. 850-853.

¹⁸² Pour l'OMS, la performance des systèmes de santé correspond à leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la qualité et l'équité, cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...*(*op. cit.*), p. xi.

¹⁸³ Qui est différent de la recherche d'efficacité qui concerne les structures organisationnelles et les moyens nécessaires à leur gestion, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 78.

¹⁸⁴ B. DE LARD, et al. Le nouveau...(*op. cit.*), p. 856-857.

financement des ARS, sans avoir de place à part entière dans les politiques locales de santé¹⁸⁵.

La préférence donnée aux guides méthodologiques, plutôt qu'à une démarche globale prenant en compte les déterminants de la santé et permettant aux ARS de développer une planification stratégique et de choisir leurs priorités¹⁸⁶, a pu également peser.

Ces guides méthodologiques ont été élaborés par le ministère en charge de la santé pour accompagner la mise en place des PRS par les ARS. Citons par exemple : « Élaboration des PRS – Éléments méthodologiques » de septembre 2010 (52 pages) « Schéma Régional de Prévention – Guide méthodologique » du 4 novembre 2010 (52 pages) ; « Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS, version 2 » (110 pages) ; « Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) » de mai 2011 (154 pages)¹⁸⁷ ; « Kit méthodologique sur le suivi et l'évaluation du projet régional de santé (PRS) » de décembre 2011 (62 pages).

La circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1^{er} août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) a renforcé la préférence donnée aux guides méthodologiques, plutôt qu'à une démarche globale permettant de développer une planification stratégique.

Depuis le 3 juillet 2012, une méthodologie permet à l'ARS d'identifier les territoires où le délai de prise en charge de la population pour des soins urgents est supérieur à 30 minutes. Cette méthodologie se fonde sur la base de données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) relative au temps d'accès par commune à une structure d'urgence ou à un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)¹⁸⁸.

Un guide méthodologique a aussi été réalisé pour mettre en place de nouveaux zonages. L'article L. 1434-7 du code de la santé publique prévoit des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique

¹⁸⁵ L. LEVOYER. Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2009 [réf. du 29 décembre 2011], p. 2219. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

¹⁸⁶ A. LOPEZ (dir.). *Méthode d'élaboration du PRS. Projet de document méthodologique du projet régional de santé*. Document de travail. Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, le 29 septembre 2009.

¹⁸⁷ La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a également élaboré un « guide méthodologie pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale » de 165 pages. Disponible sur : www.cnsa.fr/article.php?id_article=1013 [consulté le 15 juin 2012].

des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé déterminées par l'ARS dans le SROS. Le SROS doit indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 du code de la santé publique, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux. Le SROS prend aussi en compte les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires, dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales. L'offre de soins des régions limitrophes et la vocation sanitaire et sociale de certains territoires sont prises en compte. L'instruction DGOS/R2/DSS n°2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, précise « les principes prévalant à l'élaboration du zonage, et traite de l'articulation entre les différents dispositifs ou encore de la gestion de la période transitoire ». Cette instruction permet l'identification des zones fragiles de premier recours ou « zonage pluri-professionnel », tout en donnant une « méthodologie de classification des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux ». Suite à la parution de l'arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 de la convention nationale des sages-femmes libérales¹⁸⁹, l'ARS met en place un dispositif constitué de 7 types de zones destiné à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-

¹⁸⁸ APM International. *Accès à des soins urgents en moins de 30 minutes : la DGOS précise la méthodologie*. Le 19 juillet 2012.

¹⁸⁹ Arrêté du 30 décembre 2011 et relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique qui précise que « les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique sont déterminées dans la partie du schéma régional d'organisation des soins définie au 2° de l'article R. 1434-4 du même code ». Les zones sont constituées d'unités territoriales « à l'échelle du bassin de vie, à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux « pseudo-cantons » et sont référencées par l'INSEE. Les zones tiennent compte des priorités d'action prévues dans le SROS en matière de répartition géographique. Les ARS vont pouvoir classer une zone en fonction de caractéristiques géographiques (densité de population par âge) ou de ses infrastructures de transports (nombre d'indemnités kilométriques par infirmier libéral) dans une « catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur » et dans une marge de 5 % du nombre de zones concernées.

femmes libérales¹⁹⁰ à partir des zones d'emploi de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). De plus, l'ARS devrait, comme précédemment pour les officines, s'enrichir d'autres possibilités de zonages destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmières diplômées d'État, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes et peut-être des médecins.

Ces nouveaux zonages viennent complexifier le « territoire pertinent en santé publique » car ils s'ajoutent aux différents types de territoires de santé, mais aussi aux bassins de vie de l'INSEE de l'intercommunalité ou aux territoires infra-urbains de la politique de la ville : Zones Urbaines Sensibles (ZUS), Zones de Redynamisation Urbaine (ZRU) et les Zones Franches Urbaines (ZFU). L'ARS participe à la constitution d'un « mille-feuilles » de zones qui s'épaissit de plus en plus, sans démarche globale permettant de développer une planification stratégique, ce qui participe à l'« enchevêtrement des zonages, sources de dilution de l'action publique ainsi que de stigmatisation des populations »¹⁹¹.

De plus, le développement des coopérations/négociations a vu le paysage contractuel se complexifier : d'un contrat (création des CPOM entre les ARH et les établissements de santé publics et privés) en 1996, il existait, en 2012, 15 types de contrats pour les champs sanitaire et médico-social : 5 pour le secteur hospitalier¹⁹² ; 6 pour le champ ambulatoire¹⁹³ ; 2 pour le champ médico-social¹⁹⁴, plus un contrat transversal pour l'ensemble des 3 champs et impliquant les collectivités territoriales : le Contrat Local de Santé (CLS). S'il existe un CPOM pour les 3 champs, seule l'appellation est la même, la structuration du contrat étant différente selon le champ.

¹⁹⁰ Zones « avec moins de 350 naissances domiciliées », « sans sage-femme », « très sous-dotées », « sous-dotées », « intermédiaires », « très dotées », et « sur-dotées ». Seules les zones « sans sage-femme », « très sous-dotées », « sous-dotées », et « sur-dotées » feront l'objet de mesures conventionnelles.

¹⁹¹ D'autant plus, que malgré une décennie de réformes, « la réduction des écarts entre les quartiers prioritaires et les villes environnantes [...] n'a pas eu lieu », car les moyens n'ont pas été prioritairement mobilisés pour les zones les plus en difficulté, cité dans COUR DES COMPTES. *La politique de la ville : une décennie de réformes*. Cour des comptes [en ligne]. 2012, [réf. du 20 juillet 2012], p. 137 et 262. Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-politique-de-la-ville-une-decennie-de-reformes>.

¹⁹² CPOM, Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM), Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) et Contrat de Performance (CP).

¹⁹³ Contrat de Bonnes Pratiques (CBP), Contrat de Santé Publique (CSP), Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), CPOM, et Accords de Bon Usage des Soins (AcBUS).

¹⁹⁴ CPOM et Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCS).

En revanche, le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCS) est commun aux 3 champs. Il existe un contrat de télémedecine. Nous découvrons un instrument supplémentaire de la technocratie¹⁹⁵ et qui ne permet pas à l'ARS de contractualiser avec des organismes qui proposent des actions de prévention¹⁹⁶.

En conclusion, la planification de la santé française est une planification stratégique unique au monde, qui peut bénéficier d'une démarche globale accompagnée de formations et de guides méthodologiques de mises en œuvre. Elle peut permettre à l'ARS de trouver par la concertation un équilibre entre les besoins et les demandes de santé d'une population donnée, le continuum et les déterminants de la santé, par priorité et par territoire¹⁹⁷.

Pour la première fois, l'État s'affirme pour devenir un régulateur des offres du continuum. Par le PRS, il indique les moyens et les outils de sa mise en œuvre à partir d'un PSRS qui a pour objet d'assurer la transversalité de la politique conduite par l'ARS, et de définir les priorités de son action commune aux secteurs du continuum. Trois schémas sectoriels de mise en œuvre, les SRP, SROS et SROMS, définissent les priorités pour chacun de ces secteurs au sein de territoires de santé qui peuvent être infra-régionaux, régionaux ou interrégionaux¹⁹⁸. L'extension de la contractualisation des soins vers les autres schémas est une autre caractéristique de la planification mise en œuvre par la loi HPST. Cette délégation peut faire courir un risque de désengagement l'État et de l'Assurance maladie de l'organisation du niveau infra-régional et de la prise en compte fine des besoins de santé de la population.

Les professionnels de santé publique de l'administration de la santé - les MISP, PHISP ou les IASS par exemple - ou de l'Assurance maladie travaillant en ARS - les médecins conseils du service médical – ainsi que les personnels administratifs, ont dû

¹⁹⁵ H. RIHAL. Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires. *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, p 33.

¹⁹⁶ Comme Agirc-Arcco qui a tenté d'élaborer avec le ministère en charge de la santé au début 2012, un décret pour lui permettre de prendre en charge dans ses centres de prévention, des usagers autres que ses affiliés et leurs ayants droit.

¹⁹⁷ B. BASSET. *Les projets régionaux de santé*. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, le 20 mars 2012.

¹⁹⁸ Article L. 6121-2 du code de la santé publique.

s'adapter aux évolutions rapides des dispositifs et des organisations qui ont été à géométrie variable. Ces professionnels ont du recycler, parfois dans l'urgence et souvent en l'absence de concertation, les anciens dispositifs pour les « emboîter » dans les plus récents. Ce bricolage pratique n'a sans doute pas toujours favorisé la continuité des actions sur le moyen et long terme, ainsi que les relations avec les offreurs de services¹⁹⁹.

Cela a pu conduire des directeurs généraux d'ARS, pressés par le niveau national, à avoir recours à des prestataires privés pour réaliser des travaux à la place des professionnels de santé publique de leurs services, posant la question de la gestion privée de l'administration de la santé²⁰⁰.

Si en 2012, il peut être considéré que le modèle de planification de santé proposé en 1997 par Bernard Basset et Alain Lopez²⁰¹ est globalement mis en place, il peut être utilisé comme une « boîte à outils » permettant deux évolutions possibles.

La première évolution possible consiste en un développement « à minima » des possibilités de la planification de la santé. L'affirmation du pouvoir central peut, malgré une absence de réorganisation nationale²⁰², réduire les marges de manœuvre pour la prise en compte et le financement de priorités régionales ou territoriales différentes de celles du niveau national par les ARS, et ce malgré qu'elles aient été demandées dans les rapports préparatoires à la loi²⁰³. Ces marges de manœuvre vont être également contestées par l'Assurance maladie²⁰⁴ et les collectivités territoriales²⁰⁵. La généralisation de la contractualisation peut également réduire les marges de manœuvre d'une ARS voulant répondre à des besoins de santé de territoire infra-régionaux.

¹⁹⁹ F. PIERRU, P.-H. BRÉCHAT. Planification de la prévention et des soins : déconcentration, concurrence et risque d'exclusion. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...* (op. cit.), p. 71-88.

²⁰⁰ H. BERGERON, P. CASTEL, E. NOUGEZ. Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité entre santé publique et intérêt privé. *Revue française de science politique* 2011 ; 61, (2) p. 201-229, et H. BERGERON. Les Politiques de santé publique. In : O. BORRAZ, V. GUIRAUDON (dir). *Politiques publiques*. Tome 2, Changer la société. Paris : Presses de Sciences Po, 2010, p. 79-111.

²⁰¹ B. BASSET, et al. *Planification...* (op. cit.), p. 126-140.

²⁰² P.-L. BRAS. La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? *Droit social* 2009 ; 11, p. 1126-1135.

²⁰³ F. CHAUVIN. De l'agence régionale... (op. cit.), p.65-76.

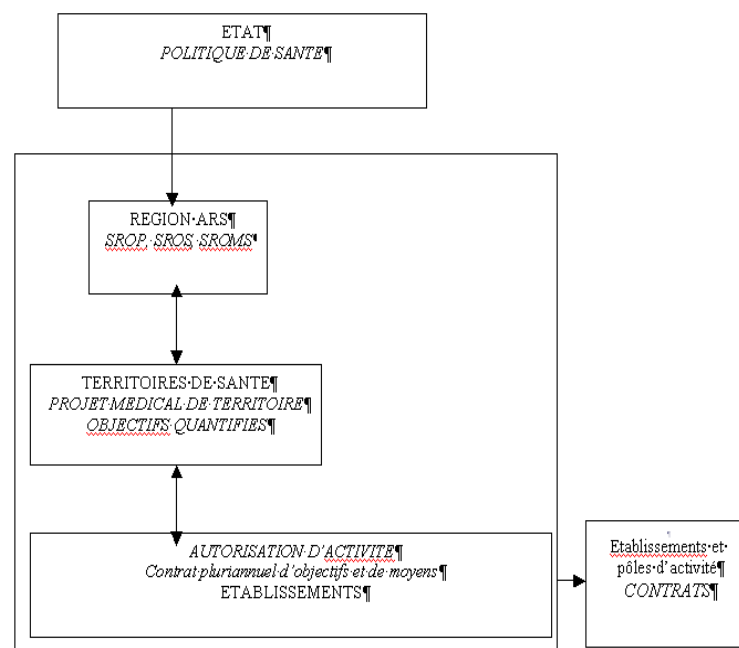
²⁰⁴ P.-L. BRAS. Notre système... (op. cit.), p. 1130-1131, R. PELLET. Assurance maladie et territoires. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.38-64, et R. PELLET. Les relations entre l'assurance maladie et l'Etat. In : E. COUTY, et alii. *La loi HPST...* (op. cit.), p. 372-381.

²⁰⁵ P. VILLENEUVE. Les compétences sanitaires des collectivités territoriales. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.86-97.

De plus, la « santé » de « territoire de santé » ne tend pas vers la définition de la santé retenue par l’OMS, ni vers celle de la Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986, ni celle de l’Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. La prise en compte de ces définitions auraient pu guider le choix de la réforme vers une rationalisation des zonages afin de favoriser une visibilité et une mise en cohérence des actions de l’État comme celles concernant le logement, l’éducation, l’environnement, le travail, la justice et le système de santé, et cela en partenariat avec les collectivités territoriales. Nous pouvons constater que si le PSRS prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et celle des personnes en état de précarité ou d’exclusion, la possibilité d’investir l’ensemble des déterminants de la santé n’est pas prévue, malgré les rapports préparatoires à la loi.

Cet ensemble peut permettre une planification imposée aux territoires par le niveau national via les ARS, par une « ligne quasi hiérarchique entre des directions hospitalières, des directeurs d’ARS et l’échelon central »²⁰⁶, comme peut l’illustrer le schéma ci-après.

ORGANISATION TERRITORIALE ET DECLINAISON DU PRS



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble modernisons l’hôpital, dispositif d’accompagnement des réformes hospitalières. Quelle place pour l’établissement de santé dans l’organisation territoriale de l’offre de soins ?* Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins; 2007, p. 76.

²⁰⁶ P.-L. BRAS. La création... (op. cit.), p. 1131.

Ce schéma, issu de la formation nationale du ministère de la Santé et des Solidarités pour la mise en place du plan «Hôpital 2007, est précurseur de la loi HPST organise déjà la nouvelle chaîne de commandement²⁰⁷ qui va du national au pôle d'activité hospitalier. Nous pouvons également noter qu'il ne comprend pas de dispositif de concertation et de retour d'informations du territoire au national. Ce schéma peut illustrer la prévalence du modèle « technique et descendant » de Philippe Mossé qui affirme un niveau national prenant les décisions et cantonnant les ARS à un rôle de relais, sur le second modèle « politique et ascendant » basé sur un processus de définition des besoins de santé et de concertations locales permettant de définir les priorités²⁰⁸. Cela peut favoriser un troisième modèle « concurrentiel-marchand » et peut marquer un tournant « libéral » de la politique de santé²⁰⁹. C'est une planification de la santé « à minima » qui peut favoriser la partie « libérale » du modèle « État libéral démocratique ».

La seconde évolution possible consiste en un développement « à maxima » des possibilités de la planification de la santé. Les ARS y bénéficient de davantage d'autonomie pour délimiter des territoires prenant en compte des particularités géographiques, historiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles, socio-économiques, etc. ainsi que des besoins de santé. Mais également de temps pour des débats et une concertation afin d'arriver à un consensus sur des priorités reconnues par tous²¹⁰ ; des allocations de ressources afin de développer des actions répondant aux besoins de santé de la population au niveau infra-régional ; voire d'équité différentielle dans les ressources²¹¹ et la politique²¹². C'est la planification de la santé « à maxima » qui peut favoriser la partie « démocratique » du modèle « État libéral démocratique ». Le rapport de Jean-Pierre Fourcade, propose l'évolution des outils de la planification pour « favoriser la meilleure prise en charge des patients dans chaque territoire de santé »²¹³. Cela permettrait de

²⁰⁷ J.-L. MARX. *Les territoires de l'Etat*. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1997, n°3189, In : J. MOREAU. *Esquisse...* (*op. cit.*), p. 21.

²⁰⁸ P. MOSSE. Les restructurations hospitalières : modèle ou succédané de politique hospitalière. *Revue française des affaires sociales* 2001 ; 2, p. 11-26.

²⁰⁹ E. COUTY. *Hôpital...* (*op. cit.*), p. 39-48.

²¹⁰ A. JOURDAIN. Zoom sur...Les besoins et priorités de santé. In : A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification...* (*op. cit.*), p. 47-50.

²¹¹ D. CASTIEL. De l'équité dans l'allocation des ressources. *Soins* [en ligne]. 2005 ; 697, [réf. du 29 décembre 2011], p. 24-25. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

²¹² A. JOURDAIN. *Le principe d'équité dans les politiques de population des années quatre-vingt-dix*. Rennes : Éditions ENSP, 2003.

²¹³ J.-P. FOURCADE. *Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. Instituté par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Rapport au Parlement. Ministère du travail, de

prendre en compte ce que la Cour des comptes posait en 2011 : perfectionner la définition des priorités et des orientations est perfectible, mieux connaître la dépense, améliorer le pilotage de la politique et des actions, et améliorer l'évaluation. En effet, « l'incapacité continue à définir des priorités comme la multiplication des objectifs et indicateurs...ne paraissent pas dessiner la voie dans laquelle une politique [...] efficiente peut prospérer »²¹⁴.

La planification de la santé est un outil abouti qui permet la mise en œuvre d'une politique de santé qui peut être libérale ou démocratique. L'enjeu du territoire pertinent devient primordial.

l'emploi et de la santé [en ligne]. 7 juillet 2011 [réf. 29 décembre 2011], p. 33. Disponible sur : http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf

²¹⁴ COUR DES COMPTES. *La prévention sanitaire*. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières). Cour des comptes [en ligne]. 2011, [réf. du 29 décembre 2011], p. 132. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

Chapitre 2 : L'EMERGENCE D'UN TERRITOIRE PERTINENT

Pour adapter les politiques publiques nationales aux réalités locales, l'État s'attache à la recherche d'un « territoire pertinent » c'est à dire : « celui qui apparaît comme le plus apte à rendre compte des phénomènes que l'on souhaite observer ou sur lesquels on veut intervenir, le plus approprié pour organiser la réponse à des besoins identifiés, le plus homogène pour bâtir et conduire des projets collectifs »²¹⁵. Après avoir apporté des éléments sur l'essor du territoire dans les domaines des soins et de la santé (**Section 1**), le développement de la territorialisation sera abordé (**Section 2**).

Section 1 : L'essor du territoire

En premier lieu, des éléments de définition du territoire pertinent propre à la santé seront apportés par une approche interdisciplinaire, et ils seront centrés la période 1991-2012. Des expériences menées en matière de planification sanitaire et sociale ont conduit les pouvoirs publics à évoquer différents territoires d'intervention, notion permettant de cerner les périmètres dans lesquels l'État tente de mailler des offres de soins et de santé en fonction de besoins de santé de la population, et de priorités nationales. Le désengagement du territoire infra-régional par les ARS par rapports aux ARH sera ensuite mis en évidence.

Le terme de territoire²¹⁶ renvoie à des significations variées qui peuvent dépendre de l'angle d'approche, des disciplines qui l'étudient et de l'époque. Le terme de territoire est polysémique.

²¹⁵ INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport annuel 2002 : Politiques sociales de l'État et territoires*. Paris : La Documentation française, 2002, p. 23.

²¹⁶ Le territoire peut se définir ainsi : « 1. Etendue de la surface terrestre sur laquelle vit un groupe humain, une collectivité politique nationale. Le territoire : élément constitutif de la collectivité ou limite de compétence. Aménagement du territoire : politique qui tend à distribuer les activités économiques selon un plan régional ; 2. Etendue de pays sur laquelle s'exerce une autorité, une juridiction (le territoire d'un juge). Étendue de pays qui jouit d'une personnalité propre mais ne constitue pas un État souverain (territoires coloniaux) ; 3. Zone, région précisément déterminée (douleur dans le territoire d'un nerf) ; 4. Zone qu'un animal se réserve et dont il interdit l'accès à ses

Le territoire vient du latin « territorium », qui signifie terroir. Dans la langue française, le terme de territoire apparaît au XIII^{ème} siècle, où il est synonyme de Région, Contrée ou Province. Puis, à partir du XVII^{ème} siècle, le territoire désigne aussi la ville et sa banlieue. Ce terme est également utilisé dans un sens politico-administratif : le territoire permet de définir le périmètre étatique qui est délimité par les frontières du pays. En géographie, le territoire a pris une importance croissante, notamment en géographie humaine et politique. Il doit cependant pouvoir rester évolutif en continuant de prendre en compte la géographie sociale et culturelle²¹⁷ tout en développant la géographie physique et historique²¹⁸. Pour Claude Raffestin, le territoire est aussi un espace transformé par le travail humain²¹⁹, et pour Pierre George et Fernand Verger, le territoire est défini comme un espace géographique qualifié par un appartenance juridique : territoire national, territoire montagneux, culturelle ou linguistique²²⁰. Trois définitions générales illustrent les grandes conceptions du territoire : le territoire comme « espace à métrique topographique » ; le territoire « agencement de ressources matérielles et symboliques capables de structurer les conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'un collectif social, et d'informer en retour cet individu ou ce collectif sur sa propre identité » ; le territoire comme « portion humanisée de la surface terrestre »²²¹. Dans le sens administratif, le territoire peut désigner une subdivision qui s'applique principalement à des territoires pionniers, lointains²²² ou peu peuplés. Quand l'augmentation démographique est assez importante, le terme de territoire peut être remplacé par celui de région ou d'État. Le territoire douanier est défini

congénères. Endroit qu'une personne s'approprie en y mettant des objets personnels », cité dans le Petit Robert, 1994.

²¹⁷ La géographie sociale est la branche de la géographie humaine qui étudie les rapports entre sociétés et espaces. La géographie culturelle est la branche de la géographie humaine qui s'intéresse aux rapports entre les sociétés et leur environnement et est associée à l'anthropologie, de G. DI MÉO. *Les territoires du quotidien*. Paris : Editions L'Harmattan, 1996.

²¹⁸ C. CHIVALLON, P. RAGOUET, M. SAMERS (dir.). *Discours scientifique et contextes culturels : géographies britanniques et françaises à l'épreuve postmoderne*. Talence : Maison des Sciences de l'homme d'Aquitaine, 1999.

²¹⁹ C. RAFFESTIN. Ecogénèse territoriale et territorialité. In : F. AURIAC, R. BRUNET (dir). *Espaces, jeux et enjeux*. Collection « nouvelle encyclopédie des sciences et des techniques / Essais ». Paris : Editions Fayard, 1986, p. 173-185.

²²⁰ P. GEORGE, F. VERGER. *Dictionnaire de la géographie*. Paris : Presses universitaires de France, 2009.

²²¹ B. DEBARBIEUX. Territoire. In : J. LEVY, M. LUSSAULT (dir). *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 2003, p. 910, B. DEBARBIEUX. *Territoire... (op. cit.)*, p. 910.

²²² Le statut de territoire d'outre-mer était, jusqu'en 2003, attribué à des territoires n'ayant pas le statut de département d'outre-mer. Il a été remplacé par le statut de « collectivité d'outre-mer ».

comme la portion du territoire où s'exerce le droit douanier du pays²²³. En écologie, un territoire désigne une zone d'habitat occupée par un individu, une population, une espèce végétale ou plus généralement animale. En éthologie, le territoire est également un milieu de vie, un lieu de reproduction d'une espèce animale. En marketing, le territoire est considéré comme un espace de valeurs et d'attentes où une marque est légitime aux yeux de sa clientèle. Un autre terme qui peut être lié au territoire est celui d'aire : dans un cadre économique, l'aire d'influence ou l'aire d'attraction, définit le territoire d'influence d'une ville ou d'un établissement de santé.

En planification de la santé, la notion de territoire est parfois utilisée pour désigner un espace. C'est l'approche choisie par Alain Jourdain et Isabelle De Turenne pour définir le territoire en planification sanitaire²²⁴. L'espace vient du latin « spatium », qui signifie champ de cours, arène, puis distance, surface ou volume. Plus récemment, il a été combiné avec le temps (espace-temps). Il touche tous les domaines que le territoire traite. Il est construit en partie de la même façon et peut être formé d'un réseau qui couvre l'ensemble de la surface du territoire. Les différentes définitions partagent l'idée qu'aucun territoire n'est donné mais qu'il est socialement construit et que sa définition est interdisciplinaire.

En droit, nous retiendrons celle de Jacques Moreau, pour qui le territoire est un espace irrigué par le droit et borné par des limites, et pour qui cette conception juridique se démarque des nombreux travaux consacrés à la définition du territoire par les géographes, les historiens ou les sociologues²²⁵.

En somme, le territoire correspond à une représentation particulière de l'espace que se font des groupes d'individus, à partir d'appropriations à la fois économique, idéologique, politique, sociale et historique²²⁶. Le territoire favorise l'agencement « sur un espace métrique géographique » des ressources matérielles et symboliques capables de structurer les conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'un collectif social et d'informer en

²²³ Le territoire douanier peut différer du territoire politique, ce qui peut créer des enclaves douanières, par exemple le Liechtenstein fait partie du territoire douanier Suisse.

²²⁴ A. JOURDAIN, et al. *100 mots-clés...*(*op. cit.*), p. 60-61.

²²⁵ J. MOREAU. *Esquisse...*(*op. cit.*), p. 16.

²²⁶ G. DI MEO. *Les territoires au quotidien*. Paris : Editions L'Harmattan, 1996, p. 40.

retour cet individu ou ce collectif sur sa propre identité²²⁷. Le territoire est caractérisé par la complexité issue de la multiplication des données et des espaces de références qui permettent la différenciation des représentations et la production d'identité collective. C'est aussi un espace irrigué par le droit. Le territoire est devenu un puissant outil au service de l'État.

Concernant un territoire propre à la santé, « l'idée n'est pas nouvelle : en vertu de la loi de 1970, la planification sanitaire avait conduit – ce fut long – à un découpage de la carte sanitaire alors en vigueur en régions et secteurs sanitaires, avant qu'apparaissent en 1991 les zones sanitaires puis en 2003 les territoires de santé qui ont été substitués aux secteurs et aux zones », comme le rappelle Didier Truchet²²⁸.

En matière sanitaire, avec la loi de juillet 1991, la région est reconnue comme l'espace de référence pour l'organisation des soins, quelques activités rares et coûteuses restant de compétence nationale. Les frontières régionales ne peuvent être dépassées, sauf dans les cas de zones sanitaires particulières, et le pouvoir décisionnaire est aux mains du directeur de l'ARH. Les articles L 712-2 et 712-7 du code de la santé publique donnent toute précision sur le niveau d'organisation afférent à chaque discipline, activité, équipement au sein de la région. L'organisation de la médecine, chirurgie, obstétrique se fait au niveau des secteurs sanitaires, et, selon la loi, ces secteurs doivent compter au moins 200 000 habitants. La psychiatrie est organisée par secteurs psychiatriques. Les scanners sont envisagés au niveau régional. Selon la rareté de l'offre sanitaire étudiée, l'espace d'organisation est modulable : des regroupements de secteurs, de régions peuvent constituer des zones sanitaires pertinentes. L'appréhension de l'espace régional prend une place importante dans la démarche de planification sanitaire avec le découpage de la carte sanitaire. Plusieurs outils, tels que les bassins d'emploi ou les villes attractives définis par l'INSEE peuvent permettre de refléter la réalité du territoire propre à la santé. L'espace organisé ou subi correspond aux divisions administratives, juridiques, électorales posées, alors que l'espace construit est une notion plus abstraite, à mi-chemin entre l'espace naturel et l'espace subi. Partir de la population et de ses besoins semble être l'approche la plus légitime en matière de planification et

²²⁷ B. DEBARBIEUX. *Territoire...* (op. cit.), p. 910.

²²⁸ D. TRUCHET. *Droit de la santé publique*. Septième édition. Paris : Éditions Dalloz, 2009, p. 62-64.

d'organisation du système de santé. Mais la définition des secteurs sanitaires comporte de tels enjeux par rapport à la distribution de l'offre de soins, que la logique politico-administrative et celle des établissements influe aussi²²⁹.

Entre 1991 et 2004, la planification sanitaire avec les SROS de première et de deuxième génération a favorisé de nombreuses expériences pour tenter de définir le territoire pertinent en soins et en prévention²³⁰. Trois grandes catégories ont été évoquées : les territoires administratifs juridiquement définis comme les secteurs sanitaires ; les territoires spécifiques comme les bassins de naissances ; et les territoires de projet constitué des réseaux d'acteurs, comme le contrat de pays.

Depuis 2004, avec la garantie de l'accès aux soins pour tous, la contractualisation et la coopération, les « territoires de santé » sont un des objectifs du SROS de troisième génération (2006-2011)²³¹. Le territoire de santé, qui remplace le secteur sanitaire, est conforté par la loi HPST, comme nouveau découpage juridiquement applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements, ainsi qu'à la santé. Ainsi, le territoire de santé peut devenir un espace géographique et démographique pertinent pour l'organisation des soins et pour lequel un « objectif quantifié » d'activités de soins est envisagé. Il ne suit pas nécessairement les découpages administratifs. Il peut varier en fonction du niveau de prise en charge considéré dans l'échelle de gradation des soins, comme le territoire de santé pour les soins de premier recours et la région pour les greffes²³². Le territoire de santé est un espace d'organisation des soins, de régulation de l'offre territoriale par les volumes d'activité et nationale par les tarifs, de concertation et d'expression citoyenne. Par le SROS de troisième génération²³³, cet espace d'organisation des soins va être étendu à la prévention et aux soins curatifs et palliatifs, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale, puis étendu à la médecine de ville et le secteur médico-social et social, via le Projet Régional de Santé

²²⁹ A. JOURDAIN, et al. *100 mots-clés...* (op. cit.), p. 60-61.

²³⁰ T. LERNOU, L. LEBRUN, P.-H. BRÉCHAT. Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. *Santé publique* [en ligne]. 2007 ; 6, [réf. du 29 décembre 2011], p. 499-512. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

²³¹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation du système de santé, et circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, cité dans MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Ensemble...* (op. cit.), p. 39.40

²³² M.-L. MOQUET-ANGER. *Droit hospitalier*. Deuxième édition. Paris : Éditions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ) / Lextenso éditions, 2012, p. 63-69.

(PRS). Le territoire de santé devient ainsi le territoire pertinent où l'État va pouvoir adapter au continuum pour répondre aux besoins de santé de la population, et par priorité, mais sans prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Chaque offre pourra être contractualisée, chaînant ainsi l'offre territoriale aux politiques nationales et régionales. Le contrat est un outil de mise en cohérence entre politique de santé, contraintes budgétaires et stratégies des offreurs. C'est aussi un levier de réorganisation des offres par territoire de santé, comme celles des établissements de santé.

Le territoire de santé est un concept récent qui ne bénéficie pas de définition. Il peut être constitué, selon l'article L. 6121-2 du code de la santé publique par « un espace infra-régional, régional, interrégional ou national »²³⁴. Et selon l'article L 1434-16 du code de la santé publique : « l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé [...] sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la CRSA d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région. Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires ». Le directeur général de l'ARS a pu constituer une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire de santé concerné, dont les usagers. Dépourvue de tout pouvoir décisionnel, ces conférences de territoires ont principalement eu un rôle d'enregistrement, plutôt qu'un rôle d'impulsion d'une politique²³⁵.

²³³ Article L 6121-1 du Code de la Santé Publique.

²³⁴ La circulaire n°101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de troisième génération ne donne pas davantage de définition synthétique du territoire malgré un point I.1 intitulé définition des « territoires » de santé, cité dans M.-L. MOQUET-ANGER. *Droit... (op. cit.)*, p. 66.

²³⁵ M.-L. MOQUET-ANGER. *Droit... (op. cit.)*, p. 68.

Pourtant, ce territoire de santé peut être le territoire pertinent en santé si, selon Jacques Moreau, c'est un espace irrigué par le droit²³⁶, donc garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, mais également garant des principes de solidarité et de fraternité, et du service public. Mais pour cela, ce doit être un espace socialement « construit »²³⁷ par des travaux interdisciplinaires ainsi que par la concertation, ce qui doit favoriser la conception de territoires adaptés aux besoins de santé de la population, et des solutions appropriées pour y répondre²³⁸. Ce territoire doit favoriser la cohérence des actions entreprises et des financements, ainsi que l'efficacité des partenariats entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. Cet espace doit favoriser la structuration des conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'une population, et également favoriser leur information en retour. Ce territoire doit favoriser l'amélioration de l'état de santé de toute la population et partout, au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies [Annexe 1].

Cette absence de définition du territoire de santé et d'impulsion d'une politique par la conférence de territoire, peuvent être les symptômes d'une réorganisation territoriale du système de santé inaboutie²³⁹.

La planification de la santé est une « boîte à outils » qui peut favoriser deux évolutions au sein de ces territoires : des restructurations pour l'ensemble du continuum et / ou participer à une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé, afin d'améliorer l'état de santé de toute la population et partout, tout en privilégiant le service public. Nous allons, en reprenant le processus de construction des territoires de santé, tenter d'approcher la réalité de ces deux évolutions possibles.

L'élaboration d'un territoire pertinent en santé est récente. Nous allons envisager son élaboration par des exemples successifs, à partir de l'année 1991.

²³⁶ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 16.

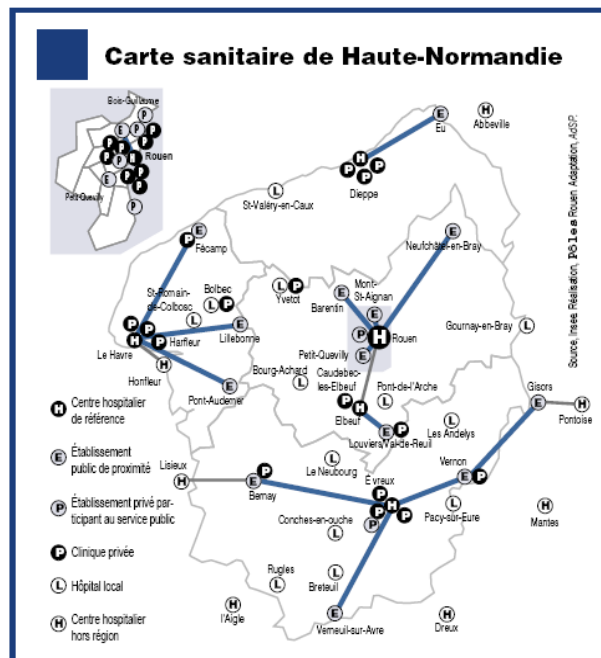
²³⁷ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 17.

²³⁸ M.-L. MOQUET-ANGER. Territoires de santé et égalité des citoyens. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 121-123.

²³⁹ C. CASTAING. Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2009 [réf. du 29 décembre 2011], p. 2212. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

Le territoire sanitaire ou territoire de soins, avec la carte sanitaire, va s'attacher à repérer l'organisation hospitalière sur un département, comme dans l'exemple ci-après.

CARTE SANITAIRE DE HAUTE-NORMANDIE

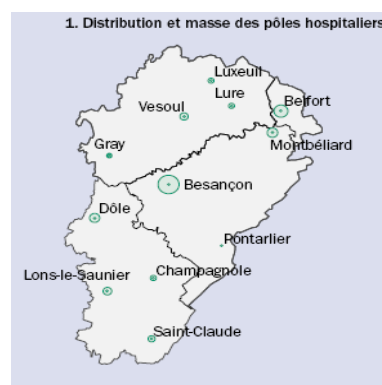


Source : I. DE TURENNE, A. JOURDAIN. *Les outils de la planification. Actualité et dossier en santé publique* 1995 ; 11, p. XII.

L'approche par bassins de santé va ensuite affiner la représentation d'un territoire centré sur le soin, puis le continuum.

L'activité globale des établissements a été considérée pour constituer la « masse » des établissements ou pôles hospitaliers, comme le montre la figure ci-après.

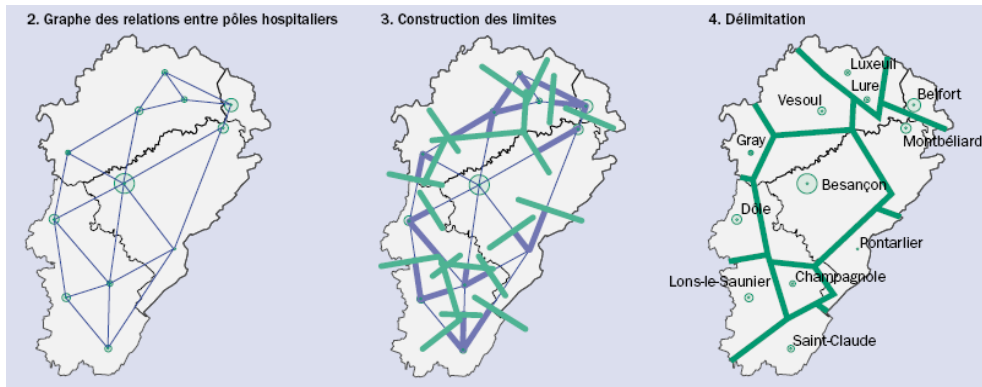
DISTRIBUTION ET MASSE DES POLES HOSPITALIERS



Source : E. VIGNERON. *Les bassins de santé : concept et construction. Actualité et dossier en santé publique* 1999 : 29, p. 40.

Les relations entre ces établissements ou pôles hospitaliers, comme les flux hospitaliers, ont été investies pour délimiter des bassins de soins, comme le montre la figure ci-après.

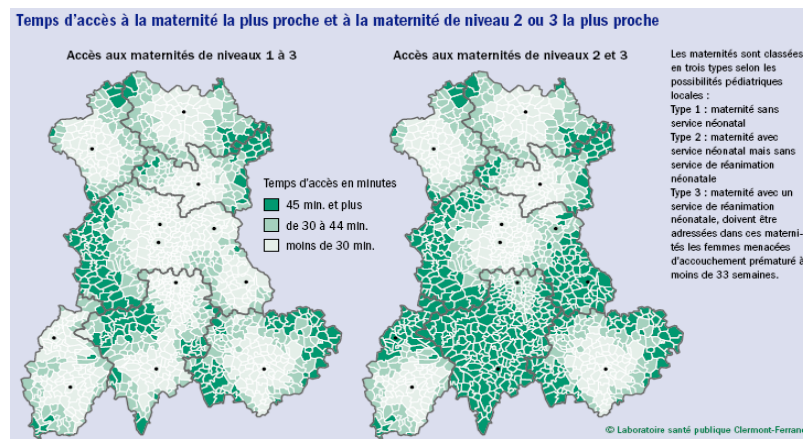
POUR ARRIVER A DELIMITER DES « BASSINS DE SOINS »



Source : E. VIGNERON. Les bassins de santé : concept et construction. Actualité et dossier en santé publique 1999 : 29, p. 41.

Puis, des territoires de soins par spécialité médicale et chirurgicale sont apparues. Ils sont organisés par des schémas sanitaires spécifiques, comme pour la transfusion sanguine, les urgences²⁴⁰ ou la périnatalité, et ce en réseau de soins, par une planification prenant en compte le temps d'accès à des soins. Cette planification temporelle prend en compte les particularités géographiques des territoires, comme peut le montrer l'exemple ci-après.

TEMPS D'ACCES A LA MATERNITE DE NIVEAU 1, 2 OU 3 LA PLUS PROCHE



Source : B. AUBLET-CUVELIER, M. VENET, M. MASCART, J.-L.MEYER, D. LEMERY. Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins : Le réseau périnatalité en Auvergne. Actualité et dossier en santé publique 1999 ; 29, p. 51.

²⁴⁰ J.-F. DODET. Les schémas sanitaires spécifiques : La transfusion sanguine et les urgences. Actualité et dossier en santé publique 1995 ; 11, p. XIX.

équipements sont : concurrentiels (hypermarché, librairie, banque, vétérinaire, etc.), non concurrentiels (maison de retraite, bureau de poste, crèche, installation sportive, etc.), de santé (médecin, infirmier, pharmacie, masseur-kinésithérapeute, dentiste, ambulance, maternité, urgences, hôpital de court, moyen et long séjour), et d'éducation (collège, lycée, etc.). Ces données ne prennent pas en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Les bassins de vie doivent favoriser le développement de l'intercommunalité rurale, de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales.

Les services déconcentrés du ministère en charge de la santé, comme les ARH, ont continué à prendre en compte ces données pour constituer des territoires de santé dans le cadre de l'élaboration des SROS de troisième génération (2006-2011). Les méthodes de découpages utilisées par les régions ont été différentes. Elles ont été basées soit sur les flux réels hospitaliers, les flux réels hospitaliers articulés avec les zonages en bassin de vie ou zones d'emploi, les flux réels hospitaliers et ambulatoires ou les bassins de vie²⁴³.

Le nouvel article L. 1434-16 du code de la santé publique de la loi HPST élargit, à partir de ces évolutions, la construction d'un territoire pertinent, comprenant le continuum. En réalité, il s'agit plutôt d'un territoire de soins élargi à la prévention et au médico-social, qui en plus, concerne principalement la région (régionaux ou interrégionaux, contre infra-régionaux). Si le territoire de santé est devenu le lieu de réponse aux besoins de la population en matière hospitalière²⁴⁴, il lui reste à pouvoir prendre en compte le continuum et l'ensemble des déterminants de la santé.

Il reste à « marier » les données sur les besoins de santé, à partir de l'ensemble des déterminants de la santé, à celles des offres du continuum et des autres actions, pour commencer à définir un « territoire pertinent en santé publique ». Cela aurait

²⁴²

Disponible

sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bassins_vie®_id=99&page=donnees-detaillees/bassins_vie/bassins_vie.htm [consulté le 14 mai 2012].

²⁴³ M. COLDEFY, V. LUCAS-GABRIELLI. Les territoires de santé : des approches variées de ce nouvel espace de planification. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010 ; 41 (1), p. 75-78.

l'avantage de mettre le bon ordre pour faire de la santé publique, et de donner le « maximum » de possibilités à la planification de la santé. De nombreux travaux réalisés à partir de méthodologies validées existent, et pourraient être utilisés pour cela. Ces travaux concernent les variations dans l'espace d'indicateurs de santé en relation avec l'environnement socioéconomique, la mortalité et la demande de la consommation de soins, la mortalité générale et les causes de décès (INSERM)²⁴⁵, ainsi que les déterminants et les inégalités géographiques^{246,247}. Il est aussi possible de déterminer les besoins ressentis, par déterminant de la santé des usagers, comme peut le montrer les deux étapes ci-après²⁴⁸. La première étape a consisté à réaliser un questionnaire qui a été soumis aux usagers d'un établissement de santé, afin de situer les besoins de santé en fonction des déterminants de la santé.

ETAPE I : CONSIDERER LES DETERMINANTS DE LA SANTE

Annexe I : Indicateurs de handicap social retenus par domaines de handicap

1 - Domaine « santé »	
	Indicateur de morbidité (MORBI) résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés
	Indicateur de risque (RISKI) est obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées et l'association éventuelle des deux
2 - Domaine « ressources »	
	Indicateur de niveau de vie Il est constitué par le revenu des personnes (REVENU)
	Indicateur de précarité (PRECAT) est constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (CHOM) et d'une accumulation des risques de précarité (PRESTENDETT), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement
3 - Domaine « insertion culturelle »	
	Indicateur de scolarisation (SCOL)
	Indicateur d'activités culturelles (CULTU) est porté par trois variables : lecture d'un journal, de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle
4 - Domaine « relations avec autrui »	
	Indicateur relations familiales (FAM)
5 - Domaine « logement »	
	Indicateur de confort intérieur (CI) est lui-même porté par quatre variables : le confort sanitaire (DF), l'équipement en biens durables (EQ), l'indice de peuplement (IP) et l'équipement complémentaire (EC)
	La localisation du logement (LOCA) est composé de trois variables : la proximité des commodités (DIS), les critiques à l'environnement (CRIT) et le statut d'occupation (L)
6 - Domaine « patrimoine »	
	Indicateur d'actifs immobiliers (IMMO)
	Indicateur d'actifs mobiliers (MOBI)

²⁴⁴ B. BONNICI. Etablissements de santé et territoire. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 98-107.

²⁴⁵ E. VIGNERON. *Pour une approche...* (op. cit.), p. 155.

²⁴⁶ Le SCORE-santé de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) sur la santé de la population. Disponible sur : <http://www.score.sante.org/score2008/index.html> [consulté le 16 mars 2012].

²⁴⁷ Le questionnaire d'handicap social ou le score EPICES, cité dans D. CASTIEL, et alii. Handicap social... (op. cit.), p. 195-212.

²⁴⁸ D. CASTIEL, et alii. Handicap social... (op. cit.), p. 212.

Les résultats obtenus, montrent ici que ce sont les indicateurs « revenu (Rev) », « capital mobilier (Mobi) » et « confort intérieur (CI) » qui seraient les déterminants majeurs à prendre en compte, comme le montre le tableau ci-après.

ETAPE II : PRIORISER LES DETERMINANTS DE LA SANTE

Tableau II : Construction du handicap social (taux de dégradation pour l'indicateur concerné) pour chacune des 3 classes

Ordre	Classe 1	Classe 2	Classe 3
1	Mobi (69,10 %)	Rev (96,09 %)	Rev (100 %) Mobi (100 %) CI (100 %)
2	CI (60,68 %)	Mobi (92,19 %)	Immo (91,04 %)
3	Rev (46,63 %)	CI (90,88 %)	Cultu (90,30 %)
4	Fam (37,08 %)	Cultu (74,74 %)	Fam (88,81 %)
5	Cultu (30,90 %)	Immo (72,14 %)	Scol (82,09 %)
6	Immo (29,22 %)	Scol (61,46 %)	Precat (70,15 %)
7	Scol (21,35 %)	Fam (52,87 %)	Loca (66,41 %)
9	Loca (14,61 %)	Precat (35,16 %)	Riski (25,38 %)
8	Morbi (20,79 %)	Loca (48,44 %)	Morbi (48,51 %)
10	Precat (5,62 %)	Morbi (33,33 %)	
11	Riski (3,94 %)	Riski (10,68 %)	

Source : D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT, M.-C. GRENOUILLEAU, R. RYMER. Handicap social et hôpitaux publics : Pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. *Santé publique* 2009 ; 21, p. 212.

Le même exercice est possible par territoire de santé (voir plus loin), et ce modèle peut être utilisé pour des allocations de ressources (développé en Partie 2). Le territoire de santé qui prend en compte au plus près, soit au niveau infra-régional, les besoins de santé à partir de l'ensemble des déterminants de la santé, pour l'ensemble du continuum, pour améliorer l'état de santé de toute la population et partout.

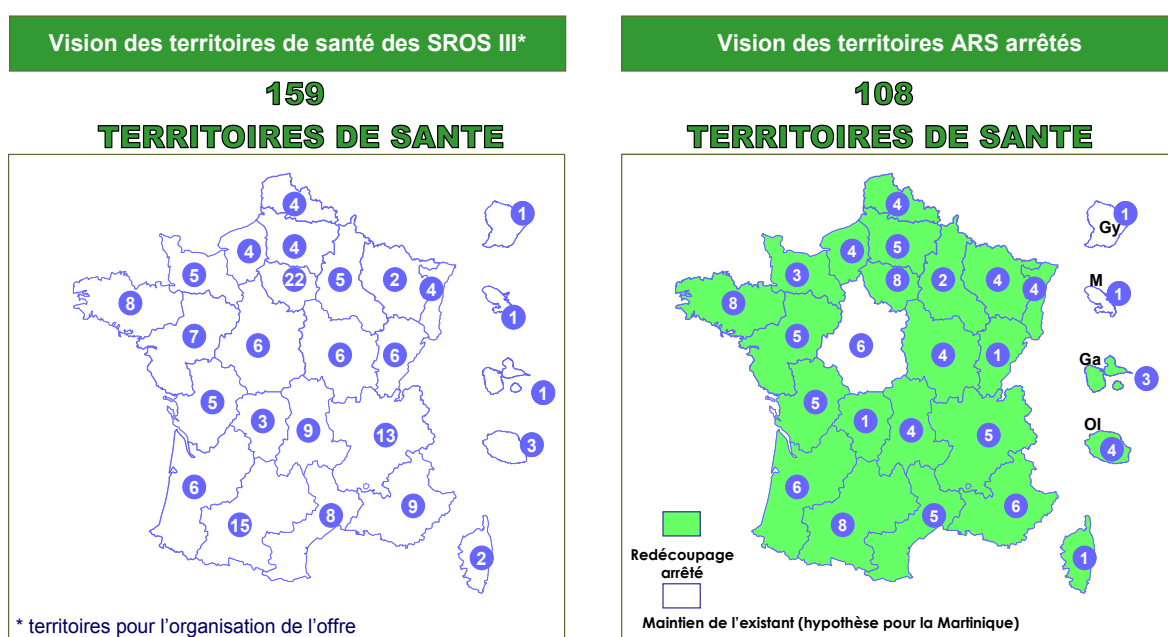
Pourtant, il y a un désengagement multiple du territoire infra-régional par les ARS.

En 1974, le territoire de santé était découpé en 256 secteurs sanitaires répartis en 21 régions²⁴⁹. Puis, comme le montre les schémas ci-après, les ARH ont constitué 159 territoires de santé entre 2004 et 2009. C'était sept de plus qu'entre 1999-2004, et

²⁴⁹ F. BOURDILLON. Les territoires de santé, maillon clé...(*op. cit.*), p. 143.

notamment des petits territoires de moins de 200 000 habitants. Ces territoires avaient une taille moyenne de 374 000 habitants, contre 418 000 entre 1999-2004²⁵⁰. Entre 2009 et 2012, les ARS ont diminué le nombre de ces territoires de santé de 51, pour arriver à un total de 108 territoires de santé. La taille de ces territoires a augmenté, faisant passer la moyenne de population des territoires de 374 000 habitants à 605 000 habitants. Pourtant, pour Jean-Claude Henrard et Joël Ankri, le territoire de santé peut concerner la ville qui peut être un territoire à privilégier lors de l'élaboration des politiques locales de santé²⁵¹.

LES TERRITOIRES DE SANTE DES ARH ET DES ARS



Source : B. BASSET. Les projets régionaux de santé. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, le 15 mars 2011.

Le nombre de territoires de santé par ARS a ainsi diminué de 32,1 % par rapport à celui des ARH, (ou 28,9 % si l'on considère le nombre de territoires du SROS de deuxième génération) ; la taille moyenne de ces territoires est passé à 605 000 habitants, alors qu'il était de 374 000 habitants (avec des petits territoires de moins de 200 000 habitants), ce qui est supérieur aux 418 000 d'entre 1999-2004. Les territoires de santé des ARS concernent davantage d'habitants et sont moins

²⁵⁰ M. COLDEFY, et al. Les territoires... (*op. cit.*), p. 75-78.

nombreux, mettant à bas les efforts réalisés entre 1999 et 2009 pour arriver à des territoires de santé infra-régionaux de plus en plus petits et nombreux, afin d'être au plus près des besoins de santé de la population.

Les ARS ont peu travaillé à la mise en œuvre de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, qui porte pourtant sur la recherche de territoires pertinents et la mutualisation de services et d'équipements qui peuvent concourir à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cela peut montrer qu'il y a une déconnexion des ARS avec l'intercommunalité et les réformes des collectivités territoriales. Pour Jean-Pierre Fourcade : « l'action de l'État porté par les ARS ne doit pas exclure du paysage sanitaire et social des régions, parfois marqué par une certaine désertification médicale, les autorités préfectorales, les représentants des collectivités territoriales, et les représentants des associations d'usagers. Ils sont les garants du bon fonctionnement du système de santé et de son adéquation aux besoins de la population »²⁵².

Ce désengagement est porteur du risque que l'État et l'Assurance maladie se coupent du territoire infra-régional et perdent des possibilités de réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé, alors qu'elles sont en augmentation. Ne dit-on pas « loin des yeux, loin du cœur » ? Pourtant, l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies précise, dans son paragraphe 27, que l'approche territoriale doit être privilégiée²⁵³ et que par l'obligation fondamentale 43, l'État doit veiller « à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ».

La justification avancée par le ministère en charge de la santé en 2011 est que ce redécoupage « permet de réduire l'écart entre le territoire le moins peuplé et le plus

²⁵¹ J.-C. HENRARD, J. ANKRI. *Systèmes & politiques de santé*. Rennes, Editions ENSP, 1996, p. 165-182.

²⁵² J.-P. FOURCADE. *Comité... (op. cit.)*, p. 40.

²⁵³ « [...] Le Comité juge utile de déterminer les éléments susceptibles de contribuer à définir leur droit à la santé pour aider les États sur le territoire duquel vivent des peuples autochtones à mettre en œuvre les dispositions de l'article 12 du Pacte. Le Comité considère que les peuples autochtones ont droit à des mesures spécifiques pour leur faciliter l'accès aux services et aux soins de santé. Ces services de santé doivent être adaptés au contexte culturel [...]. Les États devraient fournir aux peuples autochtones des ressources leur permettant de concevoir, de fournir et de contrôler de tels

peuplé »²⁵⁴. Même si l'article L 1434-16 du code de la santé publique suggère, par le terme « peuvent »²⁵⁵ qu'une ARS n'a pas l'obligation de définir des territoires de santé²⁵⁶, deux ARS sont passées de 6 territoires de santé (Franche-Comté) ou de 3 territoires de santé (Limousin) à la région, revenant ainsi au découpage existant avant 1996.

Pourtant, cela a pu mettre à mal des constructions antérieures porteuses de dynamiques, comme par exemple en Franche-Comté²⁵⁷, où l'ARS est revenue à la région comme seul territoire de santé, et ce sans tenir compte des travaux de l'ARH qui avait pris en compte 6 territoires de santé francs-comtois : territoire n°1 « Besançon – Gray », territoire n°2 « Pontarlier », territoire n°3 « Lons-le-Saunier - St Claude – Champagnole », territoire n°4 « Dole – Salins – Arbois », territoire n°5 « Vesoul - Lure – Luxeuil », et territoire n°6

services afin qu'ils puissent jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint [...] ».

²⁵⁴ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHESION SOCIALE. Les ARS, un an après. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011, p. 27.

²⁵⁵ Article L 1434-16 du code de la santé publique : « L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infra-régionaux, régionaux ou interrégionaux ».

²⁵⁶ B. BASSET. *Les projets régionaux de santé*. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». École des hautes études en santé publique, Rennes, le 20 mars 2012.

²⁵⁷ La Franche-Comté est la troisième plus petite région en termes de poids démographique. Cette région est composée de 4 départements : Doubs, Jura, Haute-Saône et Territoire de Belfort. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la Franche-Comté comptait 1,139 millions d'habitants en janvier 2004. La croissance de population en moyenne annuelle est moins soutenue qu'au niveau national. L'âge moyen passera de 39 ans en 2005 à 43,4 ans en 2030. C'est une région moins vieillissante que la moyenne nationale du fait d'une natalité plus dynamique mais les départements du Jura et la Haute-Saône sont plus marqués par les questions du grand âge. La Franche-Comté détient le secteur industriel le plus important de France mais la progression de l'emploi reste inférieure à la moyenne nationale. Il y a une surmortalité régionale, essentiellement masculine, par maladies de l'appareil circulatoire. Il n'y a pas de différence régionale pour la mortalité par cancer mais il y en a une par département. Il y a une incidence régionale des cancers inférieure à la moyenne nationale pour les principales localisations sauf pour le cancer du poumon. Il y a une sous-mortalité régionale par cirrhose (hommes et femmes) et par psychose alcoolique et alcoolisme (femmes). Il y a une surmortalité régionale par accident de la route avec une baisse de la mortalité sur 20 ans moins importante qu'au niveau national, une surmortalité régionale par accident de la vie courante avec une surmortalité régionale par suicide accompagnée d'une baisse de la mortalité sur 20 ans moins importante qu'au niveau national. La Franche-comté présente des risques sanitaires liés à l'eau potable : des situations de non-conformité sont plus fréquentes qu'au niveau national (non-conformité bactériologique, conformité pour les pesticides, et sur-incidence régionale du taux de légionellose). Pour le radon, il y a une fraction attribuable de cancer du poumon plus importante, cité dans CONFERENCE REGIONALE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE. État de santé et Offre de santé en Franche-Comté. Conférence régionale de santé et de l'autonomie, 6 juillet 2010.

« Belfort - Montbéliard – Héricourt ». Ces territoires ont été définis par des travaux conjoints entre l'ARH de Franche-Comté, la DRASS de Franche-Comté, la direction régionale du service médical de Bourgogne/Franche-Comté, l'INSEE de Franche-Comté, l'ORS de Franche-Comté et l'URCAM de Franche-Comté. Ces travaux ont fait l'objet de la publication d'un ouvrage de 123 pages en 2004²⁵⁸. Les 6 territoires de santé considéraient des différences culturelles, historiques, économiques, architecturales²⁵⁹, alimentaires, de transport et épidémiologiques, etc. Par exemple, le même plateau géographique du « Haut Doubs et du Haut Jura », a été séparé en territoire de santé n°2 « Pontarlier », et en territoire de santé n°3 « Lons-le-Saunier, Saint-Claude, Champagnole ». En effet, les habitants du Haut-Doubs et de Pontarlier ont développés l'horlogerie et le fromage le « Comté », des fermes typiques aux toits qui descendent jusqu'au sol et d'où émerge le « tuyé », cheminée qui permet de fumer la viande pour la conserver, et des transports entre Besançon et Lausanne en Suisse. Alors que les habitants du Haut-Jura, de Saint-Claude et de Champagnole ont développés des transports vers Lons-le-Saunier et Lyon, le « lapidaire » et la lunetterie, le fromage le « Bleu de Gex », des fermes typiques sans « tué » car la viande était conservée par salaison (le sel venait des salines de Lons-le-Saunier ou d'Arc-et-Senans). Les enfants du territoire n°2 vont faire leurs études à Besançon, alors que ceux du territoire n°3 vont davantage à Lyon. Il y plus d'échinococcose alvéolaire, de scléroses en plaque (ville de Morteau) et de conduites addictives dans le territoire de santé n°2 « Pontarlier » que dans le territoire de santé n°3 « Lons-le-Saunier, Saint-Claude, Champagnole ». Il y a plus de déserts médicaux dans le territoire de santé n°3 (dans le sud du Haut-Jura) que dans le n°2.

Une prise en compte plus fine de ces territoires de santé dans le temps permet de révéler encore plus les variations du service public et des services au public. Prenons l'exemple du plateau des Moussières (39310) dans le Haut-Jura, territoire de santé n°3, pendant ces trente dernières années. Alors que la population stagne, la perception qui était dans la commune voisine a été fermée, obligeant les usagers à se rendre à Saint-Claude, sous-préfecture, qui est à une quinzaine de kilomètres avec des routes de montagne. Le transport en commun qui passait une fois par semaine a été

²⁵⁸ ARH, DRASS, DRSM, INSEE, ORS URCAM. *Les 6 Territoires de santé francs-comtois*. Repères démographiques, économiques et sanitaires. ARH, DRASS, DRSM, INSEE, ORS URCAM, octobre 2004.

²⁵⁹ J. GARNERET, P. BOURGIN, G. GUILLAUME. *La maison du Montagnon*. Les maisons paysannes en Franche-Comté. Tome I. Seconde édition. Besançon : Folklore Comtois, 1981.

supprimé. Le garage et la pompe à essence ont été supprimés, obligeant les usagers à se rendre à Saint-Claude. Il n'y a pas de taxi. Il n'y a plus de gendarmerie. La Poste est devenue une agence postale avec une diminution des prestations apportées : ouverture une demi-journée au lieu de la journée ; il n'y a plus de distribution d'argent (il faut aller à Saint-Claude) ; le facteur qui a un territoire plus important qu'avant, passe moins souvent. L'école qui avait deux classes, n'en a plus qu'une demie, complémentaire d'une autre demi-classe de l'école de la commune voisine, obligeant les élèves à des déplacements plus importants. Il n'y a plus de cinéma ni de buraliste. L'épicerie va fermer, faute de repreneur. Sur les deux médecins spécialistes en médecine générale, il n'y en a plus qu'un qui n'assure pas de permanence. La pharmacie, le dentiste ou les urgences de l'hôpital local sont à Saint-Claude. Il n'y a ni projet de maison de santé, ni projet de maison interdisciplinaire²⁶⁰, ni projet de projet de présence postale territoriale²⁶¹. Les seuls aménagements ont concerné la rue principale et la place des Moussières, qui n'a du coup, plus ni banc, ni arbre, mais un vaste parking qui n'est pas occupé²⁶². Pour les habitants du plateau du haut-Jura du territoire de santé n°3, le service public est en voie de disparition et aucune amélioration n'est en vue.

Malgré la suppression des 6 territoires de santé de l'ARH par l'ARS, les représentants des usagers francs-comtois ont conservé ces 6 territoires de santé à l'élaboration desquels ils ont participé, car ils leur semblent plus porteurs d'amélioration de l'état de la santé, qu'une approche uniquement régionale. Cela peut montrer que la non-stabilisation des territoires infra-régionaux peut être source de frustrations, de désengagements ou de résistances vis à vis de l'État et de l'Assurance maladie²⁶³.

Les ARS tendent à ramener le territoire à une norme qui est la même partout et qui ne prend plus en compte les spécificités des territoires infra-régionaux. Quand une ARS

²⁶⁰ F. BAUDIER. Des orientations territoriales en mouvement : l'exemple de la Franche-Comté. Territoire de santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 82.

²⁶¹ C'est un contrat signé le 26 janvier 2011 entre l'État, l'Association des Maires de France (AMF) et La Poste, qui prévoit une augmentation du financement de la présence postale territoriale de 35 millions d'euros, par rapport à la période 2008-2010.

²⁶² Ce n'est pas la seule commune qui utilise des financements publics pour des services inadaptés au public. D'autres, l'utilisent pour des places sans banc ni végétation, ce qui privilégie les chaises et les auvents des cafés de la place. Ce sont des financements publics utilisés pour favoriser des services privés.

²⁶³ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Représentants... (*op. cit.*), p. 143-145.

le réalise, le terme de territoire est remplacé par celui de « bassins de santé intermédiaires » et de « bassins de santé de proximité », comme en Auvergne²⁶⁴, ce qui peut illustrer la négation ou la difficulté d'investir le niveau infra-régional à la suite notamment des travaux des ARH. De plus, la notion de zone apparaît pour favoriser une meilleure répartition des professionnels et des dispositifs de premier recours, ce qui peut amener de la confusion²⁶⁵. Cela peut montrer que, quand il devient nécessaire d'organiser le territoire infra-régional, la notion de territoire de santé n'est pas assez pertinente et définie, ce qui oblige à l'identification de bassins ou de zones, et complexifie à nouveau ce que la notion de territoire de santé pouvait simplifier²⁶⁶.

Cela peut montrer que le territoire de santé n'a pas favorisé la mise en œuvre d'une planification de la santé organisant le continuum et des actions pour répondre, en infra-régional, aux besoins de santé à partir de l'ensemble des déterminants de la santé, mais qu'il a essentiellement favorisé la mise en place d'un outil de régulation sanitaire, par bassins ou zones, qui veille surtout au maillage, à la gradation et à l'accessibilité des soins déterminés par volumes d'activités²⁶⁷. Le territoire de santé a mis en place une planification qui demeure segmentée et qui s'attache encore seulement à organiser des prises en charge (accident vasculaire cérébral, sclérose latérale amyotrophique, éducation thérapeutique du patient) ou des dispositifs (réseaux périnatalité, filière gériatrique, maisons de santé, accompagnement d'étudiants de troisième cycle de médecine générale)²⁶⁸.

Si le nombre de territoires a diminué et varie en fonction des ARS, l'investissement de ces territoires est en plus différent en fonction des ARS. Celle du Nord-Pas-de-Calais a choisi

²⁶⁴ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHESION SOCIALE. Les ARS...(*op. cit.*), p. 27.

²⁶⁵ Instruction DGOS/R2/DSS n°2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, qui rappelle aux ARS les principes de classification des zones géographiques en fonction de leur densité en professionnels de santé. Le ministère en charge de la santé a fixé à 7,34 % le taux de la population globale de France métropolitaine concernée par des zones fragiles, soit 4,6 millions de personnes sur la base de la population recensée en 2008.

²⁶⁶ F. BOURDILLON. Les territoires de santé, maillon clé...(*op. cit.*), p. 145.

²⁶⁷ F. BOURDILLON. Les territoires de santé : un outil de planification en santé. *Territoire de santé. Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 34.

²⁶⁸ F. BOURDILLON. Les territoires de santé : un outil...(*op. cit.*), p. 31-34, et F. BAUDIER. Des orientations...(*op. cit.*), p. 80-85.

pour sa planification de la Veille, de l'Alerte et de la Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN), la région, l'inter région et la zone de défense, sans prise en compte du niveau infra-régional qui va pourtant mettre en œuvre le VAGUSAN. L'ARS de Rhône-Alpes a choisi d'organiser sa planification en trois niveaux : région, territoire de santé supra-départemental, et espace de santé infra-départemental, mais en évitant le niveau départemental. L'ARS de Bretagne a choisi un découpage par département et infra département. D'autres, comme l'ARS Ile-de-France a choisi de s'appuyer sur les collectivités territoriales et en particulier les communes. L'ARS du Languedoc Roussillon a préféré les communes pour ensuite, comme pour le SRP, déployer des contrats locaux de santé dans des bassins de vie (agglomération, pays, etc.) ou un panier de services de proximité prioritairement dans les zones rurales et dans des quartiers enclavés des grandes villes²⁶⁹.

Le critère de redéfinition des territoires est ainsi majoritairement lié aux partenaires de l'ARS, qui sont départementaux ou infra départementaux, comme le montre le tableau ci-après²⁷⁰.

POINT SUR LES TERRITOIRES DE SANTE :
DECOUPAGE DEPARTEMENTAL OU INFRA-DEPARTEMENTAL

	Nombre de territoires inférieur au nombre de départements	Découpage départemental	Nombre de territoires supérieur au nombre de départements	TOTAL
Maintien des territoires antérieurs		3 régions (Centre), (Guyane et Martinique : territoire départemental = territoire régional)		3
Redéfinition des territoires	5 régions (Champagne Ardenne, Corse, Franche Comté, Limousin, Rhône Alpes)	9 régions (Auvergne, Basse Normandie, Bourgogne, IDF, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi Pyrénées, Pays de la Loire, PACA)	9 régions (Alsace, Aquitaine, Bretagne, Guadeloupe, Haute Normandie, Nord Pas de Calais, Océan Indien, Picardie, Poitou-Charentes)	23
TOTAL	5	12	9	26

²⁶⁹ Réalisé à partir des quatorze travaux de retour de stage de planification des élèves Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale de l'EHESP, lundi 14 novembre 2011.

²⁷⁰ B. BASSET. *Les projets... (communication cit.)*.

Source : B. BASSET. *Les projets régionaux de santé. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification »*. Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, le 15 mars 2011.

Si l'investissement du niveau infra-régional est différent en fonction des ARS, il concerne essentiellement un découpage en fonction du type de collectivité territoriale espéré comme partenaire, au détriment d'une approche globale par besoins de santé de la population prenant en compte l'ensemble des partenaires potentiels. Outre celui de ne pas couvrir l'ensemble des besoins de santé, il y a un risque de sélection des partenaires par l'État et l'Assurance maladie en faveur de collectivités territoriales plutôt que d'autres, pouvant augmenter les inégalités territoriales de santé²⁷¹. Il y a également un risque que le dispositif soit géré en donnant satisfaction « à ceux qui crient le plus fort »²⁷². Cela a impacté la mise en œuvre des conférences de territoire, qui n'ont pu que peu mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le PRS et les programmes nationaux. Malgré le fait que ces programmes peuvent prendre la forme de programmes territoriaux de santé et donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17, il y en a peu en regard des opérations hospitalières. L'alinéa 4 de ce texte précise pourtant que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclu par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». La psychiatrie, le secteur ambulatoire ou le secteur médico-social doivent pourtant être mieux intégrés dans la réflexion territoriale par les ARS²⁷³, de même qu'elles doivent davantage promouvoir l'information des citoyens qui est aussi un instrument de l'égalité en matière de soins et de santé²⁷⁴.

Ces constats complètent et rejoignent ceux de Jean-Pierre Fourcade, pour qui : « la préoccupation institutionnelle – la relation avec les conseils généraux pour les actions médico-sociales et la relation avec les préfets de département – semble avoir pris le pas sur la logique sanitaire. La cohérence territoriale de la planification sanitaire risque d'en souffrir. Ceci n'est pas conforme aux objectifs fixés par le législateur »²⁷⁵.

²⁷¹ Par exemple entre Paris et sa banlieue, cité dans APM International. *Dix maires alertent sur le risque de médecine hospitalière à deux vitesses entre Paris et sa banlieue*. Le 11 avril 2012.

²⁷² G. DUMONT. Le principe républicain d'égalité et l'accès aux soins. In : E. VIGNERON. *Pour une approche...*(*op. cit.*), p. 87.

²⁷³ M. COLDEFY, et al. Les territoires...(*op. cit.*), p. 73.

²⁷⁴ M.-L. MOQUET-ANGER. Territoires...(*op. cit.*), p. 127-128.

²⁷⁵ J.-P. FOURCADE. *Comité...*(*op. cit.*), p. 31.

Un autre argument pouvant montrer le désengagement du niveau infra-régional par les ARS est que ces dernières privilégient ce niveau pour répondre aux impératifs de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP)²⁷⁶. Il y a ainsi de moins en moins de professionnels de santé publique fonctionnaires de l'État – comme les MISP, les PHISP ou les IASS - en infra-régional, plutôt qu'aux niveaux régional et surtout national²⁷⁷, alors que pour répondre aux besoins de santé de la population, l'inverse est indispensable. Cela touche aussi les professionnels de l'Assurance maladie, notamment les médecins conseils au service contentieux - répression des fraudes, ce qui peut défavoriser des établissements de santé et mettre en danger le maintien de soins indispensables pour la population dans des territoires de santé. Ces professionnels sont aussi de plus en plus remplacés par des contractuels, ce qui peut faciliter des économies à court terme, mais ne peut pas permettre la mise en place d'une politique de santé publique infra-régionale sur le moyen et le long terme. Les directions territoriales ont été globalement peu sollicitées en planification par les ARS²⁷⁸.

Et si le calendrier permettant un long processus de concertations et d'échanges a bien été respecté lors de l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS), ce fut avec peu de données concernant les besoins de santé des territoires infra-régionaux et leurs populations²⁷⁹. De plus, il n'y a pas eu de débat véritable²⁸⁰, notamment au sein des conférences de territoire ou des CRSA. Le prétexte avancé a été que les délais imposés aux ARS ont été trop contraints²⁸¹. S'il y a eu peu de données et peu de concertation, c'est que

²⁷⁶ L'un des axes de la RGPP est la gestion améliorée des ressources humaines en transposant des techniques d'optimisation du secteur privé. Cette réforme suscite la défiance ou le rejet chez les fonctionnaires, notamment parce qu'elle introduit la possibilité de recruter des personnels non titulaires pour pallier l'absence provisoire d'un fonctionnaire ou pour des tâches « non durables », cité dans J. CHEVALLIER. Révision générale des politiques publiques et gestion des ressources humaines. *Revue française d'administration publique* 2010 ; 4 (136), p. 907 et 918.

²⁷⁷ F. PIERRU. *Planification de la santé : déconcentration, concurrence et risque d'exclusion*. Communication orale. Colloque « La santé pour tous : innover contre les inégalités de santé ». Sciences Po, Paris, le 28 mars 2012.

²⁷⁸ Réalisé à partir des quatorze travaux de retour de stage de planification des élèves IASS de l'EHESP, le lundi 14 novembre 2011.

²⁷⁹ « Cette étape a été bâclée, ce qui a entraîné des négociations difficiles », cité par P. THEBAULT. *Les schémas médico-sociaux et le PRIAC*. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». École des hautes études en santé publique, Rennes, le 21 mars 2012.

²⁸⁰ J.-L. VIDANA. Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire. *Revue de Droit Sanitaire et Social* 2012 ; 2, p. 279.

²⁸¹ A. VINSONNEAU. La régulation du secteur social et médico-social près la loi HPST : des règles de plus en plus complexes. Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 45.

le mouvement de contractualisation qui en est issu ne tend pas vers une « amélioration de la performance administrative et sociale », mais s'apparente plus à une régression de la « norme publique (garante de l'intérêt général) au profit des relations réglées par la norme privée (garante de l'intérêt particulier) »²⁸². Lors du SROS de troisième génération, ce mouvement de contractualisation avait déjà peu concerné les besoins de santé de la population²⁸³.

Le portail des ARH sur l'offre de soins, PARHTAGE, n'a non seulement pas évolué depuis la création des ARS, mais il n'y a pas eu de développement d'outils permettant la mise en évidence des besoins de santé et des spécificités liées au territoire infra-régional, et ce malgré l'existence d'innovations intégrables et généralisables (le score EPICES, le questionnaire d'handicap social ou le SCORE-santé). Seul, « C@rtoSanté », portail des ARS sur les professionnels de santé a été mis en place²⁸⁴. Il n'y a pas eu d'appel à projet et de mise en place d'un « NHS atlas » permettant de visualiser sur une carte les variations injustifiées d'activités et de coûts, comme au Royaume-Uni²⁸⁵, ni de « Dartmouth Atlas Project » permettant de mettre en évidence des inégalités d'accès à des soins efficaces et à des sous-utilisations des services de santé, comme aux États-Unis d'Amérique²⁸⁶. C'est un autre paradoxe de l'approche du Territoire de la loi HPST, qui n'a surtout pas donné aux directeurs généraux des ARS des outils pouvant leur permettre de mettre en place et d'évaluer une politique de santé publique infra-régionale performante en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout.

La prise en compte de données, méthodes et pratiques scientifiquement validées ou la prise en compte de collaborations antérieures à l'intervention, font pourtant partie des conditions de réussite des interventions de santé publique²⁸⁷.

Les ARS ont mis plus de deux années après le vote de la loi pour devenir pleinement opérationnelles. Plusieurs causes s'additionnant ont été avancées, comme

²⁸² M. BORGETTO. *Le contrat... (op. cit.)*, p. 4.

²⁸³ A. JOURDAIN (dir). *Les SROS... (op. cit.)*, p. 55.

²⁸⁴ Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/CartoS-nte.92760.0.html> [consulté le 16 mars 2012].

²⁸⁵ Disponible sur : <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/> [consulté le 25 novembre 2011].

²⁸⁶ Disponible sur : <http://www.dartmouthatlas.org/> [consulté le 25 novembre 2011].

²⁸⁷ C. BLUM-BOISGARD, R. DEMEULEMEESTER, A. JOURDAIN, J.-C. MOISDON, E. VERITE. Quelles conditions de réussite des interventions de santé publique ? *Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 17, [réf. du 29 décembre 2011], p. 569-582. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

l'empilement des structures, un calendrier de mise en œuvre décalé pour permettre notamment la formation des directeurs généraux par le ministère en charge de la santé, l'EHESP et l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S), ainsi que des regroupements immobiliers²⁸⁸. Cependant, ces agences restent fragilisées par une gestion complexe des ressources humaines, la RGPP, ainsi que par une Assurance maladie qui a gardé ses prérogatives parce que la réforme réalisée au niveau régional ne l'a pas été au niveau national. Si l'ARS a gagné en puissance sur le continuum, le préfet de région préside le Comité de l'Administration Régionale (CAR)²⁸⁹, véritable conseil d'administration de l'État en région, et le conseil de surveillance de l'ARS, et le préfet de département peut disposer des moyens de l'ARS dans la gestion des crises sanitaires, alors que le directeur général de l'ARS est membre du CAR. Cela peut engendrer des ambiguïtés sur le terrain, préjudiciables à la mise en place d'une politique performante, comme a pu l'être la difficile coopération entre les ARS et les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) qui sont rattachées aux préfets²⁹⁰.

L'ARS ne s'est pas engagée au niveau des territoires infra-régionaux, alors que les besoins et les inégalités de santé y sont ancrés, comme les comportements individuels et collectifs ou les pratiques professionnelles. L'ARS doit s'y investir pour préparer l'avenir, surtout que les niveaux national et inter-régional ont été inefficaces à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et à la santé²⁹¹.

²⁸⁸ J.-L. VIDANA. Les agences...(*op. cit.*), p. 272-274.

²⁸⁹ Décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements. Les objectifs du CAR sont de définir collégialement les grandes orientations stratégiques de l'action de l'État dans la région ; Au-delà de l'examen de la programmation des crédits régionaux et des politiques, le CAR doit étendre sa mission pour devenir le lieu d'échanges, de réflexion et de décisions sur la mise en œuvre des politiques nationale, dans une organisation régionale de l'État, avec les directeurs régionaux et les Préfets de départements ; Il doit favoriser la circulation d'information et les échanges entre niveau départemental et niveau régional. Le CAR peut être notamment consulté sur : les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de l'État dans la région en vue de l'harmonisation de la gestion des moyens ou de la mise en œuvre d'actions communes ; la préparation et l'exécution des conventions relevant du niveau régional et des conventions d'application des contrats liant l'État et la région, ainsi que la préparation et l'exécution des programmes nationaux ou communautaires concernant la région. Disponible sur : http://www.midi-pyrenees.gouv.fr/web/Portail_Midi-Pyrenees/2715-le-comite-de-l-administration-regionale.php [consulté le 12 juin 2012].

²⁹⁰ J.-L. VIDANA. Les agences...(*op. cit.*), p. 273-279.

²⁹¹ D. TABUTEAU. Loi HPST : des interrogations pour demain ! *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 1, [réf. du 29 décembre 2011], p. 89. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

L'affirmation du pouvoir central, même si elle a des racines complexes et difficiles²⁹², a tendance, sur le long terme, à éloigner l'État du territoire infra-régional. Prenons quelques exemples allant de la commune à la région : en 1793, la loi du 28 juin 1789 « relative à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfans, aux vieillards et aux indigens »²⁹³ a mis en place des agences de secours dans chaque commune²⁹⁴ ; la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique situe des actions de mesures sanitaires générales au niveau des communes²⁹⁵ ; le Conseil national de la résistance de la France donnant le fil conducteur de l'évolution du système de santé va instaurer le régime universel de son programme, surtout à partir des départements²⁹⁶ ; puis avec les ARS, l'échelon régional est devenu l'un des enjeux de l'affirmation du pouvoir central²⁹⁷. Ces exemples tendraient à montrer que plus on s'éloigne de la révolution française de 1789, plus l'État se désengage du territoire infra-régional. Cette évolution tendrait à confirmer le constat que l'adaptation des politiques publiques nationales aux réalités locales est devenue trop complexe. Pourtant, dans le champ de la santé, un ensemble de tendances lourdes comme les inégalités d'accès aux soins et à la santé, le vieillissement de la population, la prise en charge globale des pathologies notamment chroniques qui nécessite des parcours de soins et de santé coordonnés et le décloisonnement des acteurs, fait que l'État et l'Assurance maladie doivent organiser le territoire infra-régional²⁹⁸.

En somme, une évolution est en cours pour un territoire qui soit à la fois ni unificateur et ni « universel »²⁹⁹ mais qui facilite la prise en compte des besoins de santé, des déterminants de la santé, du continuum ainsi que la territorialisation³⁰⁰, et sans nécessairement suivre les

²⁹² L. MURARD, P. ZYLBERMAN. *L'hygiène dans la république. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Paris : Editions Fayard, 1996, et D. TABUTEAU. *Politiques de santé... (op. cit.)*, p. 8-12.

²⁹³ Loi du 28 juin 1789 = 8 juillet 1793 – Décret relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfans, aux vieillards et aux indigens. (L. 15, 6 ; B. 31, 255.).

²⁹⁴ D. TABUTEAU. *Le Parlement et la santé*. Communication orale. Les Tribune de la santé. Chaire Santé de Sciences Po. Paris, le 16 décembre 2011.

²⁹⁵ Art. 1, CHAP. 1 « Mesures sanitaires générales », TIT. 1 « Des mesures sanitaires générales » : « Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire : 1- [...] faire cesser les maladies transmissibles [...] ; 2- Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons [...] » LOI DU 15 FEVRIER 1902 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE. F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique... (op. cit.)*, p. 709.

²⁹⁶ D. TABUTEAU, et al. *À la santé... (op. cit.)*, p. 91.

²⁹⁷ R. SOUBIE. *Santé 2010... (op. cit.)*, p. 79, et D. POLTON. *Quel système... (op. cit.)*, p. 28-29.

²⁹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble... (op. cit.)*, p. 57-61.

²⁹⁹ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport annuel 2002... (op. cit.)*, p. 24.

³⁰⁰ INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport annuel 2002... (op. cit.)*, p. 38.

frontières administratives³⁰¹. L'évolution actuelle va aussi vers un territoire centré sur l'offre de soins, malgré l'ouverture de la planification au continuum (la prévention concerne l'éducation thérapeutique du patient, et les secteurs médico-social et social sont étroitement associés à l'aval hospitalier pour améliorer sa performance économique) et un investissement régional et supra-régional, tout en délaissant le niveau infra-régional. Cela peut être un exemple des tentatives d'un pouvoir central cherchant à reprendre la main sur les collectivités locales, tout en promouvant le regroupement des régions³⁰², dans le but de prendre notamment en compte la globalisation des soins. Nous arrivons, comme le rappelle Didier Truchet « à une territorialisation d'une politique nationale et non à la définition autonome de politiques territoriales »³⁰³.

Pourtant, les inégalités territoriales qui existaient déjà s'aggravent du fait de la crise économique, notamment dans les zones rurales reculées et les banlieues déshéritées. Les disparités départementales pour l'espérance de vie se creusent³⁰⁴.

En France le territoire pertinent en santé publique reste peu investi et peu organisé au contraire de la Province du Québec, qui a mis par exemple en oeuvre pour cela une Loi sur les services de santé et les services sociaux qui comprend 622 articles³⁰⁵. Un territoire infra-régional « pertinent » pour la santé publique qui prend en compte les besoins de santé à partir de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, doit être défini. Ce territoire doit être conceptualisé en dehors de la territorialisation pour éviter une sélection de partenaires et l'augmentation d'inégalités territoriales de santé. Les professionnels et acteurs des ARS doivent investir le niveau infra-régional, notamment auprès des pôles d'activité hospitaliers pour mettre en oeuvre une planification de la santé stabilisée sur le long terme. Pour Pierre Beuf, « dans une approche pragmatique, qui est celle de la planification, les nouveaux découpages

³⁰¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble...*(*op. cit.*), p. 39-40.

³⁰² E. BALLADUR. *Il est temps de décider*. Rapport au Président de la République. Comité pour la réforme des collectivités locales [en ligne]. Paris : Editions Fayard, 2009 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//094000097/0000.pdf>

³⁰³ D. TRUCHET. *Droit de la santé publique...*(*op. cit.*), p. 62-64.

³⁰⁴ E. VIGNERON. *Pour une approche...*(*op. cit.*), et E. VIGNERON. *Les inégalités...*(*op. cit.*).

³⁰⁵ LOIS ET RÉGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2011.

devront s'apparenter [aux] trois [types de territoires suivants] »³⁰⁶. Ces trois types de « territoires » sont : les territoires qui correspondent aux découpages d'observation s'appuyant sur des analyses de données permettant d'approcher les besoins de santé, par l'inventaire communal de l'INSEE, les zones de patientèle, les zones rurales en difficulté par rapport à l'installation des médecins, bassin de santé ou bassin d'attraction hospitalière, bassin de naissance, zone d'emploi, etc. Les territoires issus de l'analyse des besoins de santé sont particulièrement intéressants pour pouvoir apporter des réponses, notamment par la planification de la santé³⁰⁷ ; les seconds sont d'origine administrative et correspondent à des découpages réalisés par des services selon des logiques qui leur sont propres, comme les secteurs sanitaires ou psychiatriques, les zones d'intervention des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les secteurs de la permanence des soins, les circonscriptions d'action sociale des conseils généraux incluant ou non la protection maternelle infantile, les bassins gérontologiques, la carte scolaire, les zones d'éducation prioritaires, etc. ; les derniers correspondent aux agglomérations et pays où l'organisation des soins et de la santé peuvent participer à la mise en œuvre de politiques de services offertes à la communauté »³⁰⁸.

Nous allons donc approcher les liens existants entre territoire pertinent pour le soin et la santé et territorialisation, mais également entre santé publique et droit.

Section 2 : Le développement de la territorialisation

Territorialisation ou territorialité³⁰⁹, sont fréquemment utilisés dans des disciplines se rattachant au monde du Droit, comme par exemple, en droit pénal où la territorialité de la loi pénale est présentée comme application du principe de souveraineté sur la base du premier alinéa de l'article 3 du code civil : « les lois de police et de sûreté obligent tous

³⁰⁶ P. BEUF. Une approche de concertation pour des territoires partagés d'intervention. In : P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Médecins...* (*op. cit.*), p. 196-200.

³⁰⁷ A. JOURDAIN. *Zoom...* (*op. cit.*), p. 47-50.

³⁰⁸ P. BEUF. Une approche... (*op. cit.*), p. 196-200.

³⁰⁹ Pour le Nouveau Petit Robert, la territorialité est la « qualité juridique tenant au territoire ».

ceux qui habitent le territoire »³¹⁰. Même si le territoire ne fait pas l'objet d'une définition dans le texte de la Constitution, le respect du territoire y figure comme les cessions et les adjonctions de territoire³¹¹. Même si la territorialisation du droit est peu étudiée en tant que telle³¹², elle peut être définie comme l'ensemble des ruptures de l'égalité normative au niveau du territoire.

Nous retiendrons, comme Jacques Moreau, que « la territorialisation vise les politiques qui prennent le territoire en lui-même pour cible, pour objet. Il n'est pas un « donné », il est un « construit », [et] il ne prendra pas la même physionomie selon qu'il s'agit de décentralisation, de déconcentration ou d'aménagement du territoire »³¹³. Cette définition prend donc en compte ces trois politiques de territorialisation et le chevauchement de leur développement. La loi du 2 mars 1982 relative à la liberté des communes, des départements et des régions, les lois de 1983 sur les transferts de compétences, la révision constitutionnelle de 2003 ainsi que la loi « libertés et solidarités locales » du 13 août 2004, vont par exemple construire par étapes successives la décentralisation. Pour la déconcentration, ce seront la création des préfets de région en 1964, la loi du 6 février 1992 avec la loi d'orientation relative à l'Administration Territoriale de la République (ATR) ainsi que la charte de la déconcentration née du décret du premier juillet 1992. Pour l'aménagement du territoire, dont la date de naissance pourrait être la création en 1963 de la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR), des évolutions successives peuvent être symbolisées par les Organismes Régionaux d'Étude et d'Aménagement d'Aire Métropolitaine (OREAM) et les métropoles d'équilibre, les politiques des villes moyennes, les politique de la ville, la revitalisation de l'espace rural, les pays ou les pôles de compétitivité. Comme Jacques Moreau, nous pensons qu'en plus de ce premier temps où le territoire est malaxé mais inerte, il convient de prendre en compte « l'écho » de la mise en œuvre des opérations ou des politiques publiques, car « la territorialisation est une relation dialectique entre politiques publiques et territoire », et « l'objet des trois politiques publiques que conduit l'État doit être de mieux

³¹⁰ P. CONTE, P. MAISTRE DU CHAMBON. *Droit pénal général*. 7^e éd. Paris : Colin, 2004, n°90, in : J. MOREAU. *Esquisse... (op. cit.)*, p. 16.

³¹¹ M. VERPEAUX. *Territoire et constitution ou les relations ambiguës entre la géographie et le droit*, in : J.-C. DOUENCE. *Mélanges*. Paris : Dalloz, 2006. In : J. MOREAU. *Esquisse... (op. cit.)*, p. 17.

³¹² J.-B. AUBY. *Réflexions sur la territorialisation du droit*, in : J.-C. DOUENCE. *Mélanges*. Paris : Dalloz, 2006, p.33. In : J. MOREAU. *Esquisse... (op. cit.)*, p. 17.

³¹³ J. MOREAU. *Esquisse... (op. cit.)*, p. 17.

diviser le socle territorial ou de lui insuffler des éléments nouveaux pour qu'il soit mieux irrigué par le droit »³¹⁴.

Il est possible de donner quelques exemples de la mise en place de chacune de ces politiques : décentralisation et territorialisation, ainsi que déconcentration et territorialisation, puis aménagement du territoire et territorialisation.

Le cadre juridique sur lequel repose la politique de décentralisation est celui des collectivités territoriales de la République³¹⁵. La décentralisation territoriale nécessite que les organes de ces collectivités jouissent d'une indépendance personnelle par rapport aux autorités centrales (pas de nomination par l'État central mais élections par les citoyens), qu'ils aient un périmètre suffisamment large, et qu'ils bénéficient de moyens (mécanismes de compensation si transfert de compétence, et moyens propres de financement)^{316,317}.

Trois évolutions successives de la décentralisation peuvent être abordées.

La première correspond à la période allant de 1982 à 1986, et dont l'objectif est de mieux assurer l'autonomie des collectivités territoriales avec l'érection des régions en collectivités de plein exercice, des exécutifs régional et départemental désormais élus, un allègement des contrôles par la disparition des tutelles administratives et financière de l'État, et le transfert de compétences jusqu'alors détenues par l'État au bénéfice des communes, des communautés de communes, des communautés d'agglomération, des départements et des régions.

La seconde évolution peut correspondre à la révision constitutionnelle de 2003 qui leur a donné un ancrage constitutionnel plus solide, le droit à l'expérimentation qui permet d'éprouver, de connaître par expérience et de pratiquer des opérations destinées à étudier et à juger³¹⁸, ainsi qu'une autonomie financière en principe accrue³¹⁹.

³¹⁴ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 18.

³¹⁵ L. FAVOREU. La notion constitutionnelle de collectivité territoriale. In : J. MOREAU. Mélanges. Paris : *Economica* 2003, p. 155s. In : J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 19.

³¹⁶ M. BORGETTO. La décentralisation du « social » : de quoi parle-t-on ? *Informations sociales* 2010 ; 6 (162), p. 6.

³¹⁷ La déconcentration est différente du fédéralisme, où, dans un État fédéral, les États fédérés disposent à leur niveau des 3 pouvoirs : exécutif, législatif et judiciaire, cité dans M. BORGETTO. La décentralisation du « social » : de quoi parle-t-on ?...(*op. cit.*), p. 7.

³¹⁸ Loi organique du 1^{er} août 2003.

³¹⁹ Loi organique du 29 juillet 2004.

La troisième correspond à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³²⁰ poursuit cette dynamique en transférant aux collectivités territoriales : les programmes régionaux de santé publique établis par les régions en complément des plans de l'État ; et le logement social pour l'essentiel dévolu à la compétence des départements. Le décentralisateur n'a pas modifié la carte existante des communes, des départements et des régions. La procédure de délimitation de leurs frontières n'a pas non plus été modifiée. Une loi est exigée pour les modifications territoriales des régions et des départements, sauf accord unanime des assemblées locales concernées³²¹. Pour les communes, les contestations de leurs limites sont réglées par le préfet³²², et elles alimentent un contentieux important.

Comme le rapporte Jacques Moreau³²³, la décentralisation n'est pas le meilleur exemple de territorialisation pour au moins deux explications : la prudence du décentralisateur issue de l'échec de la loi du 16 juillet 1971 sur les fusions de communes ; et parce qu'il est en face d'une mosaïque d'entités autonomes jalouses de leur identité. Le législateur « préfère intervenir sur les compétences, les ressources et les dépenses, voire les régimes électoraux ». Le territoire décentralisé souffre de l'empilement des étages institutionnels qui se superposent : niveau communal, niveau des communautés de communes, niveau des communautés d'agglomération, niveau départemental et niveau régional.

La loi HPST n'apporte aucun développement de l'autonomie du département qui ne peut créer librement un service public départemental. Il n'y a pas de décentralisation qui vise à donner aux collectivités locales des compétences propres, distinctes de celles de l'État. Le département « subit une sorte de mise en demeure d'appliquer les politiques nationales de santé » dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) des ARS³²⁴.

La déconcentration vise à corriger la centralisation administrative en confiant à des agents locaux de l'État des pouvoirs de décision plus ou moins importants³²⁵. La déconcentration a permis le renforcement des pouvoirs dévolus aux préfets de région et aux préfets de

³²⁰ Loi n°2004-809, 13 août 2004.

³²¹ Article L. 4122-1 et 3112-1 du code général des collectivités territoriales.

³²² Article L. 2121-1 du code général des collectivités territoriales.

³²³ J. MOREAU. *Esquisse...* (*op. cit.*), p. 19.

³²⁴ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (*op. cit.*), p. 305.

³²⁵ M. BORGETTO. La décentralisation du « social » : de quoi parle-t-on ?... (*op. cit.*), p. 7.

département. C'est la loi d'orientation relative à l'Administration Territoriale de la République (ATR) du 6 février 1992 qui a posé les principes de la déconcentration, et qui ont été mis en œuvre par la Charte de la déconcentration³²⁶. L'article 1^{er} de ce décret dispose : « la déconcentration est la règle générale de répartition des attributions et des moyens entre les différents échelons des administrations civiles de l'État ». La mention des « échelons » favorise l'idée de hiérarchie et la notion de circonscription administrative fait le lien entre déconcentration et territorialisation. Il s'agit d'une division du territoire national aux limites précises et dépourvue de personnalité juridique, et où un haut fonctionnaire de l'État exerce ses compétences. Il y en a deux types différents : les circonscriptions spécialisées qui découpent le territoire pour le ou les services d'un ministère déterminé (académies, directions régionales de l'INSEE, etc.); et les circonscriptions d'administration générales que sont la circonscription régionale, la circonscription départementale et la circonscription d'arrondissement³²⁷.

Les limites territoriales des deux premières correspondent à celles de la collectivité territoriale. Le canton, circonscription surtout électorale, n'en fait pas partie. Jacques Moreau³²⁸ propose ainsi que la confrontation entre décentralisation et territorialisation puisse être examinée à travers le seul exemple de l'arrondissement, car il est exempté de toute ambiguïté³²⁹. La territorialisation réalisée dans le cadre de la déconcentration a des limites. Les circonscriptions administratives spécialisées et les circonscriptions d'administration générale peuvent se chevaucher lors de leur déploiement dans le cadre

³²⁶ Décret du 1^{er} juillet 1992.

³²⁷ Article 4 de la loi Administration Territoriale de la République (ATR).

³²⁸ J. MOREAU. Esquisse... (*op. cit.*), p. 20.

³²⁹ L'arrondissement est hérité des districts de 1789 et a été créé en l'an VIII. Malgré que son utilité ait été maintes fois contestée, l'arrondissement est renforcé par la loi d'orientation relative à l'Administration Territoriale de la République (ATR) du 6 février 1992. Les limites de l'arrondissement peuvent ainsi être modifiées selon la procédure fixée par la loi du 13 août 2004. L'arrondissement apparaît comme la zone de compétence du sous-préfet où il n'est concurrencé par aucun élu local. Le sous préfet est « le dernier maillon de la chaîne de commandement de l'État ». L'arrondissement est le siège de plusieurs services déconcentrés de l'État où le sous-préfet dispose de pouvoirs d'administration générale : respects des lois, contrôle de la légalité ou délivrance de titres d'identité et de circulation, et est chargé des affaires communales et du développement local. La division du territoire national en arrondissements relève de données démographiques, de problèmes de sécurité ou de l'opportunité administrative qui pourrait permettre au Premier Ministre ou au Gouvernement de créer de nouveaux arrondissements ou d'en supprimer par fusion ou remodelage d'arrondissements voisins. Seulement, le Conseil d'État a rappelé le 18 novembre 1977 l'existence d'un principe d'organisation administrative en vertu duquel les limites extérieures de chaque catégorie de circonscriptions supérieure doit englober un nombre entier de circonscriptions inférieures. De plus, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 dans ses articles concernant les « pays » peut indiquer que les arrondissements doivent prendre en compte l'existence de ces derniers, cité dans J. MOREAU. Esquisse... (*op. cit.*), p. 20-21.

régional et dans le cadre départemental, ce qui peut complexifier les relations avec les élus locaux ou altérer des services rendus aux usagers.

L'ARS de la loi HPST peut être considérée comme un exemple de transfert de déconcentration entre ARS et préfecture de région, si l'on considère que le directeur général de l'ARS établit le PRS après avis du préfet de région, mais en lui prenant la planification du secteur médico-social (SROMS).

Cela participe au décloisonnement des secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social mais ne résout pas les chevauchements entre ARS et préfecture en matière de veille et de prévention sanitaire³³⁰.

Pour Eugène Claudius-Petit « L'aménagement du territoire, c'est la recherche dans le cadre géographique de la France, d'une meilleure répartition des hommes en fonction des ressources naturelles et de l'activité économique »³³¹. L'aménagement du territoire est à la fois porteur d'une exigence de justice spatiale (correction des disparités), d'une exigence économique, et introduit l'idée d'une spécialisation fonctionnelle des territoires (en fonction de...). C'est un moteur de développement. L'aménagement du territoire en France est avant tout une politique, alors que dans la plupart des pays européens, les pouvoirs régionaux et locaux disposent généralement de plus grandes latitudes d'organisation de leur territoire (en Allemagne par exemple, il est question de « développement spatial »). Le Plan national d'aménagement du territoire de 1957 ou le développement de la DATAR, sont des exemples d'une stratégie d'ampleur nationale pour le Territoire. Dès les années quatre-vingt avec les quartiers de la politique de la ville ou les bassins industriels en reconversion, l'État affirme son rôle dans des domaines plus sectoriels ou bien plus ciblés territorialement. L'année 1995 marque le début d'une relance des politiques territoriales par l'État national, avec la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995, qui consacre l'entité géographique du Pays. Cette relance est consolidée par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999, dite « loi Voynet », et par la loi relative au renforcement et à la

³³⁰ M. ECKERT MALECOT. Agence...(*op. cit.*). In : E. COUTY, et alii. La loi HPST...(*op. cit.*), p. 363-371.

³³¹ E. CLAUDIUS-PETIT. *Pour un plan national d'aménagement du territoire*. Ministère de la reconstruction et de l'urbanisme, 1950.

simplification des procédures de coopération intercommunale du 12 juillet 1999, dite « loi Chevènement ». Huit schémas de services collectifs sectoriels ont été approuvés en 2002 : enseignement supérieur, culture, santé, information et communication, transports, énergie, sport et espaces naturels et ruraux. L'élaboration des schémas relève de l'État mais dans le cadre d'une concertation avec les collectivités territoriales, les organisations professionnelles, les associations et les autres organismes concourant à l'aménagement du territoire. Une fois élaboré, le projet est soumis à avis aux niveaux national et régional, auxquels s'ajoutent des consultations spécifiques. La nouvelle génération des contrats de plan État-région (2000-2006) consacre la territorialisation des politiques publiques : l'élaboration plus que jamais concertée, l'affirmation de priorités nouvelles (emploi, solidarité, développement durable), la logique de projet de territoire, l'extension du champ de la contractualisation, l'importance accrue accordée au suivi et à l'évaluation, sont autant d'innovations. Ainsi, comme la décentralisation et la déconcentration, l'aménagement du territoire consiste en un ensemble d'actions menées par l'État, mais à la différence des deux premières, elle est par essence sélective, afin d'enrayer le déclin de certaines portions du territoire (revitalisation de l'espace rural), de rétablir un équilibre rompu (métropoles d'équilibre), et de toujours promouvoir le développement du territoire. En plus de son essence sélective porteuse de justice spatiale, l'aménagement du territoire présente selon Jacques Moreau deux autres spécificités : « les territoires concernés sont définis le plus souvent avec une moindre précision que les collectivités territoriales ou les circonscriptions administratives, et la juridicisation est souvent problématique ».

Deux exemples de territorialisation par l'aménagement du territoire peuvent être cités comme les « pays » et les « pôles de compétitivité »³³².

Même si le rôle de l'État a été de reconnaître l'existence de « pays » qui peuvent avoir une origine ancienne (« pagi » de l'époque mérovingienne), le pays se situe hors du droit. Les lois du 4 février 1995 et du 25 juin 1999 n'ont pas défini leurs limites territoriales et leur nature juridique. Pour cette dernière, la loi de 1999 dessine trois solutions possibles : Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI)³³³ à fiscalité propre,

³³² J. MOREAU. *Esquisse... (op. cit.)*, p. 22.

³³³ Un Etablissement Public de Coopération Intercommunale – EPCI, est une structure administrative française régie par les dispositions de la cinquième partie du code général des collectivités territoriales, regroupant des communes ayant choisi de développer un certain nombre de compétences en commun, comme par exemple les transports en commun ou l'aménagement du territoire. Les EPCI se sont particulièrement développés depuis la loi Chevènement de juillet 1991.

groupement d'intérêt public de développement local (personne morale de droit public dotée de l'autonomie financière) ou syndicat mixte ; pour que le « pays » puisse conclure un contrat et l'octroi de subventions de l'État. L'organisation des soins et de la santé peuvent participer à la mise en œuvre de politiques de services offertes à la communauté au sein de pays.

Les « pôles de compétitivité »³³⁴ sont visés par l'article 24 de la loi de finances pour 2005 du 30 décembre 2004, par le décret du 8 juillet 2005 qui en prévoit l'organisation, et par le décret particulier à chacun d'entre eux qui délimite « la zone de recherche et développement » par pôle. Ils ont été annoncés par le Comité Interministériel pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (CIADT) du 14 septembre 2004 qui en a lancé les appels à projets, alors que le CIADT du 12 juillet 2005 les a mis en œuvre, en sélectionnant 67 projets sur 105 : 6 pôles mondiaux, 9 à vocation mondiale et 52 à vocation nationale. Il leur a octroyé 1,5 milliard d'euros sous forme d'allègements fiscaux aux entreprises, crédits ministériels, fonds européens, subventions des agences, notamment de l'Agence pour l'innovation industrielle. Sur un espace géographique donné et précisé par décret, les pôles de compétitivité permettent la mise en relation d'entreprises privées, d'unités de recherche et de centres de formations. Cette mise en synergie doit favoriser

³³⁴ Politique des pôles, cité dans : <http://competitivite.gouv.fr/accueil-3.html> [consulté le 9 juin 2011]

Qu'est-ce qu'un pôle de compétitivité ?

Un pôle de compétitivité rassemble sur un territoire donné, des entreprises, des laboratoires de recherche et des établissements de formation pour développer des synergies et des coopérations. D'autres partenaires dont les pouvoirs publics, nationaux et locaux, ainsi que des services aux membres du pôle sont associés.

L'enjeu est de s'appuyer sur les synergies et des projets collaboratifs et innovants pour permettre aux entreprises impliquées de prendre une position de premier plan dans leurs domaines en France et à l'international.

Quels objectifs pour les pôles ?

Il s'agit de renforcer la compétitivité de l'économie française et de développer la croissance et l'emploi sur des marchés porteurs :

- en accroissant l'innovation,
- en confortant des activités, essentiellement industrielles, à fort contenu technologique ou de création sur des territoires,
- en améliorant l'attractivité de la France, grâce à une visibilité internationale renforcée.

Quelle stratégie pour les pôles ?

À partir d'une vision partagée par les différents acteurs, chaque pôle de compétitivité élabore sa propre stratégie à cinq ans, ce qui lui permet de :

- concrétiser des partenariats entre les différents acteurs ayant des compétences reconnues et complémentaires,
- bâtir des projets collaboratifs stratégiques de recherches et développements (R&D) qui peuvent bénéficier d'aides publiques, notamment auprès du fonds unique interministériel (FUI),
- promouvoir un environnement global favorable à l'innovation et aux acteurs du pôle en conduisant des actions d'animation, de mutualisation ou d'accompagnement des membres du pôle sur des thématiques telles que la formation et les ressources humaines, la propriété industrielle, le financement privé, le développement à l'international, etc.

l'innovation technologique et la création d'emplois. C'est une nouvelle formule de partenariat public/privé. Le contrat-cadre est l'instrument juridique qui précise l'orientation stratégique et thématique, la structure d'animation et de gouvernance, les modalités de sélection des projets, leur suivi et leur évaluation. Le représentant légal du pôle ne doit relever ni de l'État ni des collectivités territoriales. Un comité de coordination, une commission des finances et une commission scientifique sont prévues. L'État a gardé la maîtrise, mais son rôle peut se réduire à prendre acte d'initiatives locales ou à mettre en relation des partenaires tout en apportant son aide financière³³⁵.

En 2011, il y avait quatre exemples de pôles de compétitivité dans le domaine de la santé : « Lyonbiopôle » qui est un centre d'excellence mondial en vaccin et diagnostique, a été labellisé pôle de compétitivité mondial en 2005. Il a pour but d'appréhender les maladies infectieuses humaines et animales de façon globale, du diagnostique et de la prévention jusqu'au traitement, en intégrant les systèmes d'administration originaux. C'est une plateforme unique en Europe, qui rassemble les compétences en infectiologie en accueillant des chercheurs de tous horizons dans un environnement d'excellence original ; « Alsace BioValley » qui est un pôle de compétitivité français dédié aux sciences de la vie et de la santé. Il regroupe et fédère, en Alsace, tous les acteurs (entreprises, laboratoires, hôpitaux, universités) des sciences de la Vie-Santé. Son objectif est d'accompagner leur croissance pour accélérer l'innovation thérapeutique et créer des emplois ; « Cancer-Bio-Santé » qui regroupe les principaux acteurs en Midi-Pyrénées contribuant à la lutte contre le cancer : activités cliniques et médicales, centres de recherche et industriels de l'agroalimentaire, de la pharmacie, des biotechnologies, des Sciences et Technologies de l'information et des micro-nanotechnologies, formation, et associations. Ce pôle s'appuie aussi sur les points forts de la région Midi-Pyrénées, qui sont les secteurs pharmaceutiques, l'agroalimentaire et le secteur des bio-technologies ; et le « Lifescience Corridor » qui est un « super-pôle » de compétitivité, fédère trois pôles français : « Cancer-Bio-Santé », « Lyon Biopôle » et « Alsace BioValley » car ils sont complémentaires : l'interface entre chimie, biologie et technologies médicales pour le pôle Alsace BioValley ; la lutte contre les maladies infectieuses humaines et animales avec une forte expertise autour du diagnostic et des vaccins pour Lyonbiopôle ; un continuum scientifique et économique autour de la prise en

³³⁵ J. MOREAU. *Esquisse... (op. cit.)*, p. 23, J.-C. NEMERY (dir). *Les pôles de compétitivité dans le système français et européen*. Paris : Editions L'Harmattan, 2006, p.197, et N. JACQUET, D. DARMON. *Les pôles de compétitivité. Le modèle français*. Paris : La Documentation française, 2005, n°5225.

charge du cancer (prévention, diagnostic, thérapeutique, etc.) pour le pôle Cancer-Bio-Santé. Un premier accord de partenariat international entre le Kansai Bio Promotion Council et le « Lifescience Corridor » a été signé le 4 février 2008 au Japon pour concrétiser des collaborations de terrain. Des « pôles de compétitivité en santé publique » pourraient voir le jour³³⁶.

Il y a des expériences d'aménagement du territoire qui, comme les métropoles d'équilibre qui sont devenues des communautés urbaines³³⁷, peuvent montrer que la politique d'aménagement du territoire peut être une réussite. Pour les « pays », les exemples disparates font que, sans qu'il soit question de les supprimer, non seulement il n'est plus question d'en créer de nouveaux mais l'évolution proposée est celle des « pôles d'excellence rurale » symétrique de celle des pôles de compétitivité. Pour ces derniers, l'évaluation réalisée par le Boston Consulty Group CM International en 2008 après trois années de mise en œuvre est globalement positive : sur 71 pôles labellisés (67 plus 4 par le CIADT du 5 juillet 2007), 39 ont atteints les objectifs fixés et 19 autres les ont atteints partiellement, ce qui leur permet de voir leur label confirmé ; pour les 13 restant, ils doivent être reconfigurés, et ils ont une année supplémentaire pour faire leur preuve. L'expérience des pôles de compétitivité devrait être poursuivie avec une enveloppe supplémentaire de 1,5 milliards d'euros. Si ces pôles de compétitivité sont ancrés au départ sur des listes de communes par décret, ils ont vocation à devenir des écosystèmes de croissance et d'innovation qui peuvent s'ouvrir à d'autres partenaires d'autres communes, ce qui peut rendre obsolète les listes de départ. De plus, l'État ne fait que conclure des contrats de performance avec ces pôles de compétitivité dont la forme juridique est celle d'associations de la loi de 1901. A la question de savoir si les pôles de compétitivité sont un modèle de territorialisation, Jacques Moreau répond : « à ce double point de vue, la territorialisation [symbolisée par le pôle d'activité] est très superficielle, puisqu'ils leur manquent au moins en partie, les deux caractéristiques essentielles d'une territorialisation définie avec rigueur ».

³³⁶ Ils seront proposés en deuxième partie.

³³⁷ La loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales crée les métropoles et leur fixe une taille minimale de 500 000 habitants, ce qui a abaissé à 450 000 habitants le seuil de création des communautés urbaines. Les communautés urbaines créées antérieurement conservent leur statut.

Les rapports entre aménagement du territoire et service public sont conflictuels, et ce depuis au moins les années 1960. Cela est principalement dû au repli des administrations qui a été réalisé sans grande concertation avec les élus locaux et sans recherche de nouvelles organisations, ce qui a induit un « brouillage du service public et [un] brouillage des compétences », nécessitant une réforme³³⁸.

La réforme de l'administration territoriale de l'État (RÉATE), et la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales ont été, en 2010, les deux réformes de l'administration territoriale. Ce nouvel État territorial est constitué d'administrations déconcentrées et de collectivités territoriales décentralisées mettant en œuvre, via la RÉATE, la RGPP. Le préfet de région devient « responsable » de l'exécution des politiques de l'État dans la région, et a une autorité hiérarchique sur le préfet de département³³⁹. La loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales favorise le développement de l'intercommunalité rurale³⁴⁰. Les Schémas Départementaux de Coopération Intercommunales (SDCI)³⁴¹ qui servent de cadre de référence à l'évolution de la carte intercommunale dans chaque département, peuvent prendre en compte des territoires pertinents appréhendés à partir des bassins de vie, à partir des données de l'INSEE. L'intercommunalité est un des pivots de la conception de la décentralisation développée par les pouvoirs publics³⁴². Son développement combine, avec les bassins de vie, les « territoires institutionnels » et les « territoires fonctionnels » dans un but principal d'économies d'échelle et de mutualisation des services et des équipements³⁴³. L'intercommunalité est encouragée pour contourner l'impossibilité de diminuer autoritairement les 36 789 communes. Cela peut permettre de simplifier et de rationaliser la superposition de ces communes avec les 15 900 syndicats intercommunaux, les 101 départements et les 26 régions. Si le principe de spécialisation des compétences pour les départements et les régions est

³³⁸ Y. MADIOT. Service public et aménagement du territoire. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 1997 [réf. du 29 décembre 2011], p. 83. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

³³⁹ N. KADA. La réforme de l'État territorial. *Revue française d'administration publique* 2012 ; 1 (141), p. 119.

³⁴⁰ Il y a moins de 50 habitants / km² pour les intercommunalités rurales contre 350 habitants / km² pour les intercommunalités urbaines. La Franche-Comté a gardé les pays qui regroupent des intercommunalités.

³⁴¹ Articles 35 à 37 de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales.

³⁴² G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit... (op. cit.)*, p. 245.

adopté, le texte renvoie à 2015 pour la définition de ces compétences. La clause générale de compétence est conservée pour les communes.

L'égalité d'accès aux soins et à la santé par la prise en compte des déterminants de la santé, et par le service public n'y est pas la priorité. Pourtant, cela permettrait aux ARS, préfectures de région et collectivités territoriales de pouvoir travailler plus facilement à des projets communs coordonnant les possibilités et les compétences sanitaires de chacune³⁴⁴. La loi HPST avec le PSRS qui leur donne comme interface possible la santé au travail, la santé en milieu scolaire et celle des personnes en état de précarité ou d'exclusion, à partir des territoires de santé, et la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales qui leur donne comme interface possible les équipements de la vie courante et à l'emploi, à partir des

³⁴³ C. JEBEILI. Le bassin de vie, nouveau critère de l'intercommunalité rurale. *Droit rural* 2011 ; 392, étude 12.

³⁴⁴ Pour les communes : le maire a un pouvoir d'intervention en matière de salubrité publique (assainissement, baignades, immeubles menaçant de ruine, remise en état des terrains). Elles peuvent se doter de Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) qui peuvent en plus, mettre en place des mesures de vaccination et de désinfection. Elles peuvent aussi se doter de dispensaires et de centres de santé. Le maire est président du conseil d'administration de l'hôpital local, du centre hospitalier ou du centre hospitalier régional. A titre expérimental, les communes peuvent exercer la responsabilité de la résorption de l'habitat insalubre.

Les départements sont les pivots de l'action sanitaire et sociale : avec le préfet, le président du conseil général arrête le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS) en faveur des personnes âgées, et les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) coordonnent l'action gérontologique. Le département est compétent et finance les services et les consultations de santé maternelles et infantiles des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Il assure une partie de la prise en charge du handicap de l'enfant dans les centres d'action médicaux-sociaux. Le président du conseil général peut être président du conseil d'administration des établissements de santé départementaux. Des représentants du conseil général siègent au conseil d'administration des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux, et du centre hospitalier universitaire. A titre expérimental, le département peut participer au transfert de compétence en matière de protection judiciaire de la jeunesse.

Si la région est devenue le véritable échelon dans l'organisation du système de santé, les conseils régionaux y ont un rôle limité : agrément des écoles et instituts de formation, financement des aides aux étudiants inscrits en formation sanitaire et sociale. Des représentants du conseil régional siègent au conseil d'administration des établissements publics de santé. A titre expérimental, les conseils généraux peuvent participer au financement des équipements hospitaliers.

Les communes, les conseils généraux et les conseils régionaux peuvent apporter leur concours aux conditions d'installation ou de maintien des professionnels de santé, particulièrement en zone rurale ou déficitaire en offre de soins : pour les deux premiers, financement des structures de type maison médicale, indemnités de logement et de déplacements des étudiants (article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales), et pour le dernier : prise en charge partielle ou totale des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité des soins, mise à disposition de locaux, mise à disposition de logement, versement d'une prime à l'installation, versement d'une prime d'exercice forfaitaire au professionnels de santé exerçant à titre libéral (articles L. 1511-44 et L. 1511-46 du code général des collectivités territoriales), cité dans P. VILLENEUVE. Les compétences...(*op. cit.*), p. 87-94.

bassins de vie, peuvent être des étapes complémentaires qui peuvent ouvrir la voie à une nouvelle réforme commune. Cette dernière est nécessaire si l'on considère que l'offre de soins, tant ambulatoire qu'hospitalière, reste non seulement mal répartie sur le territoire national, mais qu'elle risque d'être de plus en plus déconnectée des besoins³⁴⁵. Les hôpitaux locaux par exemple, doivent survivre à des rivalités stratégiques entre établissements de santé publics et privés, ce qui peut les éloigner de leur rôle d'acteur territorial de l'aménagement du territoire³⁴⁶. De plus, il y a une augmentation des inégalités en termes de service public en milieu rural et urbain³⁴⁷. Il est possible de considérer que l'aménagement du territoire peut englober l'ensemble des services nécessaires à la vie de la population à partir des déterminants de la santé, pour devenir un facteur encore plus majeur de cohésion sociale. Les collectivités territoriales doivent être engagées avec l'État (préfectures, ARS), l'Assurance maladie et la population (citoyens et usagers) pour l'évaluation des besoins et les choix des moyens pour y répondre. L'égalité, la proximité et la continuité doivent être recherchées³⁴⁸. L'arbitrage entre les activités relevant du marché et les actions de cohésion sociale incombant aux pouvoirs publics. Cette réforme des collectivités territoriales, avec ses bassins de vie et l'intercommunalité, nouvelle étape de la mise en place d'un « État territorial performant et repositionné sur des périmètres pertinents d'intervention »³⁴⁹, peut être, avec les territoires de santé de l'ARS, le socle de territoires infra-régionaux de santé publique.

Ainsi la territorialisation qui ne concerne pas que les services administratifs de l'État, doit faire intervenir les acteurs locaux et notamment des collectivités territoriales, afin d'aboutir à une meilleure appropriation des politiques publiques par les personnes concernées au niveau local, grâce à une information améliorée et à la prise en compte de leurs besoins. Pourtant, le territoire pertinent pour les soins et la santé et le territoire décentralisé, déconcentré ou aménagé, souffrent de complexité, et peuvent être sources de conflits. Il n'y a pas eu de politique territoriale de santé publique, mais l'affirmation du pouvoir

³⁴⁵ J.-M. MACE. *La menace des déséquilibres régionaux*. Dossier : Régions et santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 206 ; 3 (12), [réf. du 29 décembre 2011], p. 50-54. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_012_0045

³⁴⁶ A. DELAS. L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote* 2011 ; 143, p. 89-119.

³⁴⁷ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 8.

³⁴⁸ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 127.

³⁴⁹ N. KADA. *La réforme...* (op. cit.), p. 109.

central de l'État au niveau de la région, ce qui a permis de poser le nécessaire décloisonnement d'un continuum d'offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, et d'offres médico-sociales et sociales, tout en ouvrant la possibilité de prise en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Un « territoire de santé publique infra-régional » pertinent peut être indispensable pour poursuivre une territorialisation garante de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout. Ce nouveau territoire doit prendre en compte les spécificités des territoires et les besoins particuliers de ses populations et de ses individus. Il ne sera pas un « donné », il sera un « construit » qui devra permettre une meilleure appropriation des politiques publiques par les personnes concernées au niveau local, grâce à la prise en compte de leurs besoins et à une meilleure information. Il intégrera les autres politiques de territorialisation qui prennent le territoire pour cible et pour objet, comme la décentralisation, la déconcentration ou l'aménagement du territoire, ainsi que le chevauchement de leur développement.

Territorialisation et territorialité sont dérivés du territoire, et la territorialisation est une approche des politiques publiques qui s'intéresse aux spécificités de chaque territoire, par opposition à une approche verticale divisant l'action publique en secteurs d'activités cloisonnés. Cette approche va nous permettre de mesurer les inégalités d'accès aux soins, au continuum et à l'ensemble des déterminants de la santé.

SOUS PARTIE 2 : L'AGGRAVATION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Même s'il n'existe pas encore d'atlas en France, comme par exemple au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique³⁵⁰, qui puisse permettre de mesurer des inégalités territoriales de pratiques médicales et d'organisation, de nombreuses données et travaux de synthèses permettant d'approcher les besoins de santé et les offres et les organisations apportées pour y répondre au niveau du territoire existant, et ils ont pu mettre en évidence des inégalités³⁵¹. La géographie de la santé a pu par exemple y contribuer³⁵² ainsi que la santé publique pour l'aménagement du territoire³⁵³. Les nombreux travaux concernant les inégalités sociales de santé³⁵⁴ et la géographie de la santé ont permis de réaliser des cartographies par régions et cantons³⁵⁵. Ces travaux ont pu être repris par le Haut Comité de la Santé Publique, dans son rapport de 1994 qui traite des disparités de santé selon les catégories sociales et les régions, et qui décrit la croissance des écarts de santé comme une caractéristique péjorative et alarmante de l'état de santé en France³⁵⁶. Dès 1995, l'impact sur la santé d'un chômage massif et durable est pris en compte³⁵⁷ et en février 1998, la

³⁵⁰ Le Royaume-Uni a mis en place un « NHS atlas » et les États-Unis d'Amérique un « Dartmouth Atlas Project ».

³⁵¹ Rappelons que trois exemples pouvaient être cités en 2012 : PARHTAGE, le portail des ARH sur l'offre de soins, mais qui n'est plus mis à jour depuis la création des ARS et qui n'a pas été remplacé (Disponible sur : <http://www.parhtage.santé.fr/re7/site.nsf> [consulté le 16 mars 2012]) ; C@rtoSanté, portail des ARS sur les professionnels de santé (Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/CaroS-nte.92760.0.html> [consulté le 16 mars 2012]) ; et SCORE-santé, le portail de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) sur la santé de la population (Disponible sur : <http://www.score.sante.org/score2008/index.html> [consulté le 16 mars 2012]).

³⁵² F. TONNELIER (dir). Dossier « Géographie de la santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997 ; 19, p. I-XL.

³⁵³ A. CORVEZ, E. VIGNERON (dir). Dossier « Santé publique et aménagement du territoire ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1999 ; 29, p. 19-70, et E. VIGNERON. *Pour une approche...* (op. cit.), p. 155.

³⁵⁴ A. LECLERC, et alii. *Les inégalités...* (op. cit.), et A. LECLERC, T. LANG. Les inégalités sociales en matière de santé. In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité...* (op. cit.), p. 187-192.

³⁵⁵ A. TRUGEON, N. THOMAS, F. MICHELOT, B. LEMERY. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. FNORS. 2^e édition. Collection : Abrégés. Paris : ELSEVIER / MASSON 2010.

³⁵⁶ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...* (op. cit.), p. 122.

³⁵⁷ M. ARENE, O. BRIXI, V. MALLET. Introduction. In : M. ARENE, O. BRIXI, V. MALLET (dir). Dossier « Santé & précarité ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1995 ; 12, p. I.

progression de la précarité en France et ses effets sur la santé sont étudiés³⁵⁸. De nombreuses propositions d'actions ont été faites et certaines ont été mises en œuvre, comme la CMU, les PASS ou les PRAPS³⁵⁹. Nous allons les envisager tout en centrant nos propos sur une période plus récente.

L'une des particularités de la loi HPST est de proposer la construction d'un continuum, tout en ouvrant des possibilités de prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé. Pourtant, l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers est remis en cause, de même que l'accès aux PASS. L'accès au reste du continuum est aussi menacé, c'est à dire l'accès à la prévention, au secteur médico-social et social, ainsi que l'accès aux réseaux (**Chapitre 1**). De plus, l'accès à l'ensemble des déterminants de la santé ainsi que l'accès au service public sont également remis en cause (**Chapitre 2**).

Le modèle « revenu, précarité, accès aux soins », qui est le modèle dominant alors qu'il ne prend en compte qu'à « minima » les inégalités³⁶⁰, est en faillite. Cela permettra de montrer *en miroir*, que l'autre modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé » promu par de nombreux travaux nationaux depuis au moins 1992³⁶¹, est davantage porteur d'avenir.

³⁵⁸ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité...*(*op. cit.*), p. 11-294.

³⁵⁹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*. Paris : La Documentation française, 1998 ; HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France 2002...*(*op. cit.*), ; HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités sociales...*(*op. cit.*) ; cité dans P.-H. BRÉCHAT. *Pour la construction...*(*op. cit.*), p. 119-147.

³⁶⁰ P.-H. BRÉCHAT. *Pour la construction...*(*op. cit.*), p. 135-138.

³⁶¹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie pour une politique de santé*. Rennes : ENSP Editeur, 1993, p. 16-29.

Chapitre 1 : L'INTENSIFICATION DES INEGALITES DANS L'ACCES AUX SOINS ET AU CONTINUUM

En 1994, le Haut Comité de la Santé Publique faisait le constat que la santé en France était menacée de détérioration par des faiblesses structurelles³⁶². Si la situation de la mortalité prématurée et évitable était préoccupante, si la croissance des écarts en termes d'indicateurs de santé était une caractéristique alarmante de l'état de santé, les disparités dans la consommation des soins s'étaient par contre réduites au cours des années 1960-1990, même si des différences inter-régionales étaient constatées³⁶³.

Les difficultés d'accès aux soins ont nécessité la mise en place des PASS, des PRAPS et de la CMU. Malgré cela, il y a une aggravation des inégalités d'accès aux soins. Ces inégalités peuvent concerner l'acte médical (prothèse de hanche, opération de la cataracte, etc.) et le territoire où l'utilisateur habite³⁶⁴. Cela est la conséquence du maintien d'un système déséquilibré au profit de l'acte technique, et au détriment d'une approche globale des usagers³⁶⁵. Cette aggravation est également le résultat de l'absence d'un continuum entre les offres de soins ambulatoires et hospitaliers pour tous et partout, et du faible développement des PASS³⁶⁶ (**Section 1**). Il y a aussi une augmentation des inégalités d'accès aux autres composantes du continuum que sont les offres de prévention, et les offres médico-sociales et sociales. De plus, les réseaux n'ont pas été suffisamment développés (**Section 2**).

Le territoire infra-régional est le témoin des effets d'un « crash sanitaire »³⁶⁷ qui est dû à un « laisser faire » pourtant dénoncé depuis 1994³⁶⁸.

³⁶² HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...* (op. cit.), p. 75.

³⁶³ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...* (op. cit.), p. 76-122.

³⁶⁴ L. CLAVREUL. Accès aux soins : de fortes disparités territoriales. *Le Monde*, mercredi 11 juillet 2012, p. 8.

³⁶⁵ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...* (op. cit.), p. 164.

³⁶⁶ Définition du continuum issue des travaux du Haut Comité de la Santé Publique, cité dans HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France 2002...* (op. cit.), p. 30.

³⁶⁷ Titre du dossier : « Krach sanitaire : la crise à quel prix ? » de la *Revue Humanitaire* 2012 ; 30, p. 16-83.

Section 1 : L'aggravation des inégalités d'accès aux soins

Ces inégalités d'accès aux soins qui concernent les accès aux soins primaires et secondaires s'aggravent, malgré les dernières mesures de la loi HPST et les engagements de l'Assurance maladie, qui ne suffisent pas non plus à régler les problèmes liés aux « déserts médicaux » et à l'articulation entre les secteurs ambulatoire et hospitalier (**Paragraphe 1**). Les dernières réformes augmentent les inégalités d'accès aux soins hospitaliers des patients « complexes », que sont les usagers précaires, les personnes âgées ou les malades atteints de pathologies chroniques (**Paragraphe 2**). De plus, les filets de sécurité que sont les PASS n'ont pas été renforcés (**Paragraphe 3**). Alertés par de nombreux travaux, les pouvoirs publics auraient pu y remédier, ce qui n'a pas complètement été réalisé.

Paragraphe 1 : Un secteur ambulatoire en devenir

La libre installation et le secteur à honoraires libres sont les causes des concentrations de médecins libéraux en milieu urbain, et des déserts médicaux en milieu rural. Cela introduit des inégalités d'accès aux soins ainsi qu'à la permanence des soins ambulatoires³⁶⁹. De plus, il y a moins de médecins spécialistes en médecine générale par rapport aux autres spécialités, et la qualité de leurs pratiques qui n'est pas suffisamment assise sur l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques pose problème³⁷⁰. De plus, le paiement à l'acte incite à l'augmentation du nombre d'actes effectué par le médecin car le revenu de ce dernier en dépend directement. Les autres modes de rémunération des médecins libéraux comme le salariat et la capitation qui sont peu développés ne poussent pourtant pas à l'augmentation de l'activité par

³⁶⁸ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...*(*op. cit.*), p. 171.

³⁶⁹ N. BONNET, C. PAVILLON. La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires. *Points de repère* 2009 ; 28, p. 12.

³⁷⁰ S. MAURY. *Réhabiliter...*(*op. cit.*), p. 85.

patient³⁷¹. Le cadre de l'activité de la médecine libérale laisse une place de plus en plus importante à la logique économique³⁷². L'ensemble des réformes menées depuis 15 ans n'a pas tenu toutes ses promesses : médecin référent, médecin traitant ou dispositifs comme le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)³⁷³. Afin d'augmenter leurs revenus, les lobbies professionnels font obstacle à ces réformes et aux aspirations des jeunes médecins, mais surtout au service public³⁷⁴.

En France, la densité des médecins spécialistes en médecine générale et des autres spécialistes est de 2,1 médecins pour 1 000 habitants avec un âge moyen de 55 ans, et cette densité est supérieure à celle de l'Espagne ou du Royaume-Uni³⁷⁵. L'ensemble des régions françaises accuse une baisse de cette densité, et le fossé continue à se creuser pour les régions identifiées comme ayant une faible densité. La densité médicale et le temps médical risquent de diminuer, ce qui peut contribuer à l'augmentation des inégalités territoriales. Ces tensions ont été décrites par Jean-Marc Macé dès 2006 qui montrait que : « ni la législation coercitive concernant l'installation des médecins, ni la politique d'incitation financière et fiscale ne réussissent à donner à la France un système de soins intégrant à la fois la sécurité et l'égalité, à défaut d'équité »³⁷⁶.

Il y a une désaffection des étudiants pour la médecine libérale. Les causes sont plurielles : les jeunes médecins montrent un désintérêt pour l'installation libérale en secteur 1³⁷⁷ avec

³⁷¹ P.-L. BRAS. La rémunération des médecins libéraux. In : P.-L. BRAS Pierre-Louis, G. DE POUVOURVILLE, D. TABUTEAU (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 255-256.

³⁷² T. GRANIER. L'avenir de la médecine libérale à la lumière de l'évolution des structures sociétales accueillant l'activité. Numéro hors-série « La médecine libérale : quel avenir ? » *Revue de droit sanitaire et sociale* 2011, p. 32.

³⁷³ Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/qu-est-ce-que-le-capi.php> [consulté le 25 novembre 2010]

³⁷⁴ S. MAURY. Réhabiliter... (*op. cit.*), p. 87.

³⁷⁵ En Espagne, la densité des médecins spécialistes en médecine générale est de 1,5 médecins pour 1 000 habitants avec un âge moyen de 43,1 années, et la densité des autres spécialistes est de 2,1 médecins pour 1 000 habitants avec un âge moyen de 45,2 années ; Au Royaume-Uni, la densité des médecins spécialistes en médecine générale est de 1,2 médecins pour 1 000 habitants, et la densité des autres spécialistes est de 1,3 médecins pour 1 000 habitants. Premiers résultats de l'Observatoire européen de la démographie médicale, in : *Tour d'horizon de la démographie médicale en Europe*. Médecins. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins ; 2012 ; 21, p. 21.

³⁷⁶ J.-M. MACE. *La menace...* (*op. cit.*), p. 45-55.

³⁷⁷ Secteur 1 : C'est le secteur qui pratique les tarifs fixés par la Sécurité sociale, sans pratiquer de dépassements d'honoraires. Secteur 2 : C'est le secteur dit « libre » où chaque praticien fixe le montant de ses honoraires librement. Il n'y a pas de limite à cette liberté, en dehors de la recommandation de « tact et de mesure » énoncé par l'article 53 du Code de déontologie médicale. Créé en 1980, le secteur 2 avait pour vocation à permettre aux médecins de gagner davantage sans coûter trop à l'Assurance maladie. Secteur 3 : Il s'agit du secteur non conventionné, qui n'a aucune

gardes, surtout en milieu rural, et ils préfèrent un exercice de groupe interdisciplinaire avec des emplois salariés permettant des exercices à mi-temps et en ville ; et, de plus, un médecin libéral gagne moins qu'un praticien hospitalier à partir de la quinzième année d'exercice. Le vieillissement de la population médicale est aussi une problématique nouvelle³⁷⁸.

Des « déserts médicaux » peuvent aussi apparaître dans des territoires dits « bien pourvus ». Prenons l'exemple de Paris avec une moyenne de 12,1 médecins pour 10 000 habitants, alors que la moyenne nationale est à 9,7 médecins pour 10 000 habitants. Les médecins du Nord-Est de Paris, dont le nombre est équivalent à la moyenne nationale, sont des spécialistes hors médecine générale pour 67 % d'entre eux, ce qui est trois fois supérieures à la moyenne nationale, et les 33 % de médecins spécialistes en médecine générale³⁷⁹ sont pour 39 % d'entre eux en secteur 2 (honoraires libres), contre 28 % en Île-de-France et 12 % en France. C'est à Paris que les dépassements d'honoraires sont les plus importants³⁸⁰. Ces dépassements d'honoraires qui sont aussi pratiqués par les médecins d'autres spécialités que la médecine générale, ainsi que par les médecins des établissements de santé, sont un obstacle à l'accès aux soins³⁸¹. Par ailleurs, 27 % de ces médecins spécialistes en médecine générale parisiens, contre 12 % en France, pratiquent l'homéopathie, l'acupuncture ou la médecine d'urgence. Au final, il y a moins de médecins spécialistes en médecine générale pratiquant la médecine générale en comparaison avec la moyenne nationale, et cela pourrait encore diminuer car la moyenne d'âge de ces médecins est de 55 ans. La difficulté pour un usager va être quadruple : trouver un médecin

relation avec la Sécurité sociale. Les médecins ont des tarifs de consultations libres et les usagers ne bénéficient d'aucun remboursement.

³⁷⁸ B. SALIBA-SERRES, B. VENDELON. L'exercice de la médecine de ville : entre changement et continuité. In : P.-L. BRAS, at alii. *Traité... (op. cit.)*, p. 407-414.

³⁷⁹ La médecine générale est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier. Le médecin spécialiste en médecine générale (on dit aussi médecin omnipraticien) assure le suivi, la prévention, les soins et le traitement des malades de sa clientèle, dans une vision à long terme de la santé et du bien-être de ceux qui le consultent. Sa surface de prise en charge est horizontale, là où les autres spécialités exercent plus dans la verticalité d'un problème médical. La médecine de ville et rurale est exercée en dehors de l'hôpital. Des médecins généralistes peuvent aussi exercer à l'hôpital, dans les services de l'État et de l'assurance maladie.

³⁸⁰ L. CLAVREUL. A Paris, les médecins sont surtout des spécialistes. L'accès aux soins dans le nord-est de la capitale pourrait devenir problématique dans les cinq ans à venir. *Le Monde*, le 19 octobre 2010.

³⁸¹ La généralisation de la pratique des dépassements d'honoraires et la prise en charge aléatoire au titre de la couverture complémentaire sont des signes parmi d'autres du recul de l'égalité d'accès aux soins, cité dans R. MARIE. Dépassements d'honoraires et accès aux soins. *Revue de droit sanitaire et social* 2010 ; 3, p. 516-519.

spécialiste en médecine générale, qui pratique la médecine générale, qui soit en secteur 1, et qui puisse donner un rendez-vous dans un délai compatible avec la demande. Les usagers ont de plus en plus tendance à renoncer à la médecine ambulatoire pour se tourner vers d'autres possibilités : les PASS, les centres de santé ou les urgences hospitalières dont, rappelons-le, seulement 15 à 20 % des entrées débouchent sur une hospitalisation. Notons que depuis 1996, la prise en charge des urgences médicales repose essentiellement sur les services des urgences des établissements de santé qui sont devenus des « services de consultations non programmées » coûteux, car le montant moyen d'un passage aux urgences est de 223 euros, contre 48 euros pour un acte effectué par un médecin libéral³⁸².

L'Assurance maladie favorise le développement de nombreux dispositifs innovants pour la médecine ambulatoire et ses usagers. Ces dispositifs ne sont pas développés partout de la même manière, et peuvent contribuer à un cloisonnement par populations ou par pathologies. Prenons deux exemples : pour les usagers précaires, une équipe spécialisée peut proposer des aides financières aux personnes qui rencontrent des difficultés pour régler leurs dépenses de santé. C'est le service « ASAC » dédié à la lutte contre la précarité³⁸³, mais il n'est pas mis en place partout. Pour les patients atteints de maladies chroniques, un service d'accompagnement dans le temps appelé « sophia » permet à des gestionnaires de cas de proposer des conseils adaptés à la situation de chaque personne diabétique pris en charge dans le cadre d'une Affection de Longue Durée, afin de limiter les risques de complications liés à cette maladie³⁸⁴. S'il est prévu que les personnes asthmatiques puissent bénéficier d'un tel dispositif, il n'est pas prévu que les usagers ayant d'autres pathologies chroniques puissent en bénéficier. Ces dispositifs sont des innovations testées, évaluées qui font ensuite l'objet de tentatives de généralisation par l'Assurance maladie. Il n'existe pas en France de « service national de l'innovation pour un meilleur système de santé publique » sur le modèle du « Better Value Healthcare

³⁸² COUR DES COMPTES. *Rapport sur les urgences médicales : constats et évolution récente*. Cour des Comptes, 2006, p. 336-338.

³⁸³ Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-loiret/nos-services/des-aides-pour-lutter-contre-la-precarite/les-aides-financieres_loiret.php [consulté le 5 janvier 2011].

³⁸⁴ Disponible sur : <http://www.sophia-infoservice.fr/> [consulté le 25 novembre 2010]

Programme » d'Oxford au Royaume-Uni par exemple³⁸⁵, qui pourrait s'appuyer sur des établissements de santé publique universitaires interrégionaux ou régionaux.

Pour améliorer la prise en charge ambulatoire, le titre II de la loi HPST définit un mode d'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population et des niveaux de recours reposant sur la distinction entre « *soins de premier recours* » et « *soins spécialisés de second recours* ». L'offre de soins de premier recours³⁸⁶ a pour objet de répondre aux besoins de proximité nécessitant une présence resserrée sur le territoire : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients ; dispensation et administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que conseil pharmaceutique ; orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; éducation pour la santé³⁸⁷. Si les soins spécialisés de second recours peuvent viser à la prise en charge des besoins plus spécialisés, qui font appel à des ressources plus rares et doivent s'organiser sur un maillage et selon des modalités différentes, la loi HPST n'en donne pas de définition³⁸⁸.

Le médecin traitant, pivot du parcours de soins coordonné³⁸⁹, devient le *médecin généraliste de premier recours* : il contribuera à l'offre de soins ambulatoire, tant au cabinet que dans les établissements de santé ou médico-sociaux, il devra orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social, coordonner les soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, assurer la synthèse de toutes les interventions, contribuer aux actions de prévention et de dépistage, participer à la permanence des soins³⁹⁰, et accueillir et former les stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales³⁹¹. A cela, s'ajoute une dimension pluridisciplinaire de la prise en charge des patients incluant des médecins spécialistes, les professionnels paramédicaux

³⁸⁵ Disponible : <http://www.ocht.net/products/better-value-healthcare-programme.php> [consulté le 5 janvier 2011].

³⁸⁶ L'organisation de l'offre de santé autour des soins de santé primaires est un des éléments clés des politiques de l'OMS depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978. Ses quatre principes sont : l'accès universel aux soins et couverture en fonction des besoins ; engagement à garantir l'équité en matière de santé ; participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé ; adoption d'approches intersectorielles de la santé.

³⁸⁷ Article L.1411-11 du code de la santé publique.

³⁸⁸ S. SEGOVIA-KUENY. Soins de premier et de second recours. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 35-37.

³⁸⁹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ainsi que la convention médicale du 12 janvier 2005.

³⁹⁰ La permanence des soins en secteur ambulatoire est la réalisation de soins par des médecins libéraux de premier recours en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou des centres de santé.

³⁹¹ Article L. 4130-1 du code de la santé publique.

et les pharmaciens d'officine, etc. Pour renforcer ces dispositions, la loi HPST reconnaît 3 structures d'exercice :

- les *centres de santé* qui assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales, et ils pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L.322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention³⁹²,
- les *maisons de santé* qui assurent des activités de soins sans hébergement et ils peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux³⁹³,
- les *pôles de santé* qui peuvent également assurer des activités de soins de premier recours au sens de l'article L.1411-11. Ils sont constitués « entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale »³⁹⁴.

Pour la première fois, le SROS comprend la médecine ambulatoire ou offre de soins de premier recours, et doit indiquer par territoire de santé, les besoins en implantation des professionnels libéraux et des pôles, maisons et centres de santé, avec possibilités de mises en œuvre de contrats « santé solidarité »³⁹⁵. Les Contrats d'Engagement de Service Public (CESP)³⁹⁶ sont venus apporter la possibilité de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux où la continuité des soins est menacée³⁹⁷.

³⁹² Article L.6323-1 du code de la santé publique.

³⁹³ Article L.6323-3 du code de la santé publique.

³⁹⁴ Article L.6323-4 du code de la santé publique.

³⁹⁵ Article L. 1434-8 du code de la santé publique.

³⁹⁶ Arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

³⁹⁷ Certaines régions ont eu du mal à signer de tels contrats, in : APM International. *Xavier Bertrand veut mieux contrôler les ARS*. Le 2 mai 2012.

Ces dispositifs s'ajoutent à ceux existants, sans qu'il soit prévu une coordination ou une intégration de l'ensemble des dispositifs en un seul.

Le SROS ambulatoire a pu permettre à des ARS d'identifier une organisation territoriale des soins de premiers recours articulée autour de pôles suffisamment robustes pour être tête de pont. La saturation de l'activité, la prédominance de cabinets à honoraires libres ou les impacts saisonniers d'activité peuvent y être pris en compte³⁹⁸. Pourtant, le rapport de Jean-Pierre Fourcade n'ayant pas plébiscité le nouveau dispositif de planification de la médecine ambulatoire³⁹⁹, les ARS ont recentré leurs actions sur le développement des maisons de santé ou des maisons interdisciplinaires. Faute de moyens financiers, tous les besoins ne peuvent être couverts. La planification du secteur ambulatoire a pu être efficace pour les infirmières diplômées d'État ou les kinésithérapeutes, mais pas pour les médecins, d'où son renforcement en 2012⁴⁰⁰. Tout cela n'a rien d'étonnant puisque l'ARS n'a pas hérité des moyens lui permettant de s'affirmer comme le gestionnaire et le régulateur du secteur ambulatoire, à la place de l'Assurance maladie. Le schéma régional qui englobe la médecine ambulatoire est non opposable, et comme la liberté d'installation n'était pas remise en cause, ce schéma n'a pu être qu'une cartographie. De plus, l'ARS n'a ni la main sur la capacité de traitement et d'analyse des données, ni la main sur les principaux outils pouvant peser sur l'organisation et les comportements des professionnels. L'ARS, n'ayant pas non plus de possibilité de peser sur les conventions avec les professionnels de santé qui sont restées au niveau national, ne peut ainsi pas avoir de vraies marges de manœuvre sur les rémunérations des professionnels⁴⁰¹. Au vu des enjeux, il peut apparaître étonnant que ces marges de manœuvres n'aient pas été données⁴⁰².

³⁹⁸ B. PASQUET. Les soins de premier recours dans les Bouches du Rhône. Numéro hors-série « La médecine libérale : quel avenir ? » *Revue de droit sanitaire et sociale* 2011, p. 37-43.

³⁹⁹ J.-P. FOURCADE. *Comité...*(*op. cit.*), p. 35.

⁴⁰⁰ Instruction DGOS/R2/DSS n°2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, précise que le SROS, selon l'article L. 1434-7 du code de la santé publique modifié par l'article 4 (V) de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST

⁴⁰¹ Même avec des contrats individuels, cité dans P.-L. BRAS. *La création...*(*op. cit.*), p. 1134.

⁴⁰² « [...] l'opérationnalité a cédé devant celui de ménager un équilibre subtil entre les prérogatives – et les susceptibilités – de chacun. On s'inquiète lorsque l'on songe à l'énergie qu'il faudra déployer, avant même de commencer à agir, pour définir et articuler tous ces contrats et ces programmes », cité dans P.-L. BRAS. *La création...*(*op. cit.*), p. 1135.

Malgré les dernières mesures de la loi HPST ou les engagements de l'Assurance maladie, les accès aux soins primaires et secondaires restent remis en cause et ne suffisent pas à régler les problèmes des « déserts médicaux », ni à améliorer l'articulation du secteur ambulatoire au sein du continuum, particulièrement pour les patients complexes, que sont les patients précaires, les personnes âgées, les patients atteints de pathologies chroniques⁴⁰³. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) critique la prise en charge des patients diabétiques au long cours par un système de soins de premier recours qui doit, malgré les avancées comme les maisons de santé pluriprofessionnelles et ASALEE⁴⁰⁴, être davantage organisé et adapté, et il en est de même pour l'ensemble des pathologies chroniques⁴⁰⁵.

De l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), à la Cour des comptes en passant par le Sénat, tous s'accordent à reconnaître l'accroissement des « déserts médicaux ». En 2007, il a été estimé que 2,3 millions de personnes vivaient dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes de présence médicale⁴⁰⁶. En 2009, le bilan des 160 maisons de santé et des 25 pôles de santé, a montré que le dispositif ne répond ni aux attentes des professionnels, ni à celles des autorités publiques. Leur répartition territoriale reste très inégale : les pôles de santé se développent surtout dans le Nord-Ouest, alors que la dynamique de création de maisons de santé se situe plutôt à l'Est. Les principaux obstacles portent sur une fragilité juridique et financière, qui oblige les promoteurs à des montages complexes, sources de risques sociaux, fiscaux et professionnels⁴⁰⁷. De plus, les modalités actuelles de rémunérations ne permettent pas de leur reconnaître un véritable statut, ni de valoriser les nouvelles missions de santé publique ou

⁴⁰³ Terme issu des travaux du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), cité dans J.-P. VINQUANT, S. MAYO-SIMBSLER. Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2010 ; 72, [réf. du 29 décembre 2011], p. 36. Disponible sur : <http://www.hesp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

⁴⁰⁴ Disponible sur : <http://www.urml-pc.org/index.php/actions-urml-pc/operation-asalee> [consulté le 5 janvier 2011].

⁴⁰⁵ A. MOREL, G. LECOQ, D. JOURDAIN-MENNINGER. *Evaluation de la prise en charge du diabète*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, [en ligne]. 2012, [réf. du 12 juin 2012], p. 6. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf>

⁴⁰⁶ J.-M. JUILHARD. *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales [en ligne]. 4 octobre 2007, n°14 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014.html>

⁴⁰⁷ J.-M. JUILHARD, B. CROCHEMORE, A. TOUBA, G. VALLANCIEN. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport à la demande du ministre en charge de la santé, des secrétaires d'État en charge de la politique de la ville ainsi que de

l'exercice collectif⁴⁰⁸. Les aides à l'installation des professionnels de santé libéraux sont d'une efficacité réduite⁴⁰⁹, alors que les zones rurales qui regroupent 8 % des médecins devraient être confrontées à une diminution de 25 % du nombre de médecins en activité, et que les petits hôpitaux sont confrontés à une difficulté de recrutement de médecins⁴¹⁰. Pourtant, le secteur privé investit les maisons médicales⁴¹¹.

En 2011, il a été estimé que 2,6 millions de personnes étaient concernées par des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Par exemple, l'île de Mayotte, 101^{ième} département français depuis 2009, est particulièrement concernée. Les retards à l'ouverture des droits comme la CMU ou l'Aide Médicale d'État (AME)⁴¹², y a pour conséquences une augmentation du retard de recours aux soins, particulièrement pour les enfants. Le 17 décembre 2010, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) a estimé que le droit de la santé publique à Mayotte est contraire à la convention internationale des droits de l'enfant du 26 janvier 1990, en ce qu'il ne permettait pas à tous les enfants d'avoir accès aux services médicaux et de rééducation, et de jouir du meilleur état de santé possible. Ce tribunal a demandé à la caisse d'Assurance maladie de Mayotte de procéder à l'affiliation directe d'un enfant, afin que son droit à la santé soit ouvert⁴¹³.

l'aménagement du territoire [en ligne]. 2010, [réf. du 29 décembre 2011], 52 pages. Disponible sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf

⁴⁰⁸ D. TABUTEAU. *Pouvoirs...* (op. cit.), p. 103-121.

⁴⁰⁹ F. JORNET. Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.108-115

⁴¹⁰ M.-T. BRUGIERE. *Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre*. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires de santé [en ligne]. 14 juin 2011, n°600 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-600.html>

⁴¹¹ Comme le groupe de cliniques Générale de santé qui va s'installer dans une maison de santé pluridisciplinaire financée par la mairie de Pontault-Combault. Cette maison médicale sera composée d'un plateau de consultation de 34 spécialistes, cité dans APM International. *Création d'une maison médicale associant Générale de santé et la ville de Pontault-Combault (Seine-et-Marne)*. Le 22 mai 2012.

⁴¹² L'Aide Médicale d'État (AME) est destinée aux personnes de nationalité étrangère : qui résident en France de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois, mais ne disposent pas d'un titre de séjour, et qui justifient de ressources annuelles ne dépassant pas le plafond applicable pour l'admission à la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C). Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/F3079.xhtml> [consulté le 2 décembre 2010]).

⁴¹³ J. BAILLOT. *Problèmes d'accès aux soins des mineurs à Mayotte : Notre expérience dans un centre de soins Médecins du monde*. Thèse : Médecine : Université Claude Bernard-Lyon I, présentée à l'Université Léonard de Vinci SMBU Paris 13, 2011, p. 51.

De plus, le risque de sélection des usagers précaires ou bénéficiaires de la CMU demeure. C'est pour cela que le projet de loi HPST envisageait l'inversion de la charge de la preuve et de permettre aux demandeurs de procédure visant à faire constater un refus de soins, d'utiliser les résultats d'un testing, afin de faciliter la répression des refus de soins illicites. Cette disposition n'a pas été retenue, comme l'amendement selon lequel les associations de patients auraient été autorisées à se substituer aux patients⁴¹⁴. Les paragraphes 12⁴¹⁵ et 37⁴¹⁶ de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies peuvent être remis en cause.

La nouvelle convention médicale⁴¹⁷, ne privilégiant pas dans ses critères de performance, l'installation ou l'activité dans des « déserts médicaux » ou la prise en charge des patients complexes (sauf le suivi ciblé du diabète et de l'hypertension artérielle), risque d'aggraver encore plus les inégalités d'accès aux soins et à la santé⁴¹⁸.

La lutte contre la désertification médicale nécessite une planification du secteur ambulatoire qui permette un recensement fin des besoins et de toutes les offres en

⁴¹⁴ E. COUTY, et alii. *La loi HPST...* (op. cit.), p. 161-163.

⁴¹⁵ Sous-paragraphe C concernant le respect de l'éthique médicale.

⁴¹⁶ « ii) veiller à ce que [...] le personnel dispensant les soins de santé reçoive une formation lui permettant de déterminer et de satisfaire les besoins particuliers de groupes vulnérables ou marginalisés; iv) aider les intéressés à faire des choix en connaissance de cause dans le domaine de la santé ».

⁴¹⁷ Cette nouvelle convention médicale a été approuvée par arrêté le 22 septembre 2011 après avoir été signé le 26 juillet 2011 entre l'Assurance maladie et les principaux syndicats représentatifs des médecins libéraux. Elle est mise en œuvre depuis le premier janvier 2012. Cette convention permet de généraliser la rémunération à la performance en fonction de l'atteinte d'objectifs de prévention et de santé publique, d'organisation du cabinet et d'efficacité, et repose sur un barème de 1 300 points (7 euros par point, soit une prime annuelle maximale de 9 100 euros). Il y a 250 points pour la prévention et la santé publique (vaccination antigrippale des 65 ans et plus, etc.), 400 points pour l'organisation du cabinet (150 pour la réalisation du volet de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé, etc.), et 250 points pour le suivi des pathologies chroniques (diabète, HTA). L'accès aux soins est renforcé pour les patients défavorisés : par la généralisation du tiers payant social sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les usagers bénéficiaires de l'aide à la complémentaire de santé et qui consultent un médecin dans le cadre du parcours de soins ; et par le fait que le médecin traitant puisse proposer le tiers payant aux usagers ayant des difficultés financières. Cette convention participe à la lutte contre les déserts médicaux par la création des options « démographie » et « santé solidarité territoriale » sur la base de zones qui sont en cours de mises en place par les ARS en juin 2012.

⁴¹⁸ Pour Paul P. Glasziou, le paiement à la performance a des effets négatifs potentiels sur la qualité des soins et devrait prendre en compte le niveau infra-régional surtout quand il est rural ainsi que les usagers les plus pauvres, cité dans P. P. GLASZIOU, H. BUCHAN, C. DEL MAR, J. DOUST, M. HARRIS, R. KNIGHT, A. SCOTT, A. STOCKWELL. When financial incentives do more good than harm : a checklist. *British Medical Journal* [en ligne]. 2012 ; 345, [réf. du 29 août 2012], p. 22-25. Disponible sur : <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/598392/6/1>

médecine ambulatoire (cabinets médicaux et paramédicaux, centres de santé, maisons de santé, pôles de santé, PASS, dispensaires⁴¹⁹, centres de dépistages anonymes et gratuits, associations - comme Médecins du Monde, etc.), de manière à mieux organiser un maillage par territoire de santé en fonctions des besoins de santé de la population. Cela favoriserait l'expérimentation de dispositifs intégrant en un portail unique toutes les offres existantes en médecine ambulatoire, et ce au sein d'un réseau sanitaire et social où les professionnels seraient rémunérés autrement qu'à l'acte⁴²⁰. Ces dispositifs permettraient de surmonter l'ensemble des difficultés, et répondraient aux aspirations des professionnels, en particulier celles des jeunes médecins, tout en étant plébiscités par les acteurs locaux et les usagers. Ces dispositifs pourraient être expérimentés au sein de territoires identifiés comme ayant de grands besoins⁴²¹, par un État organisateur et ne déléguant plus l'organisation ni aux professionnels ni au marché. C'est dans cette perspective que le Centre de Santé Primaire Polyvalent (CSPP) de l'hôpital Saint-Antoine de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) a été testé⁴²².

Les soins de premiers recours devraient pouvoir bénéficier à tous et partout, comme en Espagne qui a mis en place des Centres d'Attention Primaire (CAP)⁴²³ ou dans la Province du Québec qui a mis en place les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)⁴²⁴, afin que toute la population puisse bénéficier partout

⁴¹⁹ Établissement de diagnostic, de prophylaxie et de soins, public ou privé, dont les services sont gratuits et peu coûteux. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dispensaire/25934> [consulté le 12 avril 2012].

⁴²⁰ Par le salariat et la capitation qui ne poussent pas à l'augmentation de l'activité par patient, cité dans P.-L. BRAS. La rémunération des médecins libéraux... (*op. cit.*), p. 256.

⁴²¹ Possibilité de « city's medical hot spots » grâce à des « Big Data Use Case ». Disponible sur <http://www.greenplum.com/industry-buzz/big-data-use-cases/better-health-care-lower-cost> [consulté le 4 avril 2012].

⁴²² Qui sera développé en Partie 2.

⁴²³ E. SALINES, P.-H. BRÉCHAT, F. SCHAEZEL, A. DANZON. Régionalisation : l'expérience de la Catalogne. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2001 ; 37, [réf. du 29 décembre 2011], p. 62-64. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

⁴²⁴ Ce sont des organismes publics qui offrent des services de première ligne en matière de santé et d'assistance en matière de services comme le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées, le suivi périnatal, la vaccination ou la prévention, notamment dans les écoles, etc. Les CLSC sont intégrés, avec les Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD) et les centres hospitaliers, dans des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS). Ils sont l'assise du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).

d'une offre de soins de premier recours. Cela n'a pas pu être le cas en Nouvelle-Zélande, à cause du choix de cliniques commerciales de soins de santé primaire⁴²⁵.

Paragraphe 2 : Un secteur hospitalier aux effets indésirables non corrigés

Le paragraphe 19 sur l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, précise que les investissements doivent privilégier une action de prévention sanitaire susceptible de bénéficier à une forte proportion de la population, plutôt que des services curatifs coûteux qui sont souvent accessibles à une petite frange fortunée de la population [Annexe 1]. En France, l'hôpital est privilégié à la prévention et au secteur ambulatoire, alors que l'hôpital public est en surcapacité et que l'hôpital privé surconsomme : « Le système de santé français, c'est [...] le choix du plus cher [...] et sa déliquescence est coûteuse et préoccupante »⁴²⁶. Le montant des dépenses hospitalières est de 1 1229 euros par habitant en France, alors qu'il est de 819 euros en Allemagne. Pourtant, il y a 8,2 lits pour 100 000 habitants en Allemagne, contre 6,6 en France. Mais les lits hospitaliers sont davantage regroupés en Allemagne (323 lits par hôpital contre 154 lits par hôpital en France), et il y a un effectif moindre en personnel hospitalier par lit (1,63 contre 2,44 en France)⁴²⁷. Malgré les réformes hospitalières, il demeure de fortes inégalités territoriales dans l'accès aux soins hospitaliers⁴²⁸. Et malgré la relance des investissements⁴²⁹, les hôpitaux publics sont souvent surendettés, comme le centre hospitalier universitaire de Besançon dans la région de Franche-Comté, avec 193,2 millions d'euros en 2010, ce qui le met en quinzième position sur les 100 hôpitaux les plus endettés⁴³⁰. Par contre, les établissements de santé

⁴²⁵ P. HIDER, R. LAY-YEE, P. CRAMPTON, P. DAVIS. Comparison of services provided by urban commercial, community-governed and traditional primary care practices in New Zealand. *J Health Serv Res Policy* [en ligne]. 2007 ; 12 (4), [réf. du 29 décembre 2011], p. 215-222. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁴²⁶ J. DE KERVASDOUE. On ne soigne pas mieux parce qu'on dépense plus. Dossier « Le scandale des hôpitaux ». *Le Point* 2012 ; 2074, p. 99.

⁴²⁷ Sources : Institut Thomas More, mars 2012, d'après des données Eurostat, OCDE, OMS, 2009, cité dans : F. MALYE, J. VINCENT. Dossier « Le scandale des hôpitaux ». *Le Point* 2012 ; 2074, p. 88.

⁴²⁸ G. VINCENT. *Les réformes hospitalières*. Dossier : Les réformes hospitalières. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2005 ; 113, [réf. du 29 décembre 2011], p. 51-53. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-d-administration-publique-2005-1-page-49.htm>

⁴²⁹ G. VINCENT. *Les réformes...* (op. cit.), p. 58.

⁴³⁰ Source HospiDiag. Les données issues de la base HospiDiag sont inédites, et ont été obtenues par Le Point auprès de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) après une saisine et un avis

privés bénéficient d'un chiffre d'affaire qui s'est élevé de 3 % en une année, pour atteindre 12,9 milliards d'euros en 2010, soit 18 % de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier⁴³¹. Ces établissements de santé privés ont continué à enregistrer de fortes hausses d'emploi avec + 3,7 % en 2011 (494 400 emplois), après plus 4 % en 2010, ce qui n'a pas été le cas pour le secteur public et le secteur associatif⁴³². Ainsi des efforts d'organisation et de regroupement des capacités sont à poursuivre dans le secteur hospitalier public, tout en favorisant les complémentarités entre le public et le privé, et en réduisant les inégalités d'accès aux soins hospitaliers. Ces inégalités d'accès sont de plus en plus importantes : elles concernent l'accessibilité aux soins dans l'espace ou dans le temps, comme l'accès aux unités de soins intensifs en cardiologie⁴³³ ou l'accessibilité en terme financier⁴³⁴.

Il est aussi souvent question des « malades lourds »⁴³⁵ ou des patients complexes, dont la prise en charge pénaliserait le secteur public par rapport au secteur privé. Nous allons voir que le plan Hôpital 2007⁴³⁶ a particulièrement introduit des inégalités d'accès aux soins hospitaliers pour ces patients, et que cela n'a pas été suffisamment corrigé.

La T2A, réforme du plan Hôpital 2007, met en place un mode unique de financement pour les activités de courts séjours de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de

favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs, cité dans F. MALYE, et al. Dossier...(*op. cit.*), p. 86 et 91.

⁴³¹ APM International. *La rentabilité des cliniques a baissé en 2010 (FHP)*. Le 5 juin 2012.

⁴³² APM International. *Fonction publique : hausse de 1,8 % de la masse salariale en 2011 dans le secteur de la santé*. Le 12 juin 2012.

⁴³³ APM International. *Répartition inégale des 341 unités de soins intensifs en cardiologie (Usic) sur le territoire*. Le 24 janvier 2012.

⁴³⁴ M. BERNIER. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 30 septembre 2008, n°1132 [réf. 29 décembre 2011], p. 160. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

⁴³⁵ En 2010, il y aurait eu 1 217 491 « malades lourds », dont 84 % auraient été pris en charge par le public (48,7 % par les centres hospitaliers, 28,3 % par les centres hospitaliers universitaires, 5,6 % par le privé à but non lucratif et 1,4 % par les centres régionaux de lutte contre le cancer), et 16 % par le privé. Source : HospiDiag, cité dans : F. MALYE, et al. Dossier...(*op. cit.*), p. 88.

⁴³⁶ Rappelons que le plan « Hôpital 2007 » est composé de quatre réformes complémentaires : schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, nouvelle gouvernance avec les pôles d'activité hospitaliers (les pôles), Tarification A l'Activité et Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (T2A-EPRD), et certification, cité dans P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Éléments pour un premier bilan...*(*op. cit.*), p. 611-618.

santé en fonction de leur activité^{437,438}. Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet, après codage des pathologies (diagnostics principaux et associés) et des actes réalisés (Classification Commune des Actes Médicaux : CCAM), de regrouper l'ensemble des séjours hospitaliers en Groupes Homogènes de Malade (GHM). A chacun est attribué un tarif par le ministère en charge de la santé, qui peut ainsi favoriser des activités. A ces financements strictement liés à l'activité, s'ajoutent des forfaits (urgences ou réanimation), et des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation – MIGAC (établissements de soins ayant des équipes de soins palliatifs, faisant de l'enseignement, de la prévention ou de la recherche), qui sont répartis entre les établissements en fonction des activités qu'ils déclarent et des coûts qu'ils engagent pour les réaliser.

Ni la T2A, ni les financements apportés par les MIGAC ne peuvent financièrement prendre en considération toutes les dimensions sociales de l'utilisateur malade au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques⁴³⁹. Ce renoncement fait que la prise en charge globale des soins et de la santé n'est plus à l'usage de tous. C'est l'un des effets indésirables de la « primauté de l'acte technique sur une approche globale des personnes »⁴⁴⁰.

Pourtant, une baisse de la mortalité et des réadmissions sont associées à des dépenses plus élevées pour la prise en charge hospitalière⁴⁴¹. De plus, les établissements de santé qui réalisent des hospitalisations de courts séjours, vont avoir la tentation de sélectionner des patients, des activités et des services, pour rentabiliser leur activité,

⁴³⁷ La circulaire du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé a fixé à 35 % le niveau de prise en compte de la T2A dans le financement des établissements de santé publics. Le pourcentage de la T2A est ensuite passé à 50 % en 2007, et il est à 100 % depuis le premier janvier 2008. Ce passage à 100 % avait été initialement prévu en 2020.

⁴³⁸ Les tarifs uniques pour tous les prestataires de service ne tiennent pas compte des différences entre le secteur public et le secteur privé. Cette « convergence public-privé » impose au secteur public de réduire ses coûts.

⁴³⁹ D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT, M.-C. GRENOUILLEAU. De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital. *Presse Med* [en ligne]. 2007 ; 36, [réf. du 29 décembre 2011], p. 187-188. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁴⁴⁰ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...*(op. cit.), p. 164.

⁴⁴¹ T.-A. STUKEL, E.-S. FISHER, D.-A. ALTER, A. GUTTMANN, D.-T. KO, K. FUNG, W.-P. WODCHIS, N.-N. BAXTER, C.-C. EARLE, D.-S. LEE. Association of hospital spending intensity with mortality and readmission rates in Ontario hospitals. *Journal of the American Medical*

et ainsi risquer de plus être un service public⁴⁴². Cela est d'autant plus préoccupant que des mesures correctrices ont été demandées, mais n'ont pas été complètement prises en compte.

En 2007, un établissement de santé public anticipateur de la réforme, et qui prenait en charge une population présentant pour 55,2 % un handicap social^{443,444} moyen, et pour 19,2 % un handicap social fort, avait un surcoût hospitalier imputable au handicap social et exprimé en termes de journées supplémentaires d'hospitalisation de 12,9 % de l'activité, soit 10,3 millions d'euros. Un paradoxe est apparu : un établissement public de santé qui prend en charge des populations ayant des handicaps sociaux peut être pénalisé par la T2A, et pourrait devoir son salut financier à la non prise en charge de ces populations⁴⁴⁵. Le ministère en charge de la santé a été alerté en 2007 de la nécessité d'un financement supplémentaire correctif pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital⁴⁴⁶.

En 2008, sous l'égide de la « Mission T2A » et de la DREES du ministère en charge de la santé, une étude relative à la précarité dans les établissements de santé a été diligentée par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH). Cette étude devait tester un dispositif de codage systématique de certains indicateurs de précarité, permettant l'allocation des financements correctifs demandés. Par courrier du 6 octobre 2008, l'ATIH a proposée une liste de onze questions classées en 4 thèmes : relations sociales, qualité du logement, niveau de revenu et accès aux soins, ce qui correspond globalement aux indicateurs du questionnaire d'handicap social. Mais en cours d'étude, sans concertation ni explication, la méthode a été changée : seuls les

Association [en ligne]. 2012 ; 307 (10), [réf. du 6 avril 2012], p. 1037-1045. . Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416099>

⁴⁴² Ces établissements risquent de ne pas satisfaire aux obligations communes et spécifiques du service public qui sont les principes de continuité, d'égalité et de mutabilité. Il n'y a pas de continuité car il y a des à-coups et des interruptions brutales. Il n'y a pas d'égalité car il y a des discriminations vis-à-vis de certains usagers. Il n'y a pas de mutabilité car les prestations fournies ne sont pas adaptées à tous les besoins et à toutes les nouvelles exigences des usagers et surtout la quantité des services n'est pas au rendez-vous, cité dans J. CHEVALLIER. *Le service...* (*op. cit.*), p. 90-91.

⁴⁴³ Un questionnaire de handicap social qui permet d'investiguer la « précarité » a été utilisé. Il est issu des travaux de l'enquête « Conditions de vie » de l'INSEE dans sa première version qui est la plus compétente à ce jour. Pour chacun des 11 indicateurs et des 6 domaines retenus, l'utilisateur observé peut être classé dans une catégorie de handicap allant de 1 à 3 : La classe 1 représente une absence d'handicap social, la classe 2 un handicap modéré et la classe 3 un handicap fort.

⁴⁴⁴ Les patients présentant des handicaps sociaux peuvent correspondre aux patients complexes.

⁴⁴⁵ D. CASTIEL, et alii. *Handicap social...* (*op. cit.*), p. 195-212.

bénéficiaires de la CMU et de l'AME devaient finalement être pris en compte. Le message a été clair : le revenu et une prise en compte minimaliste de la précarité allaient être privilégiés, plutôt que l'ensemble des déterminants de la santé, plus proche d'une prise en charge globale des soins et de la santé. Ce renversement peut avoir des conséquences pour la prise en charge sanitaire de qualité des patients précaires et complexes. En effet, pour la même population étudiée par cette étude, l'approche par le dispositif de codage systématique de certains indicateurs de précarité a révélé des besoins supplémentaires pour 1 413 patients, alors que l'approche par CMU et AME n'a révélé des besoins supplémentaires que pour 712 patients. Cela signifie que dans ce cas, les moyens supplémentaires envisagés pouvaient être deux fois moindres que ceux nécessaires en réalité.

En 2009, une enveloppe d'un montant de 100 millions d'euros a été affectée, via les Missions d'Intérêt Général (MIG), aux établissements assurant, de façon significative, l'accueil des populations précaires. L'enveloppe a été fixée en fonction du nombre de patients accueillis au sein des établissements et bénéficiant de la CMU, de l'AME et d'autres aides⁴⁴⁷.

⁴⁴⁶ D. CASTIEL, et alii. De la nécessité...(*op. cit.*), p. 187-188.

⁴⁴⁷ Eléments sur le financement de l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité en 2008 et 2009 :

En 2008, la circulaire n°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé, ne donne pas d'élément.

En 2009, la circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé précise que l'année 2009 sera celle d'une consolidation de la politique de santé publique que le gouvernement met en oeuvre depuis deux ans et qui est articulée autour de quatre axes structurants :

- l'accompagnement du vieillissement de la population, un défi majeur pris en compte
- dans le cadre des plans Alzheimer et Solidarité grand âge,
- l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients, notamment par une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer, le développement des soins palliatifs, l'accès à l'éducation thérapeutique, la prise en charge de la douleur, la lutte contre les infections nosocomiales,
- l'optimisation des filières de soins, en amont et en aval du court séjour avec le renforcement de la filière des urgences et le développement des soins de suite et de réadaptation,
- l'accès aux soins pour des populations spécifiques : prise en charge psychiatrique pour les personnes en situation de précarité, prise en charge des addictions, développement de la prise en charge médicale des détenus.

La campagne 2009 est marquée :

- par la poursuite de la réforme du financement des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) engagée en 2008,
- par une nouvelle étape de redéploiements interrégionaux visant à la fois les missions d'intérêt général à caractère régional et vos crédits d'aide à la contractualisation,
- par un transfert de 733 millions d'euros de l'enveloppe tarifaire vers la dotation MIGAC au titre du financement de la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins hospitalière.

Finalement, les montants attribués ont été bien moindres, notamment en regard de l'attente de l'établissement précurseur, qui espérait près de 10 millions d'euros par an, alors que la dotation nationale n'a été que dix fois supérieure⁴⁴⁸, et ce malgré les publications nationales qui se sont poursuivies⁴⁴⁹.

Ainsi, parce que des établissements n'arrivent pas à éradiquer leurs déficits⁴⁵⁰ et que d'autres veulent faire des bénéfiques, la T2A fait courir un risque de sélection de patients⁴⁵¹ présentant des handicaps sociaux, ou patients « complexes » : précaires, âgés, atteints de pathologies chroniques, etc., au profit d'une activité inflationniste⁴⁵² de patients « simples », qui nécessiteront une moindre prise en charge et qui pourront sortir plus rapidement.

Les décisions de ne pas corriger rapidement et complètement les effets indésirables de la T2A en France, sont d'autant plus surprenantes que la littérature scientifique internationale est abondante, venant des pays où la même réforme hospitalière a été lancée, comme en Belgique, et ce dès 1995. Julian Perelmann et ses collaborateurs ont montré qu'un hôpital qui est en mesure de distinguer les sous-groupes de patients va pouvoir sélectionner les cas les plus rentables et refuser les soins aux autres, alors

En effet, la prise en charge de patients en situation de précarité engendre, de l'avis de tous les professionnels, des surcoûts structurels et / ou liés à l'allongement de la durée de séjour. Le ministère en charge de la santé a décidé de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement exposés à l'accueil et à la prise en charge de ces populations et d'abonder à ce titre les dotations régionales de financement des MIGAC de 100 millions d'euros pour 2009 (95 millions d'euros pour les établissements ex-DG et 5 millions d'euros pour les établissements ex-OQN issus d'un prélèvement sur la masse tarifaire). Le montant et la répartition de cette enveloppe ont été déterminés à partir d'indicateurs (bénéficiaires de CMU, CMUC, AME et AMESU). Ces dotations devront être allouées aux établissements conformément au ciblage ainsi retenu.

⁴⁴⁸ P.-H. BRÉCHAT, C. LANSAC, S. HASNI, C. HUET, D. ROCHETTE, E. PAHL, M. LEDOUX, D. CASTIEL, M.-C. MATHIEU-GRENOUILLEAU. Etude de l'ATIH : Prise en charge de la précarité dans les établissements de santé. *Gestions hospitalières* 2009 ; 486, p. 269-274.

⁴⁴⁹ J. HOLSTEIN, G. FARGE, N. TARIGHT, L. TRINQUART, D. MANAC'H, T. BASTIANIC, G. CHATELLIER. Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers secteur de court séjour. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. 2009 ; 57, [réf. du 29 décembre 2011], p. 205-211. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT. New changes in public hospital funding: the French DRG's (GHS) and their consequences on low-income patients and social disabilities. In : J. STEPNIIEWSKI, M. BUGDOL (dir). *Costs, organization and management of hospitals*. Cracov : Jagiellonian University Press, 2010, p. 17-31.

⁴⁵⁰ Le déficit global des établissements publics de santé était de 488 millions d'euros en 2010. Il était centré à 80 % sur moins de 50 établissements, pour l'essentiel des centres hospitaliers universitaires, cité dans J. LE MENN, A. MILON. *Le financement des établissements de santé*. Rapport n°703 (2011-2012) fait au nom de la commission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2), enregistré à la Présidence du Sénat [en ligne]. 25 juillet 2012. [réf. du 31 juillet 2012], p. 7. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

⁴⁵¹ J. LE MENN, A. MILON. *Le financement des établissements de santé...* (op. cit.), p. 66.

que les hôpitaux refusant de pratiquer une sélection des patients vont avoir des problèmes d'insolvabilité. À long terme, soit ces derniers ne parviennent pas à l'équilibre financier et l'accès aux soins est en danger, soit ils doivent réduire la qualité des traitements et l'accès à la qualité est en danger. En Belgique, un nombre fixe de jours sont payés à chaque admission, sur la base des caractéristiques du patient, à savoir le diagnostic, l'âge et le profil gériatrique. Pourtant, cela semble ne pas suffire à rétablir l'égalité d'accès aux soins et l'égalité de traitement⁴⁵³.

L'égal accès aux soins et l'égalité de traitement⁴⁵⁴ sont remis en cause, de même que la mission sociale des établissements de santé et le principe de solidarité⁴⁵⁵. Pourtant, comme le rappelle le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dans son avis 101 : « l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au-delà de l'obligation de permanence des soins »⁴⁵⁶. Le Paragraphe 26 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, qui concerne les personnes handicapées et qui « souligne la nécessité de veiller à ce que non seulement le secteur public de la santé, mais également les fournisseurs privés de services et d'équipements sanitaires respectent le principe de non-discrimination à l'égard de ces personnes », est remis en cause [Annexe 1].

⁴⁵² J. LE MENN, A. MILON. *Le financement des établissements de santé...* (op. cit.), p. 10.

⁴⁵³ J. PERELMANN, M.-C. CLOSON. Hospital response to prospective financing of in-patient days: the Belgian case. *Health Policy* [en ligne]. 2007 ; 84, [réf. du 29 décembre 2011], p. 200-209. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, et J. PERELMANN, A. SHMUELI, M.-C. CLOSON. Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: integrating the impact of socio-economic status on length of stay. *Soc Sci Med* [en ligne]. 2008 ; 66, [réf. du 29 décembre 2011], p. 88-98. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁴⁵⁴ M.-L. MOQUET-ANGER. *Droit...* (op. cit.), p.359-361.

⁴⁵⁵ D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT. Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ? *Médecine & Droit* [en ligne]. 2009 ; 95, [réf. du 29 décembre 2011], p. 52. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246739109000074>

⁴⁵⁶ COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (CCNE). *Avis N°101. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*. Paris : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2007, p. 6.

De plus, la T2A et la nouvelle gouvernance⁴⁵⁷ font courir un risque d'élimination des services qui prennent particulièrement en charge les patients complexes, comme la gériatrie, la psychiatrie, la médecine interne ou les PASS, au profit des services, voire des pôles, qui prennent en charge des patients simples et qui sont jugés plus rentables⁴⁵⁸. Ces sélections, souvent contraires aux besoins de santé, avaient pourtant été dénoncées dès 1994⁴⁵⁹.

La T2A fait aussi courir un risque d'orientation d'activités dans ces services qui prennent particulièrement en charge les patients complexes, vers des activités jugées financièrement plus rentables, déconnectées des besoins de santé de la population.

La T2A et la nouvelle gouvernance peuvent contribuer à ce que les établissements de santé n'accueillent plus les patients complexes⁴⁶⁰ ou se fasse en séquant leurs séjours : réadmissions ou réhospitalisations non voulues⁴⁶¹.

Ces réformes n'ont pas permis de corriger ces effets indésirables qui étaient déjà reprochés du temps du budget global, ce qui peut faire dire que le budget global et la T2A ont « dissout » le service public hospitalier⁴⁶².

Le plan Hôpital 2007 fait aussi courir un risque de baisse de la qualité de la prise en charge des patients⁴⁶³. Des établissements peuvent avoir intérêt à raccourcir leurs durée de séjour en renvoyant les patients à leur domicile prématurément du point de vu médical, et ce particulièrement pour les patients complexes, dont les patients

⁴⁵⁷ L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé (notamment l'article 5) a couronné un long processus de transformation hospitalière imaginé dès les années 80 et traduit dans des textes dès les années 90 : articles L. 714-12 et L. 714-26-1 du code de la santé publique issus de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; circulaire DH/AF/AF3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé. Cette logique s'appuie principalement sur le concept de gouvernance, cité dans P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Eléments...*(*op. cit.*), p. 612-615.

⁴⁵⁸ J. LE MENN, A. MILON. *Le financement des établissements de santé...*(*op. cit.*), p. 66.

⁴⁵⁹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...*(*op. cit.*), p. 167.

⁴⁶⁰ Ce qui pourrait permettre à des établissements de santé de contourner l'égal accès aux soins, car ils n'auraient plus « les capacités d'accueil » pour le faire, cité dans M.-L. MOQUET-ANGER. *Droit...*(*op. cit.*), p. 360.

⁴⁶¹ J. LE MENN, A. MILON. *Le financement des établissements de santé...*(*op. cit.*), p. 66.

⁴⁶² Et que l'hôpital ne faisant plus de public, le secteur public hospitalier a été supprimé de fait en 2009, par la loi HPST. L'hôpital public est dans une logique entrepreneuriale et gère une clientèle, cité dans E. COUTY. *Le service public hospitalier est-il soluble dans la T2A ?* Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

⁴⁶³ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Eléments...*(*op. cit.*), p. 612-615.

précaires qui peuvent avoir des difficultés de logement⁴⁶⁴. Pour les professionnels de santé d'un hôpital public, la T2A et la nouvelle gouvernance ont été mises en œuvre au détriment de la qualité et de la certification, mais aussi de l'adaptation des offres aux besoins de santé et de la planification⁴⁶⁵. Pourtant, la qualité est importante pour le service public hospitalier, qui est par exemple responsable des dommages causés aux usagers qu'il prend en charge, par les produits et appareils de santé qu'il utilise⁴⁶⁶. Nous pouvons aussi confirmer ce que Philippe Boennec prévoyait en 2008 : une aggravation de la permanence des soins assurée de façon inégale et aléatoire sur l'ensemble du territoire⁴⁶⁷.

Il faut que l'hôpital ait les moyens pour être à nouveau un service public⁴⁶⁸. La réintroduction du service public hospitalier dans la loi, pourrait en être le symbole.

Paragraphe 3 : Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé trop fragiles

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à

⁴⁶⁴ F. LELAQUET. *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : L'axe stratégique au cœur du changement pour le centre hospitalier de Coulommiers*. Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital, Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

⁴⁶⁵ La certification est issue d'un long processus qui a pour but de promouvoir la qualité des soins et du système de santé : la Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière met en place l'évaluation périodique de la qualité des soins ; puis c'est au tour de l'hémovigilance et de la matériovigilance entre 1994 et 1996 ; l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) créée en 1989 ; l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et l'accréditation des établissements de santé sont lancées par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 ; la première procédure d'accréditation (V1) a lieu en 1999 ; en 2002, le droit des malades est renforcé ; en 2004-2005, sont mis en œuvre la gestion des risques, l'obligation de formation médicale continue (FMC) et d'EPP, l'accréditation des médecins des spécialités à risques, la haute autorité en santé (HAS) et la certification des établissements de santé (V2), cité dans P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Eléments...* (*op. cit.*), p. 618.

⁴⁶⁶ Et ce, même si il n'y a pas de faute, et même si l'état de santé antérieur du patient peut venir atténuer cette responsabilité, cité dans M. DEGUERGUE. *La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux à l'hôpital. Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2003, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1946. Disponible sur : <http://bu.daloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

⁴⁶⁷ P. BOENNEC. *Rapport d'information sur la permanence des soins*. Délégation à l'aménagement et au développement du territoire, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 21 octobre 2008, n°1205 [réf. 29 décembre 2011], p. 13-44. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>

⁴⁶⁸ E. COUTY. *Le service public...* (*communication cit.*).

la lutte contre les exclusions, et mises en place dans le cadre des PRAPS. Elles doivent faciliter l'accès des personnes précaires, non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale⁴⁶⁹. Elles sont financées par le MIGAC. Ce dispositif bénéficie d'un suivi par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), puis par la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) du ministère en charge de la santé : rapport d'évaluation national⁴⁷⁰, site Internet⁴⁷¹ avec recommandations et indicateurs pour organiser une PASS⁴⁷². Pour le ministère en charge de la santé, plus de 400 PASS sur les 500 prévues ont été créées entre 1998 et 2010. En 2011, pour la DGOS, si les PASS sont situées essentiellement dans des établissements publics de santé, plutôt de grande taille, leur développement s'est élargi entre 2003 et 2008 aux unités urbaines de petite taille ou aux zones rurales, et surtout aux unités urbaines de taille moyenne. Il existe cependant une forte hétérogénéité des formes et des fonctionnements des PASS. Au plan qualitatif, certaines fonctionnent essentiellement avec une assistante sociale, certaines n'assurent que des consultations sans rendez-vous avec un plateau technique, tandis que d'autres organisent un accès à des spécialistes. Ainsi leur volume d'activité varie beaucoup : un quart des PASS accueillent moins de 100 personnes par an ; tandis que 20 en accueillent plus de 2000⁴⁷³. Seize millions d'euros ont été accordés depuis 1999 pour le fonctionnement des PASS⁴⁷⁴. Une quarantaine de millions d'euros leur auraient été attribués en 2009. Les montants exacts de ces financements sont difficiles

⁴⁶⁹ A. LAUDE. Accès aux soins-précarité-droit...(*op. cit.*), p. 44-45.

⁴⁷⁰ J. LEBAS (dir). *Rapport mission PASS*. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, mai 2000, et C. FABRE, V. BAUDOT, S. TOULEMONDE, GRES MÉDIATION SANTÉ. *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé*. Rapport final. Commande de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins. Octobre 2003.

⁴⁷¹ Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html> [consulté le 4 janvier 2011].

⁴⁷² DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs*. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008.

⁴⁷³ D. BAUER. *Les PASS : un dispositif en évolution*. Communication orale. Premier colloque national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique, Paris, le 20 mai 2011.

⁴⁷⁴ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Organiser...*(*op. cit.*).

à trouver tant au niveau national, que régional et territorial⁴⁷⁵. Une diversification des PASS a été réalisée à partir de 2009 avec près de 6 millions d'euros pour la création de 72 PASS spécialisées : 17 PASS bucco-dentaires, 14 PASS régionales, comme celle des Pays de la Loire, et 41 PASS psychiatriques qui ne sont pas toutes ouvertes.

⁴⁷⁵ Eléments sur le financement des PASS en 2008 et 2009 :

-En 2008, la circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé précise le développement des permanences d'accès aux soins de santé : « Le plan périnatalité prévoit la création ou le renforcement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) afin d'optimiser l'accès aux soins et la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Le plan prévoit la création de nouvelles PASS dans les zones déficitaires ou le renforcement de PASS existantes en fonction des besoins et des contextes déterminés dans les PRAPS et les SROS. Neuf projets ont été financés entre 2005 et 2007. Six autres projets ont été retenus pour être financés en 2008 pour un montant total de 300 000 euros ».

Les circulaires n°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé et n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 08 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé ne font pas état des PASS.

-En 2009, un rapport de l'IGAS précise qu'une « nouvelle dotation s'ajoute à des crédits MIG traditionnels (financement des dépenses identifiables) tournés vers la prise en charge de la précarité : les crédits consacrés aux permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) (41 millions d'euros) et aux psychologues et assistantes sociales dans les services prévus par les plans nationaux de santé publique (53 millions d'euros) », cité dans P.-L. BRAS, G. DUHAMEL. *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009, p. 62.

-La circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/332 du 2 novembre 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé précise que le renforcement du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (MIG) bénéficie d'un total de dotations régionales de 672,25 millions d'euros avec :

-Le développement des moyens de coordination et d'expertise des PASS :

Le déploiement progressif de près de 400 permanences d'accès aux soins de santé sur notre territoire a permis d'améliorer la prise en charge médicale et sociale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Compte tenu des enjeux persistants d'accès aux soins, il a été décidé de renforcer les moyens de coordination et d'expertise de certaines de ces structures. Suite à un appel à projets lancé en juillet 2009, 14 PASS sont financées pour un montant total de 732 250 €. Ces moyens devront permettre de mettre en oeuvre de manière coordonnée les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation décrites dans le guide édité par la DHOS en 2008.

-La mise en place de consultations dentaires au sein des PASS :

Afin de faciliter l'accès des populations précaires aux soins bucco-dentaires, il a été décidé de favoriser le développement de consultations dentaires au sein des PASS. 17 PASS dentaires sont ainsi créées pour un montant total de 1 280 000 €. Cette mesure vise à renforcer la mobilisation des acteurs de santé en faveur des soins dentaires aux personnes démunies et de réduire le renoncement aux soins dentaires de la part de cette dernière population, ce phénomène étant fortement corrélé aux difficultés financières et socioculturelles.

-La création de PASS en psychiatrie :

La nécessité d'améliorer la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité a conduit, au cours de la période 2005-2008, à déployer des équipes mobiles de psychiatrie chargées d'intervenir auprès de ces populations et des professionnels sociaux qui les accompagnent.

En complément de leur intervention, le plan d'action pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri préconise le renforcement de la prise en charge sociale des personnes défavorisées au moment de leur entrée dans les soins psychiatriques. 41 permanences d'accès aux soins sont financées dans cet objectif auprès d'établissements autorisés en psychiatrie, pour un montant total de 3,97 millions d'euros de crédits DAF.

-Le rapport 2009 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé précise en pages 31-32 qu'il y a eu « 36,8 millions d'euros au titre de la permanence d'accès aux soins ».

Ces financements semblent faibles au regard des autres activités financées, et surtout au regard des besoins.

Les autres évaluations nationales sont moins bonnes.

Pour Jacques Lebas en 2000, les inégalités de développement sont réelles, mais des expériences innovantes existent. Un suivi national stimulant des rencontres entre professionnels de PASS pour réaliser notamment un modèle est proposé, mais il ne sera pas mis en œuvre, de même qu'un accompagnement au sein des établissements de santé par les niveaux régional et national, de la même manière que tout autre service hospitalier⁴⁷⁶.

Pour Médecins du Monde, il y a non seulement une grande hétérogénéité des PASS : manque de personnel, soins différés, nombre de patients limités, avec pour corollaire des patients refusés, réseau insuffisamment développé par manque de moyens humains, des intervenants insuffisamment formés ; mais il en manque là où il y a des besoins⁴⁷⁷.

La spécialisation des PASS fait en plus courir le risque de la constitution d'un système de consultation cloisonné augmentant les inégalités de l'accès infra-régional. En effet, depuis 2009, la DGOS du ministère en charge de la santé, promeut des PASS spécialisées en supplément des PASS généralistes : psychiatriques, buccodentaires, adolescents. Une PASS « lunettes » s'est ouverte à Marseille en 2011⁴⁷⁸, et des PASS gériatriques sont à l'étude. Le risque de constituer un système spécifique pour les patients précaires, par une accumulation de PASS généralistes et spécialisées, n'est pas prise en compte⁴⁷⁹. Le système des PASS risque de devenir un système discriminatoire, ce qui est à l'opposé du projet initial précisé par Simone Veil : « la [permanence d'accès aux soins de santé - PASS] a fait les preuves de son efficacité sociale. [Elle est] exemplaire, car elle évite les dispositifs discriminatoires »⁴⁸⁰. Un autre exemple de cette dynamique de constitution de dispositifs cloisonnés par population concerne les usagers sourds et muets : il y avait

⁴⁷⁶ J. LEBAS (dir). *Rapport mission PASS... (op. cit.)*.

⁴⁷⁷ J. ROCHEFORT. Etat des lieux des PASS dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 330-334.

⁴⁷⁸ Par l'association Optique Solidaire qui regroupe des ophtalmologues, des complémentaires santé et des industriels. Ce dispositif a été testé à Marseille en 2011 et il est prévu que ce dispositif soit étendu au niveau national en mai 2012.

⁴⁷⁹ D. BAUER. *Les PASS... (op. cit.)*.

⁴⁸⁰ LE MAINE LIBRE. *Des mesures... (op. cit.)*.

en 2011, 15 unités d'accueil et de soins en langue des signes, dont une unité d'hospitalisation et une unité de médecine et de consultations psychiatriques, dans 12 régions⁴⁸¹. Ce sont autant d'exemples qui peuvent montrer qu'il y a construction d'un système qui introduit l'augmentation des inégalités d'accès aux soins et la discrimination⁴⁸².

De plus, les financements des PASS sont restés peu transparents, faibles, et fragiles, car il est régulièrement annoncé une baisse de ces financements, ce qui risque de menacer la pérennité des PASS existantes pourtant nécessaire au regard des besoins. Les crédits PASS ont pu être utilisés pour d'autres activités. Parfois même dans un hôpital une PASS existe sur le papier (et en reçoit les financements) mais en réalité, aucune PASS n'est opérationnelle, et les financements sont détournés vers d'autres activités. Dans le contexte de recherche d'équilibre financier dans les structures hospitalières, les PASS ne constituent pas une activité prioritaire. En effet, dans un raisonnement strictement comptable, les consultations, et qui plus est les PASS, peuvent être considérées comme non rentables, et pourvoyeuses d'une mauvaise image de marque pour un hôpital qui est dans une logique de T2A et qui privilégie les actes techniques et les hospitalisations pour les patients simples. Des établissements de santé peuvent ainsi privilégier les urgences au détriment des PASS, car chaque passage aux urgences génère un paiement de 27,05 euros en plus de la consultation à 23 euros (dans une PASS), nommé Accueil et Traitement des Urgences pour les patients non hospitalisés (ATU), et ce même si cela représente un surcoût

⁴⁸¹ C. BANCEL, C.-L. HANNHARDT, A. ISSAD, M. PETIT, S. PINCHON, S. REMIATTE, J. RONDON, C. ROULLEAU, P. SENS, A. SCHUBERT. *L'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes*. Rapport de fin du module interprofessionnel de santé publique, Ecole des hautes études en santé publique, 2011.

⁴⁸² Ce qui remet en cause l'Article 225-1 du code pénal : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'apparence physique, du patronyme, de l'état de santé, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales », issu de la loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 art. 1 Journal Officiel du 17 novembre 2001, modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 4 Journal Officiel du 5 mars 2002, et la loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 art. 13 II Journal Officiel du 24 mars 2006.

pour l'Assurance maladie⁴⁸³. La Fédération de l'Hospitalisation Privée était en discussion en 2012 avec les mutuelles étudiantes et Médecins du Monde pour améliorer l'accès des jeunes et des patients précaires aux cliniques⁴⁸⁴.

L'engagement des associations et des organisations non gouvernementales est de plus en plus important, ce qui fait courir le risque du remplacement des dispositifs de l'État et de l'Assurance maladie par ceux des associations, et d'un retour aux années d'avant 1998.

Pendant près de 20 années, les professionnels de santé des PASS ont développé des expériences, des savoirs-faire, des partenariats entre établissements, des coopérations entre professionnels, ainsi que des innovations pour adapter les pratiques et les dispositifs aux besoins de santé des patients complexes. Les PASS ont ainsi favorisé la prise en charge des maladies de ces patients aux problématiques complexes, par une approche pluridisciplinaire prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé (logement, travail, nourriture, etc.). Cela a été montré. En effet, l'administration d'un questionnaire d'handicap social du 27 septembre au 22 octobre 2010, auprès de 721 usagers de la polyclinique Baudelaire – PASS de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP⁴⁸⁵, a permis de mesurer que : 97,25 % présentaient un handicap social, dont 34,7 % un handicap social moyen, et 62,4 % un handicap social fort. L'administration du même questionnaire auprès de 450 usagers de la polyclinique de l'hôpital Lariboisière –PASS de l'APHP, du 17 au 23 juin 2009, a permis de mesurer que : 94,5 % présentaient un handicap social, dont 43,3 % un handicap social moyen, et 51,2 % un handicap social fort. L'administration du même questionnaire dans ce même établissement, auprès de 696 usagers du 14 mars au 4 avril 2007, a permis de mesurer que : 75,0 % des usagers présentaient un handicap social, dont 19,2 %, un handicap social fort. Lors de l'étude de 2010 à la polyclinique Baudelaire – PASS de l'hôpital Saint-Antoine, il a été mesuré que 17,0 % des patients étaient adressés par

⁴⁸³ En janvier 2011, un patient bénéficiant d'une consultation aux urgences à 23 euros devra payer un ticket modérateur de 6,90 euros s'il n'a pas d'assurance maladie complémentaire, comme pour une consultation en polyclinique ou en médecine ambulatoire en secteur 1. L'assurance maladie payera un paiement nommé Accueil et Traitement des Urgences – ATU, pour les patients non hospitalisés de 27,05 euros en plus, par rapport à une consultation réalisée en polyclinique ou en médecine ambulatoire en secteur 1.

⁴⁸⁴ APM International. *La FHP en discussion avec les mutuelles étudiantes et Médecins du Monde pour améliorer l'accès aux cliniques*. Le 11 juillet 2012.

⁴⁸⁵ J. LEBAS. La polyclinique Baudelaire 15 ans après. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités... (op. cit.)*, p. 209-211.

leur médecin traitant, 8,0 % par le service des urgences et 75,0 % sont venus spontanément. Concernant la couverture maladie de base : 20,4 % de ces patients n'avaient aucune couverture maladie, 59,6 % avaient la CMU et 18,7 % l'AME. Concernant la couverture complémentaire : 34,3 % n'en avaient pas, 24,2 % avaient la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)⁴⁸⁶, et 41,5 avaient une mutuelle ou une assurance maladie complémentaire⁴⁸⁷.

Des professionnels de santé et de santé publique se sont regroupés, comme par exemple au sein du « collectif PASS » créé en 2007. Dans ce dernier, 5 à 10 réunions par an ont permis de fédérer les membres du groupe et d'homogénéiser les pratiques. La formation du collectif a permis de mettre en place des liens avec d'autres acteurs impliqués dans la prise en charge des patients en situation de précarité. C'est ainsi que s'est constitué un groupe d'experts sur les thématiques de soins ambulatoires, de la prise en charge de la précarité, dans une vision élargie de santé publique⁴⁸⁸. L'association Collectif PASS (loi 1901) a été créée en janvier 2011⁴⁸⁹, pour faciliter l'organisation du « premier colloque national des PASS » le 20 mai 2011 à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) de l'APHP. Ce n'est pas le ministère en charge de la santé qui a organisé la réunion des PASS. Le collectif PASS et ce colloque ont poussé le ministère en charge de la santé et des ARS à souhaiter qu'un état des lieux complet sur les PASS soit réalisé. Le ministère en charge de la santé et deux ARS ont annoncé qu'elles allaient lancer des travaux sur un modèle partagé afin d'améliorer les financements⁴⁹⁰, et ce douze années après la proposition du rapport national de Jacques Lebas⁴⁹¹. Depuis, l'association « Collectif PASS » a mis en place un site Internet⁴⁹² en janvier 2012.

⁴⁸⁶ La couverture maladie universelle complémentaire est une prestation sociale française permettant l'accès à une protection complémentaire santé gratuite. Elle est accordée pour un an sous condition de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

⁴⁸⁷ Nous remercions Arnaud Foucard pour ces résultats.

⁴⁸⁸ C. GEORGES, C. APARICIO. Les PASS : d'une mission de service public aux bases d'une nouvelle Médecine. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 326-329.

⁴⁸⁹ Journal Officiel du 12 février 2011 : « 1416 -*Déclaration à la Préfecture de police. COLLECTIF PASS. *Objet* : défendre le dispositif des pass, le faire connaître et le promouvoir, en ce qu'il est encore mal connu dans le système général des soins. *Siège social* : Hôpital Saint Louis, 1, avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris. Date de la déclaration : 18 janvier 2011. »

⁴⁹⁰ APM International. *Accès aux soins des personnes précaires: ministère et ARS souhaitent un état des lieux complet sur les Pass*. Le 23 mai 2011.

⁴⁹¹ J. LEBAS (dir). *Rapport... (op. cit.)*.

⁴⁹² Disponible sur : www.collectifpass.org [consulté le 30 janvier 2012].

Même si les PASS ne peuvent résoudre la question complexe entre précarité et santé, elles participent à la relation au soin qui est primordiale dans les contextes de disqualification sociale et de stigmatisation. Si ces PASS sont un « filet de sécurité » indispensable aux problèmes de renoncements aux soins pour raison financière et d'accroissement des inégalités d'accès aux soins dont les victimes sont principalement les usagers précaires, rejoint par les autres patients complexes, ce dispositif est au milieu de quatre gués : celui de sa mise en place pour répondre aux besoins de santé de la population et de son suivi ; celui de la tentation de la spécialisation (psychiatrique, périnatalité, pédiatrique, gériatrique, bucco-dentaire, lunettes, etc.) et de la construction d'un système de soins dédié mais discriminant et inégalitaire ; celui de sa place au sein du continuum (maisons de santé, urgences, etc.) ; et celui de son action en faveur de l'ensemble des déterminants de la santé (logement, etc.). Une évolution permettant d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des usagers précaires et des autres populations dont l'accès aux soins et à la santé est menacée, est à réaliser. Elle doit permettre d'intégrer l'ensemble de ces dispositifs dans le système de soins et de santé en privilégiant les liens entre sanitaire et social. C'est ce que proposera l'expérience exemplaire du Centre de Santé Primaire Polyvalent, qui sera développée en Partie 2. Le mode d'attribution des crédits de la dotation des MIGAC doit être amélioré⁴⁹³ : es financements pour les PASS doivent être transparents et sécurisés, et les tutelles doivent renforcer leurs suivis. La question des urgences, qui peut focaliser le soucis d'accès aux soins à l'hôpital, ainsi que le renforcement des soins primaires doivent aussi être pris en compte⁴⁹⁴.

Les PASS font office de vigie des dysfonctionnements de notre système de santé. Pour Didier Sicard : « les PASS sont les sentinelles de désastres [...]. Les PASS sont la voiture-balai de notre culpabilité à refuser les prises en charge [...]. Un système de santé qui accroît les inégalités fait perdre en la croyance de la médecine [...]. Les PASS ne sont pas destinées à justifier, mais elles sont une avant-garde de cette vision du corps malade au cœur de son environnement [...]. Elles sont l'avant-garde de la

⁴⁹³ J.-J. JEGOU. *Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier*. Commission des finances, enregistré à la Présidence du Sénat [en ligne]. 29 juin 2011, n°686 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r10-686/r10-6861.pdf>

⁴⁹⁴ INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, GRES MÉDIATION. *Études sur les*

médecine d'aujourd'hui et de demain [...], et [elles] doivent fertiliser l'ensemble du système de santé »⁴⁹⁵. Comme Jonathan Mann, nous pensons que la préservation de l'idée et de la pratique d'une santé véritablement publique, tournée vers la collectivité et pas seulement sur l'individu, est indispensable⁴⁹⁶.

Plusieurs exemples peuvent donc montrer la construction d'un système qui introduit un accroissement des inégalités d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers⁴⁹⁷ et une discrimination⁴⁹⁸, en même temps qu'il est constaté un retour de maladies que l'on croyait disparues, comme la tuberculose ou la coqueluche⁴⁹⁹. En plus de l'égalité d'accès aux soins, c'est l'égalité d'accès au reste du continuum qui est remis en cause.

Section 2 : L'augmentation des inégalités d'accès au continuum

Si la répartition inégale des unités de soins intensifs en cardiologie sur le territoire est connue⁵⁰⁰, la prise en charge de l'AVC est un cas d'école pour faire la démonstration de l'augmentation des inégalités d'accès au continuum au sein des territoires : malgré les moyens importants consacrés, tout reste à faire pour prévenir les AVC, et améliorer leur prise en charge à la phase aiguë ainsi qu'en réadaptation active, au sein d'une stratégie intégrée prenant en compte le continuum et le territoire⁵⁰¹ infra-

permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2004.

⁴⁹⁵ D. SICARD. *Conclusion*. Communication orale. Premier colloque national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique, Paris, le 20 mai 2011.

⁴⁹⁶ J. MANN. *L'impact...* (*op. cit.*), p. 35-43.

⁴⁹⁷ Sélection de patients, PASS ayant peu de moyens et ne couvrant pas les besoins, T2A, sélection de services et sélection d'activités spécialisées dans certains services.

⁴⁹⁸ Le développement des PASS spécialisées et d'un système de dispositifs géré par des associations ou des organisations non gouvernementales est porteur d'un risque de remplacement des dispositifs de l'État et de l'Assurance maladie pour les patients complexes.

⁴⁹⁹ L. CLAVREUL, P. SANTI. Le retour des maladies que l'on croyait disparues. *Le Monde*, vendredi 14 octobre 2011, p. 11.

⁵⁰⁰ APM International. *Répartition inégale des 341 unités de soins intensifs en cardiologie (Usic) sur le territoire*. Le 24 janvier 2012.

⁵⁰¹ J.-P. DEVAILLY. L'AVC sévère : une forme d'exclusion méconnue. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...* (*op. cit.*), p. 149-193. La prise en charge de l'AVC a été choisie pour l'étude de cas de la formation nationale mise en place lors de la mise en œuvre du plan hôpital 2007, In : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble...* (*op. cit.*), p. 104-108 et 131-154.

régional. Après avoir investigué les soins, nous allons à présent approfondir d'autres éléments du continuum que sont la prévention (**Paragraphe 1**), le secteur médico-social et social (**Paragraphe 2**), puis les réseaux qui devraient les organiser (**Paragraphe 3**).

Paragraphe 1 : Une prévention pas pour tous

L'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, précise le droit à la prophylaxie et au traitement des maladies et à la lutte contre les maladies par « la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement » (Paragraphe 2 c). Ce qui nécessite « l'accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention [...], ainsi qu'à l'éducation en matière de santé, la mise en place de programmes réguliers de dépistage [...], de préférence à l'échelon communautaire [...], et l'encouragement de la participation de la population à la mise en place de services de prévention » (Paragraphe 2 d). Le paragraphe 19 sur l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé, précise que les investissements doivent privilégier une action de prévention sanitaire susceptible de bénéficier à une forte proportion de la population, plutôt que des services curatifs coûteux qui sont souvent accessibles à une petite frange fortunée de la population. Le Paragraphe 25 affirme que la prévention est importante pour la santé des personnes âgées [Annexe 1].

En France, s'il existe des programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, ils sont surtout basés sur l'information, et il n'y a pas d'accès rapide dans des conditions d'égalité à des services essentiels de prévention. Les investissements privilégient des services curatifs coûteux, qui sont souvent uniquement accessibles à une petite frange fortunée de la population, plutôt que des actions de prévention sanitaires susceptibles de bénéficier à une forte proportion de la population, notamment pour les personnes âgées. Les paragraphes 2 d, 19 et 25 sont remis en cause.

Si la politique de santé publique concerne, selon la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la prévention des maladies, des traumatismes et des

incapacités⁵⁰², les offres de prévention existantes ne bénéficient pas à tous de la même façon. Par exemple, les personnes précaires ou les travailleurs pauvres qui vont chercher des repas dans des associations ne peuvent ni consommer les cinq fruits et légumes par jour, ni pratiquer quotidiennement une activité physique et sportive, comme le recommande l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)⁵⁰³. L'accès à ces comportements favorables à la santé leur est trop coûteux, et comme il n'y a ni aide financière, ni service public leur permettant d'y avoir accès partout, ils doivent y renoncer. C'est de même pour le dépistage et le sevrage tabagique ou alcoolique, la chimioprophylaxie à l'aspirine, les vaccinations dès l'enfance, le dépistage des troubles visuels chez les jeunes de moins de 5 ans et des personnes de plus de 65 ans, le dépistage du cancer colorectal chez les plus de 50 ans, du sein, du cancer du col de l'utérus ou anténatal⁵⁰⁴, le dépistage du portage de Chlamydiae chez les jeunes femmes sexuellement actives de moins de 25 ans, etc., comme le recommande Michael V. Maciosek et al⁵⁰⁵. Ils vivent dans des environnements qui les rendent malades. L'information et les actions de prévention sont surtout accessibles à ceux qui peuvent financièrement se les offrir, ce qui entraîne des inégalités d'accès à la prévention et à la santé.

Les offres de prévention existantes creusent les inégalités sociales de santé. Prenons l'exemple du déterminant de la santé Activités Physiques et Sportives (APS). Si la pratique régulière de ces APS est associée à une diminution de la mortalité totale et cardio-

⁵⁰² Article L. 1411-1 du code de la santé publique qui développe une « police de l'hygiène » adossée à la « notion d'ordre public sanitaire », cité dans Principe de prévention, Juris Classeur Administratif, fascicule 220 : protection générale de la santé publique, I.-Cadre général, B.-Principes de l'intervention publique sanitaire.

⁵⁰³ Créé par l'article L. 1417-1 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, cet établissement public administratif de 140 personnes bénéficiait en 2011 d'un financement de l'État et de l'Assurance maladie à hauteur de 110, 139 millions d'euros. L'INPES est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé. L'article 7 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a élargi ses missions à la participation de la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, ainsi qu'à la formation à l'éducation pour la santé. Disponible sur : www.inpes.sante.fr/INPES/quisommesnous.asp [consulté le 31 mai 2012].

⁵⁰⁴ La précarité a un impact négatif sur le diagnostic anténatal. La prévention peut améliorer l'information et la qualité des soins donnés aux parturientes, cité dans C. BRUGIER, O. MOREL, A. RICBOURG, P.-H. BRÉCHAT, E. GAYAT, E. BARRANGER. Impact de la précarité sur la qualité du dépistage anténatal : expérience de l'hôpital Lariboisière à Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2012 ; 28, sous presse.

⁵⁰⁵ M. V. MACIOSEK, A. B. COFFIELD, N. M. EDWARDS, T. J. FLOTTEMESCH. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis. *American Journal of Preventive Medicine* [en ligne]. 2006 ; 31, [réf. du 29 décembre 2011], p. 52-61. Disponible sur : <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0749-3797/PIISO749379706001243.pdf>

vasculaire, des risques d'hypertension artérielle, de diabète de type II et de cancer du côlon, seulement un Français sur deux déclarent en pratiquer de façon régulière ou irrégulière. De plus, les bénéfices pour la santé associés à la pratique régulière de ces APS ne bénéficient pas à toutes les catégories socio-professionnelles de la population de la même manière : les cadres supérieurs, les artisans ou les commerçants sont ceux qui pratiquent le plus une APS, et ce sont aussi ceux qui voient leur mortalité par maladies cardio-vasculaires et leur mortalité prématurée le plus diminuer, alors que l'écart d'espérance de vie entre ce groupe et celui des manœuvres ne cesse d'augmenter. Depuis dix ans, quinze actions nationales ont tenté de mettre en place un programme national de santé de promotion de la santé par les APS, sans succès. Pourtant, l'adoption des comportements favorables à la santé suivants : une APS (trente minutes par jour), pas de tabac, très peu d'alcool et une nutrition équilibrée (cinq fruits et légumes par jour), permettent à ceux qui les adoptent d'avoir une espérance de vie de quatorze années supérieures par rapport à ceux qui n'ont pas la possibilité de les adopter⁵⁰⁶. Un autre exemple peut être pris, comme celui de la lutte contre le tabac : les campagnes antitabac ont eu comme effet de faire diminuer la consommation de tabac, mais c'est essentiellement vrai chez les cadres, hommes (45 à 24 % entre 1980 et 2003 selon l'INSEE) et femmes (28 à 21 %), au cours des deux dernières décennies. Chez les ouvriers, et notamment les femmes, la consommation de tabac a augmenté (de 19 à 31 %) ⁵⁰⁷.

Pourtant dès 1993, Raymond Soubie précisait que « la prévention réduit le poids de la maladie sur la population et en augmente la qualité de la vie. La prévention engage des coûts bien inférieurs à ceux représentés par la survenue de maladies. Même de petits changements de comportements [...] rapportent de grosses et rapides différences en termes d'efficacité pour la santé et sur le plan économique »⁵⁰⁸, et dès 1994, le Haut Comité de la Santé Publique préconisait qu'une place suffisante soit faite à la promotion, à la prévention et à l'éducation pour la santé, ainsi qu'au développement de la pratique, de la recherche et

⁵⁰⁶ K.-T. KHAW, N. WAREHAM, S. BINGHAM, A. WELCH, R. LUBEN, N. DAY. Combined impact of Health Behaviours and mortality in men and women : The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PloS Medicine* [en ligne]. 2008 ; 5 (1), [réf. du 29 décembre 2011], p. e12. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁵⁰⁷ A. FLAHAULT. *Quelles approches prospectives pour la santé en 2020 dans les pays voisins ? Tendances épidémiologiques – évolutions technologiques*. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 11 janvier 2012.

⁵⁰⁸ R. SOUBIE. *Santé 2010... (op. cit.)*, p. 60.

de l'enseignement de la santé publique, afin de se donner les moyens de mettre en œuvre la politique de santé⁵⁰⁹.

Pourtant, la prévention n'a pas bénéficié de financements importants, et ces financements sont en diminution.

Les financements pour la prévention en France, ne sont pas à la hauteur de ce qu'ils devraient être, si l'on prend en compte une logique d'allocation des ressources qui voudrait que les dépenses soient réparties au prorata des résultats attendus, comme en nombre de décès évitables⁵¹⁰. Ce dernier était de 37 662 en 2002, soit 33 % des décès avant 65 ans. La part des dépenses de prévention dans la dépense courante de santé est quant à elle de 7 %. Si la logique de prise en compte était considérée, et à efficacité égale du préventif et du curatif, la dépense de prévention devrait avoisiner 33 % de la dépense courante de santé, ce qui est loin d'être le cas, notre système de santé étant particulièrement orienté vers le soin curatif. L'accent peut être mis sur la « valeur relative excessive accordée aux investissements dans le domaine des soins, bien supérieur au gain relatif qu'il peut apporter par rapport aux approches socio-économiques »⁵¹¹. De plus, si l'on considère les ratios de coûts/efficacité⁵¹², 25 mesures préventives prioritaires sont jugées coût-efficaces pour les citoyens, et parmi celles-ci, 5 sont jugées efficaces, c'est à dire permettant à la société de faire des économies⁵¹³, et 5 faiblement coûteuses au regard des bénéfices attendus^{514,515}. Ces mesures peuvent être mise en place en France et évaluées, comme aux États-Unis d'Amérique. Cela leur a par exemple permis d'accentuer le dépistage du tabagisme et l'aide au sevrage, puisque ces mesures n'étaient proposées qu'à 35 % des personnes

⁵⁰⁹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...*(*op. cit.*), p. 309-312.

⁵¹⁰ Provoqués par un sous-ensemble de causes qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque et survenus avant 65 ans.

⁵¹¹ A. JOURDAIN, P.-H. BRÉCHAT. Déterminants de la santé, promotion de la santé et évaluation. In : A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification...*(*op. cit.*), p. 53-54.

⁵¹² J. T. COHEN, P. J. NEUMANN, M. C. WEINSTEIN. Does preventive care save money ? Health Economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine* [en ligne]. 2008 ; 14, [réf. du 29 décembre 2011], p. 661-663. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0708558>

⁵¹³ Dépistage et sevrage tabagique, chimioprophylaxie à l'aspirine, vaccinations dès l'enfance, vaccination contre le pneumocoque des personnes ayant plus de 65 ans, dépistage des troubles visuels des personnes de plus de 65 ans.

⁵¹⁴ Dépistage du cancer colorectal chez les plus de 50 ans, vaccination anti-grippale annuelle des plus de 50 ans, dépistage de consommation excessive d'alcool chez l'adulte et aide au sevrage, dépistage du portage de Chlamydiae chez les jeunes femmes sexuellement actives de moins de 25 ans, dépistage des troubles visuels chez les jeunes de moins de 5 ans.

⁵¹⁵ M. V. MACIOSEK, et alii. Priorities...(*op. cit.*), p. 52-61.

concernées⁵¹⁶. C'est d'ailleurs la prévention qui fait le palmarès des dix plus grands succès obtenus aux États-Unis d'Amérique en matière de santé publique durant la dernière décennie⁵¹⁷ : la vaccination des maladies évitables, la prévention et le contrôle des autres maladies transmissibles (comme la tuberculose), la prévention du tabagisme, la prévention des malformations congénitales et le dépistage systématique de 26 maladies rares (santé de la mère et de l'enfant), la prévention des accidents de la voie publique, la prévention des maladies cardiovasculaires, la santé au travail, la prévention du cancer, la prévention de l'intoxication au plomb de l'enfant, et la prévention des attaques terroristes (bactérie et virus)⁵¹⁸.

Pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) qui finance le fonctionnement des centres d'examen de santé ainsi que des campagnes de prévention et de dépistage, et qui était de 452 M€ en 2010, à diminué de -3,2 % par rapport à 2009⁵¹⁹.

S'il y a l'INPES et ses multiples partenaires, comme les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) ou les collectivités territoriales, mais aussi la Protection Maternelle et Infantile (PMI), système de protection de la mère et l'enfant géré par le Conseil général, la santé scolaire du ministère de l'Éducation nationale ou la médecine du travail⁵²⁰, les actions développées concernent surtout l'information, mais peu la structuration d'actions de prévention pour tous et partout. L'État et l'Assurance maladie n'ont pas développé des « centres de prévention »⁵²¹. Ces centres de prévention bénéficient pourtant de locaux où sont développé une politique de santé en faveur d'un « bien-vieillir » par un concept de

⁵¹⁶ A. FLAHAULT. *Mieux vaut prévenir*. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/> [consulté le 19 septembre 2011].

⁵¹⁷ A. FLAHAULT. *Les 10 plus grands succès de la santé publique (USA, 2001-2010)*. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/> [consulté le 19 septembre 2011].

⁵¹⁸ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Morbidity and mortality report. [en ligne]. 2011 ; 60 (19), [réf. du 29 décembre 2011], p. 619-623. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6019.pdf>

⁵¹⁹ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *L'assurance maladie face à la crise. Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'Ondam et la mesure de l'accessibilité financière des soins*. Rapport annuel. Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie [en ligne]. 2011 [réf. du 3 janvier 2012], p. 155. Disponible sur : http://www.securit-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_hcaam_2011-2.pdf

⁵²⁰ F. BOURDILLON. *Le devenir des services publics de prévention*. Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

⁵²¹ Seul Agirc-Arcco, association générale des institutions des caisses de retraite complémentaire des cadres, a, en France, mis en place un centre de prévention par région.

« prévention globale » qui couvre le champ médico-psycho-social⁵²². Ces centres de prévention participent également au maintien de l'autonomie à domicile des personnes âgées ou handicapées ainsi qu'à l'accompagnement de la perte d'autonomie en établissement⁵²³. L'État et l'Assurance maladie n'ont pas développé non plus des « centres de soins de santé durables », à l'instar du Centre for Sustainable Healthcare du Royaume-Uni, au niveau infra-régional⁵²⁴. Il n'y a pas non plus de site Internet « Pour des conseils de santé et de réconfort » sur le modèle de « NHS Direct »⁵²⁵ du Royaume-Uni, ni de site Internet « Soins de santé durable », sur le modèle du « Center for sustainable healthcare »⁵²⁶ du Royaume-Uni qui donne des conseils pour faire à la fois de la prévention tout en réduisant l'emprunte carbone (faire de la marche ou du vélo plutôt que se déplacer en voiture, etc.), ni de site Internet « Bibliothèque nationale de la santé », sur le modèle de « The National Library for Health (NLH) » du Royaume-Uni⁵²⁷, qui rassemble toutes les références sur la santé faisant autorité.

Du coup, l'accès à la prévention rencontre les mêmes difficultés que l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers, si ce n'est en plus du fait de la quasi-absence de guichets uniques publics permettant l'accès à l'information ainsi qu'à des actions de prévention.

⁵²² Depuis les années quatre-vingt dix les ministères en charge de la santé et des personnes âgées ont fait d'un « bien-vieillir » ou d'une « solidarité grand âge » une priorité de santé publique, même si la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne prévoit pas de chapitre d'objectifs consacré spécifiquement à la population des personnes âgées. Des programmes nationaux, des programmes régionaux de santé ainsi que des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et handicapées ont favorisé la fédération d'actions et de dispositifs autour d'une filière gériatrique et gérontologique territorialisée : actions de prévention, services de court séjour gériatrique, services de soins de suite et de réadaptation gériatrique, unités mobiles de gériatrie, hospitalisation à domicile, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, aides à domicile ou services de maintien à domicile, etc. Cependant, le dispositif actuel reste peu visible, notamment pour la prévention, complexe et inégalitaire selon les territoires de santé et les populations. Il est nécessaire de favoriser une dynamique commune à tous les partenaires comme l'État, les assurances maladies obligatoires ou complémentaires, les collectivités territoriales, les caisses de retraites, les élus, les usagers ou les professionnels de santé pour améliorer l'adéquation entre les besoins de santé et les actions et dispositifs dans tous les territoires de santé pour un bien vieillir pour tous. Les innovations doivent être favorisées. Les actions et dispositifs doivent être évalués, adaptés si nécessaire, afin d'être efficaces.

⁵²³ A. SAINT-LAURENT, P. DEJARDIN. *La prévention pour « bien vieillir » après 50 ans : s'adapter pour une population fragilisée ?* In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 165-180.

⁵²⁴ Seront développés plus loin, en Partie II : De nouveaux services pour les hauts responsables en santé publique, professionnels, acteurs, usagers et citoyens.

⁵²⁵ Disponible sur : <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> [consulté le 29 novembre 2011].

⁵²⁶ Disponible sur : <http://sustainablehealthcare.org.uk/> [consulté le 29 novembre 2011].

Des prestataires privés se sont par contre développés, comme l'entreprise « EPODE »⁵²⁸ qui propose aux municipalités, des actions de prévention comme dans le programme « Ensemble prévenons l'obésité des enfants ». Certains services de l'État ont pu avoir recours à ces prestataires pour réaliser des travaux à la place des professionnels de santé publique de leurs services⁵²⁹. Pourtant, ces entreprises (de marketing social) qui bénéficient de subventions du secteur agroalimentaire et de la grande distribution, pourraient tendre à privatiser l'action publique en santé publique pour séduire des consommateurs. Ce qui pose la question de la gestion privée des politiques publiques et de l'administration de la santé⁵³⁰, et de la capacité de l'État et de l'Assurance maladie à se réappropriier la politique publique de prévention ainsi qu'à mettre en œuvre un service public.

Il y a essentiellement une offre privée en prévention qui est destinée aux consommateurs qui peuvent financièrement se l'offrir. Et ce ne sont souvent pas ceux qui en ont le plus besoin. Cet état de fait est la conséquence des choix stratégiques réalisés par l'État et l'Assurance maladie.

En effet, jusqu'en 2012, les réformes depuis 1996 ont surtout mis en place trois dispositifs successifs traversés par deux concepts différents. Entre 1996 et 2002, des CRS ont été chargées de définir les priorités des Programmes Régionaux de Santé (PRS). Les régions ont pu choisir leurs priorités en fonction des besoins sanitaires de leurs populations. Dans certaines d'entre elles, les usagers ont pu être associés à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des actions de prévention. Des PNS sont venus soutenir les PRS. Entre 2004 et 2008, il y a une rupture car le niveau national s'affirmant, la politique de prévention a obéi à un schéma plus descendant qu'ascendant. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a arrêté ainsi les priorités du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), successeur des PRS, et du GRSP. C'est le SROS de troisième génération qui va s'efforcer de décroiser les soins et la prévention, en favorisant des liens entre les

⁵²⁷ Disponible sur : <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/resources/systserv/national> [consulté le 29 novembre 2011].

⁵²⁸ Disponible sur : <http://www.epode.fr/> [consulté le 30 mai 2012].

⁵²⁹ Le programme « Ensemble prévenons l'obésité des enfants » est développé par plus de deux cents villes, dont Lille et Paris. Le ministère en charge de la santé présente cela comme un « partenariat public/privé réussi », cité dans H. BERGERON, et alii. Un entrepreneur... (*op. cit.*), p. 204.

⁵³⁰ H. BERGERON. Les Politiques... (*op. cit.*), p. 79-111.

thématiques obligatoires et les priorités des PRSP-GRSP. Les marges de manœuvre laissées aux régions pour identifier et mobiliser les acteurs locaux de la prévention sont mises à mal. L'ensemble de ces nouveaux dispositifs accorde peu de place à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), par rapport au grand nombre d'actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé qui a été peu évalué et peu soutenu. Pourtant, la loi HPST érige pour la première fois l'ETP en une politique et une priorité nationale de prévention et de santé publique (Titre III), mais sans parler de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé mises en œuvre jusqu'alors. Depuis 2010, la prévention fait l'objet d'un SRP emboîté dans le Plan Régional de Santé (PRS) mis en œuvre par l'ARS. Ce schéma remplace le PRSP-GRSP. Les PRS fondus dans les PRSP-GRSP, et les PRSP-GRSP dans le SRP montrent l'instabilité et la refonte incessante des instruments de la politique de prévention. Le PRAPS, qui peut être assimilé à un Programme Régional de Santé (PRS), sont un autre exemple : si le PRAPS de première génération (années 2000 à 2002)⁵³¹ et de seconde génération (2003-2006) avaient constitué un outil individualisé de concertation et de coordination permettant d'associer et de mobiliser l'ensemble des partenaires, le dernier PRAPS, dit de troisième génération, a été fondu dans le PRSP. Le PRAPS a donc disparu dans un autre dispositif, perdant en lisibilité et en importance.

Il n'y a donc pas eu de construction visible d'un système de prévention. Comme si les faibles forces de l'État et de l'Assurance maladie avaient été utilisées dans la mise en place de dispositifs et de concepts, ce qui a pu ne pas permettre la mise en place d'actions de prévention pour tous et partout à partir de centres visibles, ainsi que la reconnaissance par les collectivités territoriales et les associations du rôle incontournable de l'État et de l'Assurance maladie dans le champ de la prévention. Du coup, des collectivités locales ont financé des prestataires privés pour la mise en place d'actions de prévention, ce qui a favorisé l'émergence d'un « entrepreneur privé de politique publique » pour la lutte contre l'obésité par exemple ainsi que l'accroissement du rôle de l'Union européenne⁵³². Le lobbying en matière de santé se développe et nécessite pour Bernard Basset un « arbitrage

⁵³¹ C. GERHART, G. PELÉ. Évaluation nationale des Praps de première génération. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 46, [réf. du 29 décembre 2011], p. 56-60. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

⁵³² H. BERGERON, et alii. Un entrepreneur...(op. cit.), p. 201-229, et H. BERGERON. Les Politiques...(op. cit.), p. 79-111.

entre les différents groupes [d'influence] en fonction de ce que l'on doit toujours appeler l'intérêt général »⁵³³.

En 2012, les résultats de la politique de prévention ont été jugés « décevants »⁵³⁴, malgré le volet « prévention et santé publique » de la loi HPST qui, même si le pilotage est unifié via l'ARS, se « borne essentiellement, dans le court terme, à parer au plus pressé »⁵³⁵ ou la nouvelle convention médicale qui renforce peu l'atteinte d'objectifs de prévention et de santé publique : vaccination antigrippale des 65 ans et plus. Les changements de dispositifs et de priorités, le désengagement d'une coordination régionale et infra-régionale de l'État et de l'Assurance maladie ou l'absence de soutien d'expérimentations locales⁵³⁶, peuvent expliquer ces résultats mais également donner des pistes d'amélioration.

Il est temps pour une politique de prévention permettant à chacun de pouvoir choisir tout en pouvant y être aidé et suivi, l'ensemble des comportements favorables à la santé tout en prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé, l'environnement individuel (agents physiques chimiques et biologiques auxquels sont exposés les individus) et l'environnement collectif (social, psychologique, économique, culturel, politique, lien avec les autres espèces vivantes, écosystème etc.)⁵³⁷. De plus, comme le rapport final « Prospective santé 2030 - prévention 2010 » de l'INPES le précise : si « à la fin du XX^{ième} siècle, les enjeux principaux pour les populations marginalisées étaient par exemple l'accès à un logement de qualité (problèmes sanitaires, chauffage, isolation), à l'eau. Au cours du XXI^{ième} siècle, on pourrait voir se rajouter à cette liste [...] la qualité de l'alimentation et

⁵³³ B. BASSET. La prévention et les lobbies. In : F. BOURDILLON. *Traité de prévention... (op. cit.)*, p. 109-114.

⁵³⁴ J.-L. PREEL. *Rapport en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prévention sanitaire*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 8 février 2012, n°4334 [réf. 28 février 2012], p. 11. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4334.asp>

⁵³⁵ D. CRISTOL. Prévention et santé publique dans la loi HPST. Dossier « La loi HPST ». *Revue de droit sanitaire et social* 2009 ; 5, p. 833 et 844.

⁵³⁶ La Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS), action de prévention ayant fait la preuve de son efficacité, a été expérimentée grâce à des fonds publics, pour être finalement développée sur des fonds privés, le secteur public s'étant désengagé, cité dans J. LONSDORFER, P.-H. BRÉCHAT. *Consultation de l'aptitude physique du senior*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010.

⁵³⁷ La santé environnementale prend en compte tous les agents physiques chimiques et biologiques « externes » à l'individu en plus de la pollution des milieux et en complément des déterminants socio-économiques (environnement collectif). La santé environnementale est développée en France, par la Société Française de Santé et Environnement (SFSE) par exemple. Disponible sur : <http://www.sfse.org/>

l'accès aux soins »⁵³⁸. Il faut aussi prévoir une prévention globale pour un « vieillissement réussi », qui est possible⁵³⁹. Le développement de la prévention est un des enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, comme celui de l'environnement⁵⁴⁰. Le principe de prévention est l'un des principes fondamentaux du droit de l'environnement⁵⁴¹.

Des mesures fortes doivent être prises pour améliorer l'égalité d'accès à la prévention pour tous et partout et particulièrement pour ceux qui n'en bénéficient pas. Ces mesures doivent être accompagnées d'un effort financier conséquent qui peut-être issu d'un transfert de financement venant des soins, attribué clairement par priorité, par action et par sous-action, d'évaluations médico-économiques, et d'arbitrage des conflits d'intérêt⁵⁴².

C'est vraiment dans le domaine de la prévention que l'État peut se mettre au service du progrès, et que par la mise en œuvre d'une solidarité pour que tous et partout, puissent bénéficier de la prévention, l'État trouve sa mission⁵⁴³. En effet, il n'y a pas de limite à la création de service public, de même que n'importe quelle activité sociale peut être érigée en service public⁵⁴⁴.

Ce service public peut bénéficier de recommandations de bonnes pratiques comprenant à minima les 25 mesures préventives prioritaires de M. V. Maciosek⁵⁴⁵, qui seraient proposées gratuitement à tous les usagers, par exemple dans les CSPP en lien avec les centres de prévention, et les professionnels en charge des PMI, de la santé scolaire et de la santé au travail.

Des centres de soins de santé durables pourraient y être expérimentés, et les sites Internet « Ministère en charge de la santé : pour des conseils de santé et de

⁵³⁸ INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ. *Prospective santé 2030-prévention 2010*. Rapport final. Paris : INPES, 2010, p. 42.

⁵³⁹ A. SAINT-LAURENT. Prévention globale, une originalité ou une habitude ? *Gérontologie et Société* 2008 ; 125, p. 201-207.

⁵⁴⁰ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 38-39, J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(*communication cit.*).

⁵⁴¹ Est un des quatre grands principes définis à l'article L. 101-1 du code de l'environnement, avec le principe pollueur-payeur, le principe de participation et le principe de précaution.

⁵⁴² COUR DES COMPTES. *La prévention sanitaire...*(*op. cit.*), p. 13-14.

⁵⁴³ J. DONZELOT. *L'invention du social...*(*op. cit.*), p. 12.

⁵⁴⁴ J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 47.

⁵⁴⁵ M. V. MACIOSEK, et alii. *Priorities...*(*op. cit.*), p. 52-61.

réconfort », « Soins de santé durable », et « Bibliothèque nationale de la santé » pourraient être développés⁵⁴⁶.

Paragraphe 2 : Un secteur médico-social et social en déconstruction

Si les trois évolutions successives de la décentralisation ont été précédemment abordées, les deux moments forts ou les deux « actes » qui caractérisent la décentralisation du « social » vont à présent être précisés. Le premier « acte » est composé à la fois : de la loi n°82-213 du 2 mars 1982 qui a notamment érigé la région en collectivité territoriale au même titre que les départements et les communes ; des lois n°83-8 du 7 janvier 1983 et n°83-663 du 22 juillet 1983 qui ont procédé à la répartition des compétences entre la région, le département et la commune ; et de la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 qui a entrepris d'adapter la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Le deuxième « acte » est composé de la loi de révision constitutionnelle n°2003-276 du 28 mars 2003 qui donne notamment aux collectivités territoriales la possibilité de procéder à des expérimentations en matière de transferts de compétences, la loi n°2003-1200 du 18 décembre 2003 qui a transféré la charge du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) de l'État au département, et la loi n°2004-809 du 13 août 2004 qui a notamment procédé au transfert au département du pilotage et de la coordination des politiques sociales locales ainsi que de nouvelles responsabilités en matière d'insertion et de lutte contre les exclusions, comme la politique du logement⁵⁴⁷.

Ce processus important de décentralisation n'a pas permis que des compétences claires et complémentaires soient données à chaque collectivité⁵⁴⁸, et n'a pas non plus mis en place des « garde-fous suffisants pour pallier les inégalités d'un territoire à l'autre ». En effet, « toute rupture d'égalité d'une collectivité à une autre n'est pas nécessairement, en matière de droits sociaux, contraire à la Constitution », et les mécanismes de compensation financière prévus par le législateur sont insuffisants

⁵⁴⁶ Le soutien juridique et son accès devraient être renforcés pour tous les domaines de la prévention et pour toutes les ARS, cité dans pour la prévention des blessures et des États des États-Unis d'Amérique dans D. D. STIER, M. L. THOMBLEY, M. A. KHON, R. A. JESADA. The status of legal authority for injury prevention practice in state health departments. *American Journal of Public Health* [en ligne]. 2012 ; 102 (6), [réf. du 12 juin 2012], p. 1067-1078. Disponible sur : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2011.300454>

⁵⁴⁷ M. BORGETTO. Décentralisation... (*op. cit.*), p. 9-10.

lorsqu'il y a un transfert de compétences entre l'État et les collectivités territoriales⁵⁴⁹. Il est à craindre que ce processus ne creuse les inégalités entre collectivités. Ceci est d'autant plus préoccupant que les collectivités qui seront les plus touchées, sont celles qui auront davantage de chômage, mais aussi moins de ressources pour répondre aux besoins de la population. Sauf si elles augmentent les prélèvements fiscaux ou si elles restreignent l'accès aux prestations comme le RMI⁵⁵⁰ ou l'accès aux offres de soins et de santé.

Ni la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, qui favorise le développement de l'intercommunalité rurale à partir des bassins de vie, ni la RGPP qui marque le désengagement financier de l'État⁵⁵¹, ni la loi HPST qui entérine la rupture du sanitaire et du social, ne sont venues corriger ces constats. Au contraire, ces réformes peuvent faire apparaître des conflits entre le préfet qui peut procéder à un aménagement des services déconcentrés comme la DRJSCS⁵⁵², pour tenir compte des particularités locales, et donc « faire de la santé publique » en considérant les déterminants de la santé⁵⁵³, et un directeur général d'ARS qui pilote l'offre médico-sociale et la santé publique. Cela peut relancer le débat concernant les « préfets sanitaires »⁵⁵⁴ ou plutôt les « préfets de santé publique », que devaient être les directeurs généraux d'ARS^{555,556}. Le préfet de région est devenu le garant de la cohérence de l'action de l'État dans la région, et

⁵⁴⁸ M. BORGETTO, et al. Action sociale...(*op. cit.*), p. 3-4.

⁵⁴⁹ M. BORGETTO. Les enjeux de la décentralisation en matière sociale. L'égalité, la solidarité. *Informations sociales* 2005 ; 1 (121), p. 6.

⁵⁵⁰ M. BORGETTO. Les enjeux...(*op. cit.*), p. 10-11.

⁵⁵¹ D. CRISTOL. La réorganisation des services de l'État en matière sociale. Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 40.

⁵⁵² Résulte de la fusion de la direction régionale de la jeunesse et des sports, les services compétents en matière de cohésion sociale de la DRASS et la direction régionale de l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). La DRJCS pilote et coordonne les politiques sociales, sportives, de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire, cité dans D. CRISTOL. La réorganisation...(*op. cit.*), p. 36.

⁵⁵³ Selon la définition de l'intervention en santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec qui est « l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent », cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction des communications. Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 1997, p. 18 .

⁵⁵⁴ J.-L. VIDANA. Les agences...(*op. cit.*), p. 267-279.

⁵⁵⁵ Pour Danièle Cristol, le préfet sort renforcé de ces réformes puisqu'il bénéficie d'une autorité sur les directions régionales, départementales, et sur les relais territoriaux des directions régionales et de l'ARS, cité dans D. CRISTOL. La réorganisation...(*op. cit.*), p. 39.

⁵⁵⁶ Rappelons que le préfet de région préside aussi le conseil de surveillance de l'ARS et le préfet de département peut disposer des moyens de l'ARS dans la gestion des crises sanitaires, alors que le directeur général de l'ARS est membre du Comité de l'Administration Régionale (CAR).

a sous son autorité l'ensemble des directions régionales des administrations civiles de l'État⁵⁵⁷, sauf l'ARS, qui ne se trouve pas directement sous son autorité directe, le préfet présidant le conseil de surveillance de l'ARS.

De plus, l'achèvement de la déconnexion du médico-social et du social introduit, selon Robert Lafore, deux nouvelles fractures⁵⁵⁸ : la première concerne le médico-social qui dépend des ARS sous réserve d'un consensus à la fois avec le président du conseil général et le préfet, alors que, séparément, le social dépend des DRJSCS du préfet ; la seconde fracture concerne le médico-social qui se trouve « régionalisé », alors que le social « reste » à un niveau départemental, comme les établissements et services intervenant dans le champ de la lutte contre les exclusions (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - CHRS, samus sociaux, etc.)⁵⁵⁹. Le pilotage des secteurs médico-social et social passe de deux régulateurs (président du conseil général et représentant de l'État) à trois (président du conseil général, directeur général de l'ARS et représentant de l'État)⁵⁶⁰. La séparation du médico-social et du social s'accompagne d'une complexification du pilotage, mais aussi d'une démultiplication des lieux de concertation et de consultation⁵⁶¹, ce qui augure mal de la nécessaire articulation de l'action des différents décideurs et financeurs pour des réponses globales et cohérentes, dont ont particulièrement besoin les patients complexes. Surtout que les conseils généraux qui évoluent dans un contexte financier très contraint, commencent à annoncer des restrictions de l'accès aux prestations, comme le gel des créations de places, hypothéquant par exemple la création de Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)⁵⁶², ce qu'avait craint Michel Borgetto en 2005⁵⁶³. Cela augure mal de la nécessaire réponse aux besoins liés à l'ensemble des déterminants de la santé, comme le logement⁵⁶⁴.

Si d'autres éléments venaient renforcer ces constats, ce qui était jugé préoccupant pourrait bien devenir inquiétant. C'est ce que nous allons montrer.

⁵⁵⁷ Circulaire du 7 juillet 2008 relative à l'organisation de l'administration départementale de l'État.

⁵⁵⁸ R. LAFORE. Les « territoires » de l'action sociale : l'effacement du modèle « départementaliste ». Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 13.

⁵⁵⁹ A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 43.

⁵⁶⁰ A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 42.

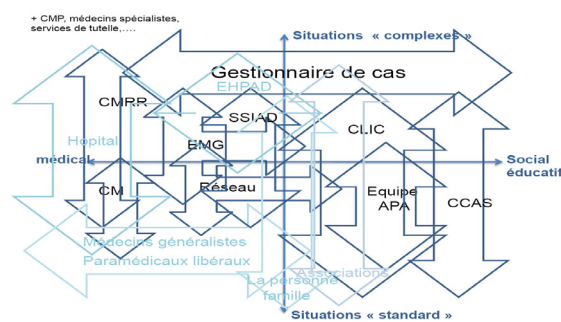
⁵⁶¹ A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 41.

⁵⁶² A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 44.

⁵⁶³ M. BORGETTO. Les enjeux...(*op. cit.*), p. 11.

Concernant la planification de la santé, le secteur médico-social et social s'est constitué à partir de besoins ressentis, par la création de multiples associations et établissements⁵⁶⁵. Ces derniers peuvent être caractérisés par un grand nombre de structures différentes peu coordonnées entre elles, ayant des missions peu précises ainsi que des financements variés (État, assurance maladies obligatoires et complémentaires, etc.), déployées de manière très inégale en fonction des territoires et de manière non organisée envers les diverses populations ou pathologies prises en charge (personnes handicapées, âgées, patients atteints de diabète, etc.)⁵⁶⁶. La figure ci-après peut montrer la complexité du dispositif ainsi que ses segmentations.

EXEMPLE DE CARTOGRAPHIE DE STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES



Source : M.-A. BLOCH, L. HENAUT, J.-C. SARDAS, S. GAND. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, les enjeux organisationnels et les dynamiques professionnelles*. Rapport commandité par la Fondation Paul Bennetot. Centre de gestion scientifique, Mines ParisTech, 2011, p. 104.

⁵⁶⁴ A. HASTINGS-MARCHADIER. Les collectivités locales et le financement public du logement social. In : *Santé, Environnement & Territoires*. Pouvoirs locaux 2011 ; 90, p. 107-120.

⁵⁶⁵ Les établissements de ces secteurs sont des établissements publics ou privés relevant de la politique sociale. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dans l'article L. 311-1 du code de l'action sociale, précise que l'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans 6 missions d'intérêt général et d'utilité sociale : 1)- Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ; 2)- Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ; 3)- Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ; 4)- Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ; 5)- Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ; 6)- Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

⁵⁶⁶ M.-A. BLOCH, L. HENAUT, J.-C. SARDAS, S. GAND. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, les enjeux organisationnels et les dynamiques professionnelles*. Rapport commandité par la Fondation Paul Bennetot. Centre de gestion scientifique, Mines ParisTech, 2011, p. 104.

Il faut préciser que cette figure concerne les territoires qui ont la possibilité d'offrir ce choix de structures, mais en aucun cas ceux qui n'en ont pas, et où tout reste à construire si des besoins étaient non couverts. Cette figure montre aussi les possibilités très développées de coordination qui peuvent exister et être mobilisées.

Les dispositifs de planification de l'intervention sociale ont souvent été créés au fil du temps pour répondre à des prises en compte successives de besoins identifiés : plan départemental d'insertion, plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées, PRAPS, etc., et cela par grands domaines pour des populations : schéma départemental de l'enfance, plan départemental d'accueil des étrangers, etc.

Ces dispositifs construits un à un, et en « mille-feuilles », n'ont globalement pas bénéficié d'une approche par les déterminants de la santé, sauf pour le Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (SAHI), qui tente de coordonner ces nombreux plans et schémas entre eux, dans le domaine qui est le sien, et de prendre en compte leurs interactions avec les schémas médico-sociaux et les SROS⁵⁶⁷. La planification des secteurs médico-social et social est soumise aux effets de la territorialisation, et a donc pu se voir empêchée de porter une approche globale. Ainsi, quand le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), a été décentralisé en 2003, puis l'action sociale en 2004, le dispositif Accueil, Hébergement, Insertion (AHI), piloté par les DDASS et les DRASS a perdu le volet de l'insertion sociale (hors logement). Lors de la mise en place des ARH, tout le secteur médico-social a été exclu, consommant la dislocation entre le secteur sanitaire d'un côté et les secteurs médico-social et social de l'autre. Tout le volet « santé-précarité » a ainsi disparu en matière de planification coordonnée.

Avec la loi HPST, le secteur médico-social subit « un bouleversement sans précédent »⁵⁶⁸, avec proposition de maintien à titre provisoire d'une prise en charge

⁵⁶⁷ K. STEBLER-WATIER. Planifier le social. In : A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification...* (op. cit.), p. 123-134.

⁵⁶⁸ S. DESMARESCAUX. *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 : Secteur médico-social*. Rapport n°88 (2010-2011) fait au nom de la commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence du Sénat [en ligne]. 3 novembre 2010. [réf. du 3 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/110-088-3/110-088-3_mono.html

publique⁵⁶⁹, tout le processus de planification est impacté : en particulier le clivage « personnes âgées » et « personnes handicapées » est transformé en « personnes en perte d'autonomie » ; puis les niveaux de planification sont transformés : les plans nationaux et régionaux prennent le pas sur le schéma départemental, dont la portée est considérablement limitée. C'est une autre rationalité qui se met en place et qui impose une mutation importante des pratiques des professionnels, des acteurs et des usagers. Cet ensemble est complété par la mise en place de programmes qui ouvrent la voie aux financements pluriannuels, via des appels à projets généralisés et à la contractualisation. Pourtant, les dangers de la généralisation de la technique des appels d'offres qui risquent d'affaiblir l'expérimentation et l'innovation, ont été signalés au Gouvernement. Il lui a aussi été proposé de les cantonner aux besoins de santé de la population non satisfaits sur le territoire, et pour lesquels aucun promoteur ne se positionnait pour y répondre⁵⁷⁰. Ce choix questionne d'autant plus qu'une « concurrence loyale, sincère et équitable » n'est pas garantie⁵⁷¹.

En plus, les secteurs médico-social et social ont subi les « effets dominos » issus de la mise en place d'autres réformes, comme le plan Hôpital 2007 avec la T2A, la contractualisation et la certification. Douze de ces effets peuvent être décrits.

En premier, la T2A ne prenant pas en compte la prise en charge globale des soins, les établissements de santé qui réalisent des hospitalisations de courts séjours, vont tendre à faire sortir les patients pour rentabiliser leur activité, même si l'utilisateur a besoin d'une prise en charge sociale ou globale. Les structures médico-sociales et sociales d'aval aux soins vont devoir absorber ce transfert de travail.

En second, ce transfert de travail pourrait correspondre à un transfert de charge du court séjour vers l'aval des soins, si ce transfert était accompagné d'un transfert de moyens. Cela n'a pas été le cas, puisque les crédits de l'État pour le programme « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » (BOP 177) sont

⁵⁶⁹ V. ROSSO-DEBORD. *Rapport en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 23 juin 2010, n°2647 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>

⁵⁷⁰ A. VINSONNEAU. *La régulation...* (*op. cit.*), p. 43.

⁵⁷¹ A. VINSONNEAU. *La régulation...* (*op. cit.*), p. 52.

en permanente diminution, et que les créations nouvelles ont été quasi inexistantes en rapport avec l'effet induit^{572,573}.

Troisièmement, les structures et les établissements médico-sociaux et sociaux d'aval aux soins qui étaient déjà limités de façon récurrente, et saturés, ne peuvent prendre en charge les demandes en augmentation. La réduction ou la rupture de la prise en charge globale et du suivi ont pu aboutir à des complications nécessitant des hospitalisations⁵⁷⁴. Cela a pu aussi mettre en difficulté les ménages précaires.

Quatrièmement, les établissements et les services médico-sociaux et sociaux qui s'occupent des patients complexes sont plus particulièrement sous contrainte, d'autant plus qu'il y a une sélection de ces patients, et une réduction des services qui les prennent plus spécifiquement en charge, comme la gériatrie, la psychiatrie ou la médecine interne, et cela en court séjour. La réduction de l'offre de soins peut particulièrement induire une rupture dans la continuité des soins et de la santé de ces patients, des sorties non relayées par les services et les établissements médicaux-sociaux et sociaux ou des réhospitalisations évitables.

Cinquièmement, un mouvement de déconstruction des secteurs médico-social et social ancrés sur la prévention, la réparation ou la reconstruction des capacités⁵⁷⁵ pourrait être en cours, surtout pour les patients complexes. L'État tente d'imposer des dépenses contraintes aux collectivités territoriales, les obligeant à des redéploiements de dépenses en défaveur d'activités décidées localement pour des actions de prévention. L'État tente également d'exercer des pressions sur les groupes de protection sociale et les collectivités territoriales, pour que les budgets d'action sociale dédiés à ceux qui en ont le plus besoin, généralement les personnes âgées, passent de la prévention de la dépendance à la prise en charge de la dépendance. Cela introduit des conflits pour dégager des enveloppes financières entre, d'une part, l'État et l'Assurance maladie, et d'autre part, les groupes de protection sociale, les collectivités territoriales et les représentants d'associations d'usagers, protecteurs des actions de prévention de la dépendance développées jusque là. L'État et l'Assurance

⁵⁷² M. BORGETTO. Les enjeux... (*op. cit.*), p. 6.

⁵⁷³ C. MAINPIN, C. BLOND, F. BOTTIN, B. GÉZÉQUEL, M. GUILLEMOT, M. HORVATH, M. MULLER, V. PRAT, O. MOREL, E. BARRANGER, P.-H. BRÉCHAT. Précarité, tarification à l'activité, planification sanitaire et sociale: étude pilote à l'hôpital Lariboisière de Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* [en ligne]. 2011 ; 39 (6), [réf. du 29 décembre 2011], p. 354-355. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁵⁷⁴ C. MAINPIN, et alii. Précarité... (*op. cit.*), p. 355-356.

⁵⁷⁵ C. PELLUCHON. Situation de précarité, capabilités... (*op. cit.*), p. 441-444.

maladie encouragent parallèlement le développement de ces activités par le secteur privé, facteur de sélection de catégories de populations. Cette tendance de basculement de la prévention et de la réparation vers le soin se manifeste aussi dans le secteur sanitaire. Par exemple, la gériatrie hospitalière fait de moins en moins de prévention de la dépendance, mais de plus en plus de gestion des personnes âgées dépendantes sortant des hospitalisations de court séjour, pour lesquelles une place en moyen ou long séjour n'a pas été trouvée. Ces professionnels de santé hospitaliers et universitaires ont tendance à se désengager des partenariats sur la prévention avec les secteurs médico-social et social qui les développent.

Sixièmement, le développement des prestations privées va avoir tendance à accentuer ces inégalités pour ceux qui ne peuvent les offrir à leurs enfants, leurs adolescents ou leurs personnes âgées, surtout si l'État et l'Assurance maladie obligatoire ne reprennent pas la main. Mais actuellement, la planification du secteur médico-social et social par l'État et l'assurance maladie obligatoire ne permet pas d'organiser le maintien ou la reconstruction des offres nécessaires, par déterminants de la santé, et surtout pour les disciplines prenant en charge les patients complexes considérées par les gestionnaires comme les moins aptes à se voir doter d'une conception économique des soins, telles la psychiatrie ou la gériatrie. Il y a deux régions en France qui n'ont pas de service universitaire de gériatrie, et où il n'y a pas de projet pour s'en doter, comme la Franche-Comté. La prévention réalisée par le secteur médico-social et social ainsi que l'accès pour tous à ce secteur, tendent à être sacrifiés au seul profit de l'augmentation de la consommation proposée par les établissements et les services médico-sociaux et sociaux à ceux qui peuvent se les offrir. Là aussi, le renoncement aux soins s'accroît pour ceux qui ne peuvent se les offrir. L'égalité d'accès aux soins et à la santé pour le secteur médico-social et social est en déconstruction, alors que la libéralisation du secteur médico-social et social se développe pour les personnes âgées, avec les maisons de retraite, et pourrait concerner la fin de vie avec le développement de maisons de vie. Le continuum doit être amélioré dans sa partie médico-sociale et sociale, et particulièrement pour les patients complexes, notamment atteints de la maladie d'Alzheimer⁵⁷⁶, et qui ne peuvent avoir accès au service privé. Septièmement, la déconstruction est particulièrement vraie pour la santé mentale et la psychiatrie. Par exemple, la prévention des récurrences de suicide et des décès

⁵⁷⁶ M.-A. BLOCH, et alii. *La coordination... (op. cit.)*, p. 104.

suicidaires dépend largement de l'optimisation du suivi proposé au suicidant, donc de la qualité des décisions d'orientation, et donc de la qualité de l'accueil et du séjour hospitalier initial qui constitue un temps important et privilégié d'évaluation et d'orientation. Cet objectif présuppose donc une bonne connaissance du patient et une analyse approfondie de sa situation, ce qui souligne la nécessité d'un temps et d'une disponibilité suffisants des soignants. Plusieurs entretiens et plusieurs évaluations sont préférables, et il paraît recommandé de prendre contact avec l'entourage du patient : professionnel, familial, avec offre d'accompagnement individuel ou collectif, et de se donner les moyens de joindre le médecin traitant. Une rotation trop rapide des lits dans les services d'urgence et de réanimation entre actuellement en contradiction avec un travail d'évaluation suicidologique de qualité. Il a été montré que pour 22 % des usagers ayant été pris en charge par un service de réanimation pour suicides, cette prise en charge n'était ni réalisée par ce service, ni par le secteur psychiatrique, ni par le médecin traitant, et que 20 % ont été à nouveau hospitalisés pour suicide⁵⁷⁷. Des économies peuvent être réalisées en développant la prévention ou des prises en charge alternatives, ce qui permettrait de réduire le taux d'occupation inadéquat tout en améliorant la disponibilité des lits d'hospitalisation en psychiatrie⁵⁷⁸. Même si la santé mentale et la psychiatrie occupent une place toute particulière en planification de la santé, le référentiel de planification qui, depuis 1987, insiste sur la capacité de la communauté des professionnels des hôpitaux publics sectorisés, et plus rarement sur les établissements privés et les praticiens de ville, à se mobiliser sur un projet collectif, tend à ne plus suffire pour faire face à ces effets dominos. De plus, les administrations centrales sont éparpillées entre les ministères en charge de la santé, des affaires sociales, du travail et de l'emploi. Si quatre ministères sont concernés, il faut aussi ajouter les secrétariats d'État plus ou moins autonomes, comme la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) qui peut avoir à répondre aux directives de plusieurs ministres et secrétaires d'État⁵⁷⁹.

⁵⁷⁷ S. HASNI. *Evaluation de la prise en charge des suicidants à la sortie de la réanimation médicale et toxicologique*. Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES », Université Paris 7, 2009.

⁵⁷⁸ A. MAILLARD. Plus qu'une pénurie de lits, la psychiatrie souffre d'une mauvaise organisation. *Le Monde* [en ligne]. 21 décembre 2011 [réf. du 29 décembre 2011], p. 12. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/12/20/plus-que-d-une-penurie-de-lits-la-psychiatrie-souffre-d-une-mauvaise-organisation_1620735_3224.html

⁵⁷⁹ C. BONAL. La planification en psychiatrie et en santé mentale : définir des besoins par type de population pour prévoir les services nécessaires. In : A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification...*(*op. cit.*), p. 117-134.

Huitièmement, il y a un risque de paupérisation intergénérationnelle et de mise en place d'une offre à deux vitesses selon l'état des ressources personnelles. L'offre privée en maisons de retraite se développe alors que les places dans le secteur public manquent. Une place en maison de retraite privée revient à 2 600 euros alors que la moyenne des retraites plafonne à 1 200 euros mensuels, ce qui oblige nombre de famille à puiser dans les économies⁵⁸⁰.

Le neuvième effet domino concerne le développement du bénévolat dit « de compétence » par les grandes entreprises pour les associations ou les fondations, qui provoque une crise des vocations des bénévoles du secteur médico-social et social, notamment chez les « blouses roses ». Les grandes entreprises, comme les banques ou les entreprises de téléphonie, favorisent le travail de leurs salariés pendant leur temps de travail pour les associations ou les fondations, afin d'obtenir des déductions fiscales qui sont avantageuses. Si cela peut favoriser l'amélioration des compétences au sein des associations et des fondations, cela ne permet pas leur développement ni la qualité du suivi. Il y a un risque de privatisation du secteur associatif bénévole. De plus, la possibilité de recours aux associations, principaux acteurs de ce domaine, diminue. L'existence des associations de petite taille, mono-site ou mono-activité est compromise. Le désengagement de l'État et les finances incertaines des collectivités territoriales en fragilisent beaucoup, toutes occupées à défendre leurs activités et le maintien de leurs professionnels.

Le dixième effet domino concerne la compétence des professionnels qui décroît souvent par la moindre qualification du recrutement et par le peu de revalorisation des métiers, même si certains métiers devront à l'avenir voir leurs formations se structurer en Licence-Master-Doctorat (LMD), comme pour les éducateurs spécialisés. Cette compétence décroît aussi à cause de la difficulté de différencier le plus exactement possible les frontières entre les capacités exercées par les différents métiers.

Onzièmement, la complexité de la certification qui n'est en plus pas adaptée au secteur médico-social et social et aux petites associations, les met en difficulté. Cela induit un risque de transformation des hôpitaux de jour pour les patients atteints de handicaps en Institut Médico-Éducatif (IME).

Le douzième et dernier effet domino concerne les responsables de la planification de la santé des ARS, comme précédemment ceux des ARH, qui privilégient la réalisation

⁵⁸⁰ E. SKYVINGTON. Enquête de santé. Le business des maisons de retraites. France 5 Magazine,

d'appels d'offre généralisés et la contractualisation plutôt que la régulation et le pilotage⁵⁸¹, ce qui ne permet pas de contrebalancer les effets décrits.

Si l'on ajoute que le même constat de transfert de travail de la part sociale ou de la prise en charge globale des soins n'a pas non plus été accompagné de moyens entre le court séjour et l'amont des soins, l'on peut entrevoir une exclusion de la part sociale ou de la prise en charge globale des soins, de l'ensemble du continuum, et ce, particulièrement pour les patients complexes. Et cela sur le moyen et le long terme si rien n'est fait, car il y a un risque d'élimination des services hospitaliers, médico-sociaux et sociaux ainsi que les pratiques de prises en charge globale, qui sont particulièrement nécessaires à ces patients.

Le manque de structures et de places, notamment dans les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), les changements profonds touchant la protection judiciaire de la jeunesse⁵⁸², la scolarisation des enfants handicapés, sont d'autres éléments qui marquent ce désengagement de l'État pour le secteur médico-social et social, pourtant stratégique pour la santé. Ce désengagement n'est pas que financier et essentiellement dû à la RGPP⁵⁸³. Ne nous trompons pas : si les capacités d'accueil des établissements accueillant des adultes et des familles en difficultés sociales, comme les CHR⁵⁸⁴, les centres d'hébergement d'urgence, les centres d'accueil de demandeurs d'asile et les maisons-relais, ont des capacités qui ont été augmentées depuis 2004 ; si à la fin 2008, il y avait 88 500 places dont les 8 580 places d'hébergement mobilisées dans les établissements au titre de l'Aide au Logement Temporaire (ALT) dans les 2 023 établissements accueillant des adultes et des familles en difficultés sociales ; s'il y avait aussi 22 750 logements financés par

mardi 6 novembre. *Télérama* 2011, n°3229 / 30 novembre p. 112.

⁵⁸¹ A. JOURDAIN (dir). *Les SROS...* (*op. cit.*), p. 55.

⁵⁸² Arnaud Vinsonneau parle « d'un risque de déperdition » du fait de l'absence de « passage de relais » entre la commission d'accès aux documents administratifs et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, ce qui est paradoxal puisqu'il y a une « démultiplication des lieux de consultation et de concertation », cité dans, A. VINSONNEAU. *La régulation...* (*op. cit.*), p. 41.

⁵⁸³ D. CRISTOL. *La réorganisation...* (*op. cit.*), p. 40.

⁵⁸⁴ Cet hébergement s'accompagne de prestations visant à favoriser l'insertion sociale : de façon générale en aidant aux démarches administratives ; ou de façon spécifique en accompagnant les publics dans leurs problématiques (emploi, logement, santé, formation, etc.). En dehors du champ de l'insertion, des prestations peuvent être apportées dans la constitution des dossiers de demande d'asile ou pour d'autres procédures juridiques.

l'ALT et des nuitées d'hôtel mobilisées par les associations représentant 10 640 places⁵⁸⁵ ; cela ne peut suffire à satisfaire aux demandes et aux besoins, comme le montre le Samu social⁵⁸⁶ ou la fondation Abbé Pierre⁵⁸⁷. Les indicateurs, comme le nombre de places ou de logements, ont bien évidemment le mérite apparent de la simplicité, mais ils ne sauraient masquer l'ampleur des besoins non couverts.

Le secteur médico-social et social ne peut satisfaire aux obligations communes et spécifiques du service public qui sont les principes de continuité, d'égalité et de mutabilité. Il n'y a pas de continuité car il y a des à-coups et des interruptions brutales. Il n'y a pas d'égalité car il y a des discriminations et des avantages vis-à-vis de certains usagers. Il n'y a pas de mutabilité car les prestations fournies ne sont pas adaptées à tous les besoins et à toutes les nouvelles exigences des usagers, et surtout la quantité des services n'est pas au rendez-vous⁵⁸⁸.

Le Paragraphe 25 qui concerne la réalisation du droit à la santé des personnes âgées⁵⁸⁹, le Paragraphe 26 qui concerne les personnes handicapées qui concerne les personnes handicapées⁵⁹⁰ et le Paragraphe 19 sur l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé⁵⁹¹ de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, sont remis en cause [Annexe 1].

Ce peut être la conséquence de la rupture entre le sanitaire et le social, qui a été amorcée par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, et

⁵⁸⁵ T. MAINAUD. *Les établissements accueillant des adultes et des familles en difficulté sociale*. Premiers résultats de l'enquête ES 2008. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2010 ; 738.

⁵⁸⁶ X. EMMANUELLI. *L'exclusion...* (*op. cit.*), p. 425-430.

⁵⁸⁷ ET LES AUTRES. Le logement, une affaire d'Etat. *Le journal de la fondation Abbé Pierre* 2010 ; 69 p. 9-13.

⁵⁸⁸ J. CHEVALLIER. *Le service...* (*op. cit.*), p. 90-91.

⁵⁸⁹ Le Paragraphe 25 réaffirme « l'importance d'une démarche concertée, associant la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical ». Il est précisé que ces mesures doivent être fondées sur des examens périodiques, la préservation des capacités fonctionnelles et l'autonomie des personnes âgées par des soins de rééducation physique et psychologique, une attention et des soins aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux malades en phase terminale pour leur épargner des souffrances inutiles et leur permettre de mourir dans la dignité.

⁵⁹⁰ Le Paragraphe 26 précise la nécessité de veiller à ce que les secteurs publics et privés de la santé respectent le principe de non-discrimination à l'égard de ces personnes.

⁵⁹¹ Le Paragraphe 19 précise que les investissements doivent privilégier une action de prévention sanitaire susceptible de bénéficier à une forte proportion de la population, plutôt que des services curatifs coûteux qui sont souvent uniquement accessibles à une petite frange fortunée de la population.

qui a été renforcée par la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, par la RGPP et par la loi HPST⁵⁹². Cette rupture est de plus accompagnée d'une complexification du pilotage à la fois du médico-social qui devient hasardeux au niveau régional entre l'ARS, le président du conseil général et le préfet pour le médico-social, mais aussi du social qui reste départemental et qui dépend du préfet, alors que l'ARS peut avoir besoin des samus sociaux⁵⁹³. Cette rupture et cette complexification, mais aussi l'absence de « garde-fous suffisants pour pallier les inégalités d'un territoire à l'autre »⁵⁹⁴, ainsi que la démultiplication des lieux de concertation et de consultation⁵⁹⁵, ont contribué à la déconstruction du secteur médico-social et social ainsi qu'à l'accroissement des inégalités d'accès aux soins et à la santé. Comme pour la prévention, l'État peut mettre en œuvre une solidarité et un service public pour que tous et partout puissent bénéficier du secteur médico-social et social^{596,597}. C'est d'ailleurs une demande des citoyens et des représentants d'association d'utilisateurs⁵⁹⁸. C'est aussi, pour la psychiatrie, une proposition du « Pacte pour une Santé Egalitaire et Solidaire »⁵⁹⁹. Comme dans la Province du Québec ou dans la région de Catalogne en Espagne, ce service public pourrait être intégré au sein du Centre de Santé Primaires Polyvalents (CSPP) et du réseau local de services de santé et de services sociaux, par l'unité territoriale de santé publique, pour permettre au niveau du territoire de santé publique, de fédérer et d'organiser les offres du continuum. Des systèmes d'information qualitatifs et quantitatifs par filière pourraient être favorisés⁶⁰⁰. Une loi sur les services de santé et les services sociaux peut être proposée, comme dans la Province du Québec⁶⁰¹.

⁵⁹² R. LAFORE. Les « territoires »...(*op. cit.*), p. 13.

⁵⁹³ A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 43.

⁵⁹⁴ M. BORGETTO. Les enjeux...(*op. cit.*), p. 6.

⁵⁹⁵ A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 41.

⁵⁹⁶ J. DONZELOT. *L'invention du social*...(*op. cit.*), p. 12.

⁵⁹⁷ J. CHEVALLIER. *Le service*...(*op. cit.*), p. 47.

⁵⁹⁸ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Priorités...(*op. cit.*), p. 169-182.

⁵⁹⁹ Quatrième proposition du chapitre II relatif à l'organisation : « la définition avec les professionnels, les représentants des familles et des malades, des spécialistes des sciences humaines et juridiques, d'une nouvelle politique de santé mentale dans toutes ses dimensions, y compris éthiques notamment pour les mesures privatives de liberté. Cette politique doit être basée sur le secteur psychiatrique rénové et financée par une dotation globale ». Disponible sur : <http://www.petitionpublique.fr/PeticaoVer.aspx?pi=SANT2012> [consulté le 12 décembre 2012].

⁶⁰⁰ R. HEBERT. PRISMA, Un modèle de type coordination. *Canadian Journal on Aging* 2006 ; 25 (Suppl. 1), p. 14.

⁶⁰¹ LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2011.

Paragraphe 3 : Des réseaux en pointillés

Si la loi HPST peut participer au décloisonnement des secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social, il y a peu de réseaux qui organisent systématiquement et partout des parcours de soins ou de santé entre ces secteurs. Il y a aussi peu de réseaux qui organisent des parcours entre le sanitaire et le social. Malgré de nombreuses tentatives ces trente dernières années, l'identification et la définition des réseaux restent difficiles, comme peut en témoigner la diversité des termes utilisés : « réseau de proximité », « réseau de soins », « réseau de soins coordonnés », « réseau territorial », « réseau inter-établissement », « réseau ville-hôpital monothématiques » ou « réseau de santé de proximité financé par l'État », etc.

Les premières expérimentations de réseaux sont apparues dans les années quatre-vingt. Ces réseaux financés par l'Assurance maladie, ont été structurés autour d'une pathologie sur un espace géographique, comme le réseau « insuffisance rénale chronique » de Franche-Comté. Ces réseaux ont pu prendre en compte la prévention, le dépistage, la formation et l'information⁶⁰². Les réseaux ont ensuite été notamment officialisés et reconnus par la circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et la circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1991 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. Les réseaux de soins ont pu se développer et participer à l'aménagement du territoire⁶⁰³. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé a défini ensuite les réseaux de santé⁶⁰⁴. Ces réseaux ont pu favoriser l'amélioration de la prise en charge globale de patients polyopathologiques tout en contribuant à la mise place du continuum. Ces réseaux maillent les « parcours de soins » et les « trajectoires de santé ».

⁶⁰² P.-H. BRÉCHAT, et alii. Usagers... (*op. cit.*), p. 67-71.

⁶⁰³ B. AUBLET CUVELIER, M. VENET, M. MASCART, J.-L. MEYER, D. LEMERY. Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins : Le réseau périnatalité en Auvergne. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1999 ; 29, [réf. du 29 décembre 2011], p. 51. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

Pourtant, ces réseaux restent fragiles. Ils n'ont pas bénéficié de statut spécifique, malgré celui de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui a été jugé trop lourd. Ils n'ont pas de numéro au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), et n'ont pas obligation de remplir les fiches pour la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE). La simplification de leur financement n'a pas permis de stabiliser les quelques centaines de réseaux existants⁶⁰⁵.

Ces réseaux n'ont pas non plus bénéficié, comme dans la Province du Québec, d'une loi sur les services de santé et les services sociaux⁶⁰⁶ qui puisse permettre à l'ARS d'organiser les services de santé et les services sociaux de manière intégrée au sein de réseaux de services sanitaires et de services sociaux. Ces réseaux pourraient pourtant organiser les services de santé et les services sociaux du territoire de santé publique. Dans la Province du Québec, ce type de réseau a aussi pour objectif de responsabiliser tous les intervenants de ce réseau, afin qu'ils assurent de façon continue à la population du territoire de santé publique de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux ou spécialisés : ce sont notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement. La coordination de ce réseau est assurée par un CSPP ou équivalent, en lien avec la direction régionale du ministère en charge de la santé (ARS). Cette coordination consiste à définir et à mettre en place des procédures d'accueil, des recommandations de bonnes pratiques et de coopération entre professionnels de santé, mais aussi des procédures de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux. L'équivalent de ce CSPP doit instaurer des partenariats avec les différents intervenants que sont, notamment les établissements de santé. Le réseau doit permettre des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services sanitaires et des services sociaux, avec les services du ministère en charge de la santé, les collectivités territoriales et les représentants des médecins, en portant une attention particulière à l'accessibilité.

⁶⁰⁴ Article L. 6321-1 du code de la santé publique.

⁶⁰⁵ A. BÉRARD, P.-H. BRÉCHAT, M.-H. SCAPIN. Les priorités de santé publique devraient participer à la régulation des réseaux de santé. *Presse Med* 2008 ; 37, [réf. du 29 décembre 2011], p. 739-741. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁶⁰⁶ LOIS ET RÉGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2011.

L'équivalent du CSPP doit évaluer ce réseau en recourant à différents modes d'information et de consultation de la population, afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus [CHAPITRE II, Annexe 2].

Le continuum par priorité et par territoire n'est actuellement pas mis en place pour tous et partout. Les urgences, pour améliorer l'égalité d'accès aux soins et à la santé portent sur l'accès à la prévention, au secteur médico-social et social et aux réseaux, secteurs largement touchés par la libéralisation de la santé, comme nous avons pu le constater. Des efforts particuliers doivent y être réalisés.

Chapitre 2 : LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC FACE A LA RECRUESCENCE DES INEGALITES

Si le territoire infra-régional est le témoin des effets d'un « crash sanitaire »⁶⁰⁷ du fait de l'aggravation des inégalités d'accès aux soins et de l'augmentation des inégalités d'accès au continuum, il y a en plus une amplification des inégalités pour les autres déterminants de la santé (**Section 1**).

Cette détérioration de l'ensemble des déterminants de la santé, au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, fait craindre un « crash » du service public de santé⁶⁰⁸ causé par un État gestionnaire libéral⁶⁰⁹ (**Section 2**). Il est d'autant plus important de l'envisager, que l'approche par le service public est peu développée en santé publique⁶¹⁰.

Section 1 : Les déterminants de la santé et l'amplification des inégalités

Comme il est précisé dans l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, le droit à la santé ne se limite pas au droit aux soins de santé, mais s'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé (Paragraphe 2, 4 et 12). Ces facteurs sont les « préalables indispensables à toute amélioration de la santé »⁶¹¹. Comme Amartya Sen⁶¹², nous les prendrons en compte (**Paragraphe 1**), de même que le droit à la justice sociale et à un traitement équitable en traitant des dépenses de santé et du

⁶⁰⁷ Titre du dossier : « Krach sanitaire : la crise à quel prix ? » de la *Revue Humanitaire* 2012 ; 30, p. 16-83.

⁶⁰⁸ Issu du titre du Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, à Paris le 27 juin 2012 : « Service public de santé en 2012 ».

⁶⁰⁹ E. COUTY. *Hôpital public...* (*op. cit.*), p. 47-48.

⁶¹⁰ Par exemple dans le rapport du HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité...* (*op. cit.*).

⁶¹¹ Cette définition de la santé est celle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986 et correspond à celle de l'Observation générale n°14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations-Unies, ainsi qu'à celle de A. R. TARLOV et al, cité dans A. R. TARLOV, et al. Introduction... (*op. cit.*), p. IX-XXV.

⁶¹² A. SEN. *Repenser l'inégalité*. Collection « L'histoire immédiate ». Paris : Editions du Seuil, 2000, et A. SEN. *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Paris : Editions Odile Jacob, 2003, 480 pages.

renoncement aux soins (**Paragraphe 2**). Les inégalités d'accès à l'information⁶¹³ et les inégalités intergénérationnelles d'accès aux soins et à la santé seront ensuite abordées (**Paragraphe 3**).

Paragraphe 1 : Une mise en œuvre problématique

Les inégalités se creusent en France. Depuis 2004, les niveaux de vie et le patrimoine des personnes les plus aisées continuent de progresser, alors que ceux des personnes les plus modestes cessent d'augmenter plus rapidement que ceux des niveaux de vie intermédiaires⁶¹⁴. L'impact et les conséquences de la crise économique et financière sur ces derniers est important, alors que le nombre des « travailleurs pauvres »⁶¹⁵ augmente ainsi que le nombre de demandeurs d'emploi qui, avec 2,8 millions en novembre 2011, était le chiffre le plus élevé depuis 1999⁶¹⁶. Pour 56 % des ménages pauvres, une fois le paiement des dépenses fixes du foyer acquitté (loyer, crédits, chauffage et autres charges comme l'électricité ou le téléphone), il reste moins de 250 euros par mois de « reste à vivre ». 15 % de ces foyers déclarent se retrouver avec un montant négatif, ce qui signifie qu'ils s'endettent un peu plus chaque mois : 6 % des ménages français sont dans ce cas. La situation est également préoccupante pour l'ensemble de la population : le quart des ménages français estime disposer de moins de 250 euros pour finir le mois, une fois acquittées les dépenses fixes du foyer. Plus

⁶¹³ S. STRINGHINI, S. SABIA, M. SHIPLEY, E. BRUNNER, H. NABI, M. KIVIMAKI, A. SINGH-MANOUX Archana. Association of Socioeconomic Position With Health Behaviors and Mortality. *JAMA* [en ligne]. 2010 ; 303(12), [réf. du 29 décembre 2011], p.1159-1166. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁶¹⁴ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *Revenus et patrimoine des ménages*. INSEE, [en ligne]. 2011 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=REVPMEN11>

⁶¹⁵ Selon l'INSEE, est considéré comme un travailleur pauvre une personne ayant été active au moins six mois dans l'année dont au moins un mois en emploi, tout en vivant dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, soit 817 euros mensuels pour une personne seule.

Selon le rapport 2007-2008 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), le nombre de travailleurs pauvres est passé de 1,47 million en 2003 à 1,74 million en 2005 (avec la définition française) soit « 7 % des travailleurs ». 78 % des travailleurs pauvres occupent un emploi toute l'année, dont 21% à temps partiel (contre 14 % pour l'ensemble des travailleurs), et gagnent en moyenne 775 € par mois au titre de leur activité qui représente 72 % de leurs revenus disponible, le reste venant de prestations sociales. En 2003, sur 1,3 millions de travailleurs pauvres, 39 % avaient été au chômage une partie de l'année. Les 61 % restant avaient travaillé toute l'année, comme indépendants (20 % de tous les travailleurs pauvres), comme travailleurs à temps plein (12 %) ou comme travailleurs à temps partiel (35 %). Entre 1970 et 2002, si le taux de pauvreté global au seuil de 50 % a baissé de 12 à 6 %, le nombre de travailleurs pauvres a lui augmenté de 3,4 % à 5,7 %.

⁶¹⁶ C. GUELAUD. La forte dégradation de l'emploi marque l'entrée en récession de la France. *Le Monde*, mercredi 28 décembre 2011, p. 8.

de la moitié des ménages français se retraignent aujourd'hui sur les vacances et les loisirs. Quant aux ménages pauvres, plus de la moitié se restreignent sur l'alimentation, et près du quart sur les soins médicaux⁶¹⁷.

Concernant le logement, malgré l'article L. 300-1. de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale : le droit à un logement décent et indépendant, mentionné à l'article 1^{er} de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement, est garanti par l'État à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et dans des conditions de permanence définies par décret en Conseil d'État, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir. Ce droit s'exerce par un recours amiable puis, le cas échéant, par un recours contentieux dans les conditions et selon les modalités fixées par le présent article, ainsi que par les articles L. 441-2-3 et L. 441-2-3-1. Pourtant, il y a selon le portrait social de l'INSEE de 2010, 2,9 millions de personnes vivant dans des logements privés de confort ou surpeuplés, et il y aurait 133 000 personnes n'ayant pas de domicile⁶¹⁸. La fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés a évalué en 2010, à près de 3,5 millions le nombre de personnes connaissant « un fort problème de logement », et à 3,4 millions le nombre de ménages vivant dans la précarité énergétique. Ces ménages consacraient 15 % de leur revenu à l'énergie, contre 6 % pour les ménages les plus aisés. En 2010, le nombre de coupures de gaz avoisinait 60 000 pour près de 6 000 en 2008. Près de 98 % des personnes sortant de prison n'ont pas d'autre possibilité que de faire appel à des associations pour les loger⁶¹⁹. En 2011, dans son rapport annuel, la fondation Abbé Pierre estimait qu'il y avait 10 millions de mal-logés, 100 000 personnes sans domicile, et que si en 1980, un ménage consacrait 13 % de son budget à se loger et 25 % pour se nourrir, c'était l'inverse en 2010⁶²⁰. En 2012, une étude de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) estimait qu'un Français sur deux consacrait au moins un tiers de ses revenus au logement, et que l'effort des familles pauvres était encore plus important. En plus de ces dépenses, il s'ajoute d'autres charges

⁶¹⁷ M. ANGOTTI, M. DENIZEAU, C. OLM. *Les Conséquences de la crise pour les ménages et plus particulièrement des plus pauvres*. Paris : CREDOC, 2008.

⁶¹⁸ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *France, portrait social – Édition 2010*. INSEE, [en ligne]. 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=FPORSOC10>

⁶¹⁹ ET LES AUTRES. *Le logement...* (*op. cit.*).

(énergie, impôts locaux, etc.) qui ont également progressé plus vite que l'inflation au cours de ces dernières années⁶²¹. Le logement est important dans d'état de santé⁶²². La mauvaise qualité du logement peut être pourvoyeuse de pathologies comme l'intoxication au monoxyde de carbone et de crise sanitaire comme le saturnisme⁶²³. Il y avait près de 406 000 demandeurs de logements sociaux en 2010, et ce, uniquement en Ile-de-France. En plus, l'hébergement d'urgence est dans une crise de moyens : selon la Cour des comptes, malgré une hausse du nombre de places, trop de mal-logés restent exclus des dispositifs⁶²⁴. Pour la première fois, le Conseil d'État a précisé le 10 février 2012, suite à une requête de l'Association Droit au Logement (DAL), que le fait de ne pas appliquer la loi en matière d'hébergement d'urgence pouvait constituer « une atteinte grave à une liberté fondamentale ». Le Conseil estime qu'« il appartient aux autorités de l'État de mettre en œuvre le droit à l'hébergement d'urgence reconnu par la loi à toute personne sans abri qui se trouve en situation de détresse médicale, psychique et sociale », et rejette les arguments du gouvernement, selon lesquelles l'administration a le droit d'« établir une hiérarchie dans les situations d'urgence »⁶²⁵.

L'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies interprète le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entre le logement qui est un facteur fondamental déterminant de la santé (Paragraphe 11). Les États parties sont tenus d'assurer l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé, telles que des conditions de logement et de vie convenables (Paragraphe 36). C'est une obligation fondamentale des États que d'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement et de logement (Paragraphe 43, sous paragraphe c).

Concernant l'alimentation, les Restos du Cœur, ont servi en 2010-2011, quelques 109 millions de repas à 860 000 bénéficiaires. Il y a eu une hausse de 25 % du nombre de

⁶²⁰ FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *L'état du mal-logement en France*. Seizième rapport annuel. FONDATION ABBE PIERRE [en ligne]. 2011 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.fondation-abbe-pierre/pdf/rml_11.pdf

⁶²¹ Étude réalisée du 13 au 19 mars 2012 pour le site internet d'annonces immobilières SeLoger.com.

⁶²² B. ROMAGNAN. L'importance du logement dans l'état de santé. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...* (op. cit.), p. 217-229.

⁶²³ P. BRETIN, C. DOURLENS. Saturnisme infantile. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique...* (op. cit.), p. 167-173.

⁶²⁴ C. ROLLOT. L'hébergement d'urgence dans une crise de moyens. *Le Monde*, vendredi 16 décembre 2011, p. 14.

⁶²⁵ Ordonnance de référé du 10 février 2012 du juge des référés du Conseil d'État, suite à la requête n°356456 enregistré le 4 février 2012 au secrétariat du contentieux du Conseil d'État.

personnes accueillies sur les trois dernières années, et il était enregistré une augmentation de l'ordre de 5 à 8 % d'augmentation au début de la campagne 2011-2012.

L'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies interprète le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entre l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, ainsi que la nutrition, qui sont un facteur fondamental déterminant de la santé (Paragraphe 11). Les États parties sont tenus d'assurer l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé telle qu'une alimentation sûre sur le plan nutritif (Paragraphe 36). C'est une obligation fondamentale des États que d'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel « pour libérer chacun de la faim » (Paragraphe 43, sous paragraphe b).

Pour l'éducation, autre déterminant de la santé, l'enquête « programme international pour le suivi des acquis des élèves » de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) de 2010, a montré que l'écart entre bons et moins bons élèves se creuse, que les garçons prennent du retard sur les filles, et que l'école française creuse les inégalités sociales. Cette étude peut montrer aussi que l'égalité dans l'éducation est possible même lorsque le milieu socio-économique des élèves varie fortement, comme au Canada par exemple⁶²⁶. En France, malgré le fait que le ministère de l'Éducation nationale sait où sont les élèves défavorisés, l'État a dépensé en 2010, 47 % de plus pour former un élève parisien que pour former un élève de Créteil. Ce sont aussi les moyens attribués qui creusent les inégalités, et cela de plus en plus⁶²⁷. L'éducation est pourtant la clé du développement démocratique⁶²⁸. Elle peut également être une clé pour la santé. En France, les inégalités commencent à la maternelle, où un lien étroit existe entre état de santé et comportements des élèves. C'est dans les académies où la santé des enfants est la meilleure que leurs modes de vie (alimentation, activités physiques et sportives) le sont aussi. La surcharge pondérale, les disparités de vision, l'asthme ou les caries dentaires sont inégalement réparties sur le territoire, comme la consommation de

⁶²⁶ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Enquête PISA*. OCDE, 2010.

⁶²⁷ M. BAUMARD. Ecole : les moyens attribués renforcent les inégalités. *Le Monde* [en ligne]. 12 avril 2012 [réf. du 12 avril 2012]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/ecole-primaire-et-secondaire/article/2012/04/12/ecole-les-moyens-attribues-renforcent-les-inegalites_1684433_1473688.html

⁶²⁸ M. NUSSBAUM. Les émotions démocratiques : comment former le citoyen du XXI^{ème} siècle. Paris : Éditions Climats, 2011.

boissons sucrées, de télévision ou de jeux vidéo. L'obésité et les caries sont souvent associées à de longues heures devant la télévision et à la consommation de sodas⁶²⁹.

L'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies interprète le droit à la santé comme un droit global, dans le champ duquel entre l'éducation et l'information relatives à la santé qui sont un facteur fondamental déterminant de la santé (Paragraphe 11). Les États parties sont tenus d'assurer l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé telle que l'éducation sanitaire (Paragraphe 36). C'est une obligation fondamentale des États que d'assurer « une éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté, y compris des méthodes visant à les prévenir et à les maîtriser » (Paragraphe 43, sous paragraphe d).

Ces quelques données interpellent : la précarité, c'est un quart des ménages pauvres, qui se restreignent sur les soins médicaux⁶³⁰, mais c'est aussi 133 000 personnes qui n'ont pas de domicile, des millions de mal logés, c'est près de 860 000 personnes qui ont besoin d'associations non gouvernementales pour se nourrir, et ce sont des inégalités dans l'éducation.

Pourtant, dès 1998, le Haut Comité de la Santé Publique donnait l'alerte sur la situation de précarité qui concernait près du quart de la population française.

Si la définition de la santé retenue est celle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986 et celle de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, il peut être constaté une dégradation de l'ensemble des conditions et des ressources préalables indispensables à toute amélioration de la santé pour une partie de la population.

Les actions des associations non gouvernementales qui devaient être temporaires, perdurent et sont en augmentation.

Cela pose la question du rôle de l'État devant assurer à tous et partout les besoins fondamentaux.

⁶²⁹ T. DE SAINT POL. Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2011 ; 31, p. 333-338.

⁶³⁰ M. ANGOTTI, et alii. *Les Conséquences... (op. cit.)*.

Paragraphe 2 : L'essor paradoxal du phénomène de renoncement aux soins et à la santé

Nous arrivons à un paradoxe, car si la dépense de santé en France reste l'une des plus élevées du monde⁶³¹, le nombre de bénéficiaires décroît, et ce en pleine crise économique.

De nombreuses données existent et montrent que cette dernière tendance augmente, et ce depuis des années. Si, il y a 30 ans, seuls 3 % de la population s'imposaient des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux, en 2010 c'était 13 %, soit 8 millions de personnes. Et les catégories les plus modestes se restreignaient trois fois plus souvent que les catégories aisées⁶³². En 2002, le taux de renoncement aux soins⁶³³ lorsque le revenu est inférieur à 840 euros par mois était de 68 % plus élevé que pour la population générale, alors qu'il l'était de 38 % pour un bénéficiaire de la CMU et de 112 % pour un bénéficiaire du RMI⁶³⁴. Les usagers bénéficiant de la CMU peuvent ne pas faire état de leurs droits, notamment à cause d'une mauvaise image de soi et des médecins qui peuvent refuser les patients en bénéficiant. Il y a pour les usagers dont l'accès aux soins est limité, un risque de développer des pathologies graves. En 1998, il y avait 12,4 % de la population, soit plus de 7 millions de personnes, qui déclaraient avoir renoncé à des soins de santé pour des

⁶³¹ L'évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB est globalement stable depuis 2004. Elle représente 11,8 % du PIB, soit environ 225 milliards d'euros. Cela place la France en troisième position des pays qui consacrent le plus de dépenses au secteur de la santé après les États-Unis d'Amérique (17,4 %) et les Pays-Bas (12,0 %), loin devant la moyenne de l'OCDE (9,6 %). La dépense moyenne par habitant est d'environ 3 200 euros par an. Si les résultats sont satisfaisants quant à la qualité des soins, « la France se détache rarement, par ses résultats, des autres pays à situation épidémiologique et démographique comparable, qui consacrent pourtant moins de dépenses à leur système de santé [...]. Le niveau de la dépense de santé n'est pas un gage de la qualité des soins dispensés, ni de l'état de santé de la population », cité dans V. LIDSKY, P.-E. THIARD, M. LE BRIGRONEN, J. THOMAS, M. OLIVIER, Q. JEANTET, D. GIORGI, H. GARRIGUE-GUYONNAUD, M. JEANTET, V. CAYRE, J. DAVENEL. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017. Paris, Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales [en ligne]. juin 2012 [réf. 25 juillet 2012], p. 2. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM-IGAS-IGF_juin2012.pdf

⁶³² R. BIGOT. *L'opinion défend à la fois la liberté individuelle et la cohésion sociale*. Consommation et modes de vie. CREDOC [en ligne]. juillet 2010 ; n°231 [réf. du 29 décembre 2011], p. 4. Disponible sur : <http://www.credoc.fr/pdf/4p/231.pdf>

⁶³³ Il peut s'agir aussi de non recours au droit et du droit du non recours, cité dans R. LAFORE. *Synthèse des travaux*. Communication orale. Le non recours, entre accès aux droits...et restriction des droits. Colloque organisé par l'Université Panthéon-Assas (Paris 2), Paris, le 12 mars 2012.

⁶³⁴ L. AUVRAY, A. DOUSSIN, P. LE FUR. *Santé, soins et protection sociale en 2002*. CREDES, Série Résultats, 2003, n°1509 p. 179.

raisons financières⁶³⁵. Dix ans plus tard, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois⁶³⁶. Pour les Français sondés par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) et Viavoice, et rendu public le 12 octobre 2010, 36 % des Français avaient renoncé à des soins ou décidé de les reporter au cours des dernières années, en raison de leur coût, et 53 % des sondés estiment que la priorité d'une réforme du système de santé devrait être de maintenir un bon niveau de remboursement par la « Sécu »⁶³⁷. Le Cercle Santé Europ Assistance a montré en 2011, que deux Français sur cinq retardaient ou renonçaient à des soins à cause de leur coût⁶³⁸, que 29 % de Français avaient reporté ou renoncé à des soins courants en raison de difficultés financières au cours de l'année écoulée, alors qu'ils étaient 11 % en 2009 et 23 % en 2010.

Il y aurait plus de Français que d'Américains qui déclarent avoir reporté ou renoncé à des soins (29 % contre 25 %)⁶³⁹.

L'étude Ipsos du mardi 17 janvier 2012 a montré que les Français étaient les plus sensibles à l'augmentation des frais de santé en Europe. La moitié des ménages interrogés ont dit avoir vu ce poste de dépense augmenter en 2011 par rapport à 2010⁶⁴⁰. En France, cette probabilité est plus élevée en zone urbaine sensible, alors que leurs résidents sont globalement en moins bonne santé et recourent moins aux soins, que le reste de la population⁶⁴¹. Entre 1980 et 2010, la proportion de personnes pensant que l'on est mieux soigné lorsqu'on est aisé, est passée en milieu rural de 52 % à 66 % et chez les Franciliens, la proportion atteint 73 %⁶⁴². Signalons qu'en 2012, 1,7 million de personnes étaient « interdites bancaires », que 2,5 millions étaient inscrites au fichier des incidents de

⁶³⁵ HAUT COMITE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité... (op. cit.)*, p. 127.

⁶³⁶ C. DESPRES, P. DOURGNON, R. TANTIN, F. JUSOT. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 170, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

⁶³⁷ L. CLAVREUL. Coût de la santé : le mensonge par omission du gouvernement. *Le Monde*, le 13 octobre 2010

⁶³⁸ L. CAUSSAT, M. DUÉE. Un demi-siècle d'évolution des dépenses de santé : une analyse à l'aide des comptes de la santé. In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité... (op. cit.)*, p. 93-106, et G. CORNILLEAU. Quel sera le coût de la santé demain ? In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité... (op. cit.)*, p. 153-163.

⁶³⁹ CERCLE SANTE EUROP ASSISTANCE. *Les soins de santé en Europe et aux Etats-Unis. Résultats du baromètre 2011 et évolutions observées depuis 2006*. Synthèse. Cercle Santé Europ Assistance, 2011.

⁶⁴⁰ A l'approche de la présidentielle, 67 % d'entre eux ont déclarés accorder une importance forte ou très forte à la réduction des frais de santé dans le choix de leur candidat.

⁶⁴¹ OBSERVATOIRE NATIONAL DES ZONES SENSIBLES URBAINES. Inégalités. Rapport 2011 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles [en ligne]. 2011 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.santenpdc.org/?p=17787>

⁶⁴² R. BIGOT. *L'opinion... (op. cit.)*, p. 4.

remboursement des crédits aux particuliers, que 200 000 dossiers de surendettement sont déposés chaque année à la Banque de France, et que ce chiffre est en constante augmentation depuis vingt-ans⁶⁴³.

En effet, si le taux de remboursement global pour les soins et les biens médicaux était de 82 % en 2009 pour les dépenses présentées au remboursement, il ne dépassait vraisemblablement pas les 50 % pour les soins courants – hors Affections de Longue Durée et hospitalisations⁶⁴⁴, et était encore bien moindre pour les soins dentaires et les traitements ophtalmologiques, comme les lunettes. L'ensemble des dépenses de santé était touché en 2011. Prenons par exemple un patient bénéficiant d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste en médecine générale en secteur 1 à 23 euros, il devait payer en janvier 2011 un ticket modérateur de 6,90 euros (soit près de 50 francs) s'il n'avait pas d'assurance maladie complémentaire. Cela peut expliquer une partie des renoncements aux soins.

Dans son rapport annuel de 2011, le HCAAM souligne l'existence d'une forte dispersion des sommes restant à charge des personnes malades après intervention de l'assurance maladie obligatoire, puisqu'un dixième d'entre elles supportent près de 40 % du reste à charge global (soins de ville et dépenses hospitalières), et que 1 % des malades supporte un reste à charge supérieur à 3 000 euros. Pour le HCAAM : « le débat sur la solidarité entre biens-portants et malades doit prioritairement s'appuyer sur l'observation de la dispersion des restes à charge au lieu de se focaliser sur les taux moyens de remboursement »⁶⁴⁵. D'autant plus qu'un quart des 4,3 millions des bénéficiaires de la CMU-C avaient un reste à charge en 2010⁶⁴⁶.

⁶⁴³ P. KANNER, J.-F. MATTEI, F. SOULAGE. Mettons fin à l'exclusion bancaire. Elle ne cesse de s'étendre en France. *Le Monde*, samedi 3 décembre 2011 – Dimanche 1^{er} – Lundi 2 janvier 2012, p. 18.

⁶⁴⁴ P.-L. BRAS, D. TABUTEAU. *Les assurances maladie*. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p. 80, et D. TABUTEAU. Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics. *Droit social* 2011 ; 12 (704), p. 1278, qui se demande si le taux de remboursement des soins courants n'est pas inférieur à 50 %.

⁶⁴⁵ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *L'assurance maladie face à la crise...* (op. cit.), p. 125.

⁶⁴⁶ P. RICCI. *Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010*. Points de repères. CNAMTS [en ligne]. 2011 ; 35 [réf. du 29 décembre 2011]. 12 pages. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_35.pdf

Pourtant, les franchises et les forfaits ont été augmentés, davantage de médicaments ont été remboursés, les indemnités journalières en cas d'accident du travail ont été baissées et calculées sur le montant de salaire net et non plus sur le salaire brut, et les malades souffrant d'une hypertension artérielle isolée ont été sortis du dispositif de prise en charge des Affections de Longue Durée - ALD (mesure du budget de l'assurance maladie dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale présenté le 28 septembre 2011). La politique économique a une large responsabilité dans l'augmentation des inégalités d'accès aux soins, notamment à partir de la politique économique dite de responsabilisation des usagers⁶⁴⁷.

L'introduction de barrières financières aux soins pour les usagers les plus précaires conduit à un cercle vicieux constitué d'un effet à court terme qui est la sous-consommation ou le renoncement aux soins et à la santé, ce qui peut montrer que la maîtrise des coûts est efficace si ses effets pervers sont passés sous silence, et qu'elle peut être préjudiciable à la santé de ces patients. Seulement sur le court, le moyen et le long terme, ces usagers développeront des pathologies qui ne pourront être prises en charge que dans l'urgence par des traitements lourds et coûteux, ce qui, par un effet boomerang, augmentera les dépenses de l'Assurance maladie⁶⁴⁸.

Si ce n'est pas l'utilisateur, ce sont les professionnels de santé qu'il serait nécessaire de responsabiliser, car ce sont eux qui provoquent la consommation par leurs prescriptions, et les Assurances maladies car ce sont elles qui vont la rembourser ou pas⁶⁴⁹.

La protection complémentaire tend à devenir le pivot de la prise en charge des dépenses de santé. Pour Didier Tabuteau, nous assistons à une « métamorphose silencieuse des assurances maladies » pourvoyeuse d'une « assurance santé inégalitaire »⁶⁵⁰. Les assurances maladies obligatoires laissent la place aux assurances maladies complémentaires, mais dont la protection dépend du statut social et du niveau de revenu. Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé est passée de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Sept pour cent de la population, soit près de quatre millions de Français, souvent dans les catégories sociales

⁶⁴⁷ P. BATIFOULIER, V. PAREL. *Quand la prise en charge des plus démunis devient une nécessité économique*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...*(*op. cit.*), p. 59-70.

⁶⁴⁸ J. P. MACKENBACH, et alii. *Economic costs...*(*op. cit.*), p. 412.

⁶⁴⁹ P. BATIFOULIER, et al. *Quand...*(*op. cit.*), p. 59-70.

⁶⁵⁰ D. TABUTEAU. *La métamorphose silencieuse des assurances maladies*. *Droit social* 2010 ; 1, p. 1-8, et D. TABUTEAU. Préface. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...*(*op. cit.*), p. 3-4.

dont les revenus dépassent de peu le seuil fixé pour l'accès à la CMU, ne pouvaient y accéder en 2008⁶⁵¹.

En outre, le délitement progressif du système de conventionnement a conduit à une multiplication et à l'augmentation des dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2⁶⁵²⁶⁵³, ce qui constitue un des puissants vecteurs de discrimination dans l'accès aux soins⁶⁵⁴. Le secteur 2, dit à honoraires libres, a été créé en 1980 pour ne pas revaloriser les honoraires médicaux. Il est un symbole du retour de l'entente directe sur les tarifs, malgré l'instauration de la Convention nationale médicale de 1971 et des tarifs opposables, mais également d'une remise en cause de l'égalité d'accès aux soins. Le nombre de médecins libéraux en secteur 2 a régulièrement augmenté pour atteindre 25 % en 2006⁶⁵⁵ : dont 8 % de médecins spécialistes en médecine générale ; et 39 % de médecins des autres spécialités, comme 77 % des chirurgiens ou 53 % des gynécologues obstétriciens. De plus, il y a de telles disparités régionales qu'il devient parfois impossible de trouver certains médecins libéraux pratiquant les tarifs de la Sécurité sociale⁶⁵⁶. Les dépassements de tarifs conventionnés ont continué de croître en 2010. Ils ont augmentés de 2,4 % contre 3,9 % en 2009 et 5,8 % en 2007. Si ces dépassements représentaient en moyenne 11,7 % des honoraires des médecins libéraux en 2010, ils étaient de 46 % pour les stomatologues ou 30 % pour les gynécologues⁶⁵⁷. La couverture ou non de ces dépassements d'honoraires par les assurances maladies complémentaires est une nouvelle source d'inégalités qui se cumule aux autres, car les personnes précaires

⁶⁵¹ M. PERRONNIN, A. PIERRE, T. ROCHEREAU. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 161, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-6. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes161.pdf>

⁶⁵² A. BOCOGNANO. Droit au dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2009 ; 69, [réf. du 29 décembre 2011], p. 8-12. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

⁶⁵³ Les dépassements d'honoraires des médecins se sont élevés en 2011 à 2,4 milliards d'euros (2,1 milliards pour les spécialistes et 257 millions pour les omnipraticiens), contre 2,5 milliards en 2010, cité dans APM International. *Les dépassements d'honoraires médicaux restent stables en 2011, à 2,4 milliards d'euros (assurance maladie)*. Le 10 juillet 2012.

⁶⁵⁴ P. ABALLEA, F. BARTOLI, L. ESLOUS, I. YENI. *Les dépassements d'honoraires médicaux*. Rapport RM n°2007-054P. Paris : Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2007.

⁶⁵⁵ CNAMTS. Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006. CNAMTS [en ligne]. *Points de repères*, 2008 ; 23, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MAQUETTE_23_MEDECINS_LIBERAUX_2006.pdf

⁶⁵⁶ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 43-44.

⁶⁵⁷ V. BELLAMY. *Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010*. Série Études et Recherches. DREES [en ligne]. n°786, décembre 2011 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er786-2.pdf>

sont les moins protégées : les plus précaires sont à la fois les plus malades, les moins bien couvertes et celles qui doivent le plus payer pour avoir accès aux soins et à la santé⁶⁵⁸. Soixante treize pourcents des français jugeaient en mars 2012 que la limitation des dépassements d'honoraires devait être une action prioritaire⁶⁵⁹.

L'absence de financement de la prise en charge globale des soins et de la santé, particulièrement pour les patients complexes comme les parturientes précaires⁶⁶⁰, peut amener les responsables du dispositif de santé à réduire les activités et les services qui s'en occupent, car ils peuvent être jugés dépensiers ou moins rentables, moins prestigieux ou moins porteurs d'image de marque⁶⁶¹. Ce sont des effets indésirables de la mise en œuvre des réformes actuelles qui remettent en cause les principes de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, comme le droit à la non-discrimination (Article L. 1110-3) et le droit à l'information sur l'état de santé (Article L. 1111-2).

L'égalité d'accès aux soins et à la santé décroît et se déconstruit, particulièrement pour les patients complexes. Les principes d'égalité et de solidarité sont menacés. L'égalité d'accès aux soins et à la santé doit dépendre de l'état de santé et non pas de la couverture sociale. La santé doit rester un droit pour tous et ne pas être considérée comme un bien marchand.

Paragraphe 3 : Des inégalités d'accès à l'information et des inégalités intergénérationnelles d'accès aux soins et à la santé

Malgré l'article L. 1111-7⁶⁶² de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, plusieurs inégalités d'accès à l'information

⁶⁵⁸ P. BATIFOULIER, et al. *Quand... (op. cit.)*, p. 59-70.

⁶⁵⁹ N. AUZANNEAU, S. CHARDRON. Baromètre Le système de santé français. Version n°2. Rapport. OpinionWay, mars 2012, p. 25, APM International. *Limitation des dépassements d'honoraires : une action jugée prioritaire par 73 % des Français*. Le 2 avril 2012.

⁶⁶⁰ M. BESNIER, D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT, M.-G. GRENOUILLEAU, R. RYMER, E. BARRANGER. Accouchements et handicap social : optimiser la cohérence de l'action publique entre le sanitaire et le social. *Gynécologie obstétrique & fertilité* [en ligne]. 2009 ; 37, [réf. du 29 décembre 2011], p. 131-139. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> et C. MAINPIN, et alii. *Précarité... (op. cit.)*, p. 351-357.

⁶⁶¹ D. CASTIEL, et al. *Réformes hospitalières... (op. cit.)*, p. 52-57.

⁶⁶² Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre

demeurent. Il y a celles qui concernent les informations nécessaires pour que chacun puisse adopter des comportements favorables à la santé, et ce pour l'ensemble des déterminants de la santé, mais également puisse choisir le professionnel de santé, l'établissement ou le traitement le plus adapté. Ces informations devraient être accessibles à tous, notamment par Internet, partout sur le territoire.

En plus de l'information sur l'accès aux droits, chacun doit pouvoir accéder à des informations et des conseils destinés à l'adoption des comportements favorables à sa santé prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé, comme commence à le proposer le site « Ameli-Santé » de l'Assurance maladie⁶⁶³ qui pourrait être développé. Chacun doit pouvoir disposer d'informations afin de pouvoir choisir le professionnel de santé, l'établissement de soins, le traitement et le suivi les plus appropriés, ce qui contribuera à une bonne observance. Le site « Ameli-Direct » de l'Assurance maladie⁶⁶⁴ qui commence à le proposer pourrait être développé. Cela nécessite une information adaptée auprès des différents publics et aux particularités socioculturelles mais également

professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

⁶⁶³ Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/> [consulté le 29 novembre 2011].

⁶⁶⁴ Disponible sur : <http://ameli-direct.ameli.fr/> [consulté le 29 novembre 2011].

une réduction de l'inégalité d'accès à Internet⁶⁶⁵. Ces informations doivent pourtant être accessibles à chacun au sein du territoire et venir en appui des réalisations faites par les ARS pour réduire des inégalités infra-régionales. Dans leur PRS, l'ARS Provence-Alpes Côte d'Azur a par exemple prévu de favoriser l'accès aux outils de prévention en milieu pénitentiaires, et celle d'Alsace prévoit de développer les actions de formation des professionnels en contact avec les patients précaires.

Les travaux sur le génome humain ont permis de découvrir ces dernières années une centaine de milliers de pathologies cancéreuses supplémentaires et peuvent déboucher sur autant de traitements. L'égalité d'accès à ces diagnostics et à ces traitements peut devenir un enjeu pour les assurances maladies et la planification de la santé⁶⁶⁶. L'augmentation de plus en plus importante du nombre d'articles scientifiques publiés par an ne permet plus un suivi individuel ou par de petits groupes. Un site Internet permettant aux utilisateurs de trouver des informations de haute qualité rapidement et facilement pour les aider à prendre les bonnes décisions en santé, est devenu indispensable en France. Ce site pourrait s'inspirer de celui mis en place au Royaume-Uni : « The National Library for Health »⁶⁶⁷. L'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies précise, dans son paragraphe 12, que l'accessibilité de l'information doit être privilégiée⁶⁶⁸.

Les inégalités d'accès à l'information doivent être d'autant plus réduites que des résultats commencent à suggérer l'existence en France d'inégalités intergénérationnelles en santé. Si l'état de santé des descendants reste influencé à l'âge adulte par l'état de santé de leurs parents et leur origine sociale, la profession du père joue principalement par la détermination de la profession du descendant, et la profession de la mère semble en outre avoir un effet direct sur la santé. Le rôle de l'éducation n'est pas à négliger puisque le niveau d'études permet d'atténuer

⁶⁶⁵ J.-A. M. GRAY. *Quel système...* (communication cit.).

⁶⁶⁶ D. KRAUS. *Protection du génome humain et aspects de la propriété intellectuelle*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

⁶⁶⁷ Disponible sur : <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/resources/systserv/national> [consulté le 29 novembre 2011].

⁶⁶⁸ Sous paragraphe b), iv : « l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel ».

nettement les inégalités sociales de santé à l'âge adulte⁶⁶⁹. Il y aurait en plus une prégnance très forte des conditions initiales dans les inégalités de santé⁶⁷⁰. Les comportements à risque adoptés par les parents et les conditions de vie difficiles pendant l'enfance conditionnent les modes de vie des enfants qui influencent à leur tour leur santé sur le long terme⁶⁷¹. La prise en compte de ces inégalités passe par celle de l'ensemble des déterminants de la santé sur plusieurs générations. Le remboursement de certains soins, comme ceux concernant les ALD, est de plus en plus important, ce qui, à budget constant, vient en diminuer le remboursement d'autres, comme celui des dépenses de médecine courante. Cette déformation de la structure des dépenses crée des clivages entre les générations, comme entre les personnes⁶⁷². L'ensemble des renoncements aux soins risque d'augmenter l'effet boomerang de l'accroissement des hospitalisations des dépenses d'assurance maladies à l'avenir. Ce report de charge sur les générations futures peut venir augmenter le clivage entre générations en fonction de leur état de santé. Les dépenses liées à la dépendance et l'augmentation du coût de la vie conduit beaucoup de retraités à s'endetter ou à vivre à crédit, et cela oblige de plus en plus de Français à renoncer à leur héritage pour ne pas payer les dettes de leurs parents décédés. Le nombre de refus a augmenté de 33,5 % depuis 2004 et devrait encore augmenter en 2012 avec l'aggravation de la crise économique et financière⁶⁷³.

L'augmentation des inégalités intergénérationnelles en santé, du fait d'un clivage entre générations en fonction de l'état de santé, du risque de paupérisation intergénérationnelle ou du report de certains financements, remet en cause les principes d'égalité, de solidarité

⁶⁶⁹ M. DEVAUX, F. JUSOT, A. TRANNOY, S. TUBEUF. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2007 ; 118, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/colloques/inegalites/pdf/devaux_jusot_texte.pdf

⁶⁷⁰ TRANNOY A. Les inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. 2008 ; 56 (6S) [réf. du 29 décembre 2011], p. 353-354. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁶⁷¹ D. BRICARD, F. JUSOT, S. TUBEUF. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2010 ; 154, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-6. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

⁶⁷² D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 144.

⁶⁷³ C. ROLLOT. Face aux dettes de leurs parents, de plus en plus de Français renoncent à hériter. *Le Monde*, dimanche 4 – lundi 5 décembre 2011, p. 10.

et de fraternité entre générations. Cela pose la nécessaire prise en compte des inégalités intergénérationnelles d'accès aux soins et à la santé et des solidarités entre générations⁶⁷⁴.

Les crises climatiques et énergétiques, les changements de plus en plus rapides et importants de nos environnements, peuvent imposer des adaptations de nos cellules mettant probablement en jeu des mécanismes épigénétiques⁶⁷⁵. Cela pourrait expliquer des variations intergénérationnelles du nombre de cancers et de patients atteints de troubles de la fertilité ou de pathologies cardiovasculaires, métaboliques, mentales, avérées ou prévisible cette prochaine décennie⁶⁷⁶. Ces maladies pourraient représenter des adaptations. Parler de santé, c'est prendre en compte les adaptations du vivant aux changements, de la cellule aux espèces en passant par l'individu⁶⁷⁷.

Nous pouvons constater une dégradation de l'ensemble des conditions et des ressources préalables indispensables à toute amélioration de la santé, en même temps que le renoncement à des soins de santé pour des raisons financières, des inégalités d'accès à l'information et des inégalités intergénérationnelles d'accès aux soins et à la santé en prenant en compte les mécanismes épigénétiques qui apparaissent. Ces inégalités concernent aussi les conditions de vie et de transport, etc., mais aussi les comportements de santé des personnes précaires^{678,679}. Ces inégalités concernent des personnes qui vivent dans la pauvreté alors même qu'elles ont un emploi et qui doivent faire face à des inégalités d'accès à des droits fondamentaux comme le logement ou les soins. Ces inégalités vont s'aggraver. La complexité du parcours de soins et l'augmentation des difficultés pour y parvenir sont aussi des obstacles que doivent affronter plus d'un usager

⁶⁷⁴ H. DE JOUVENEL. Les patients à l'horizon 2025. In : D. TABUTEAU (dir.). Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. *Office de Prospective en Santé*. Paris : Éditions de Santé/Les Presses de Sciences Po, 2011, p. 73-76.

⁶⁷⁵ J. LE MOAL. *Are complex diseases adaptive responses to environmental changes? A new approach is proposed*. International Conference on environmental epidemiology (ISEE), 5-9 septembre 2007, Mexico.

⁶⁷⁶ UNIVERSITY OF SYDNEY, AUSTRALIAN HEALTH POLICY INSTITUTE, COLUMBIA UNIVERSITY, EARTH INSTITUTE COLOMBIA UNIVERSITY, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, INITIATIVE FOR CARDIOVASCULAR HEALTH RESEARCH. *A Race... (op. cit.)*.

⁶⁷⁷ J. LE MOAL, et alii. La santé environnementale... (*op. cit.*), p. 281-289.

⁶⁷⁸ J. W. LYNCH, G. D. SMITH, G. A. KAPLAN, J. S. HOUSE. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* [en ligne]. 2000 ; 29 (320), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1200-12004. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁶⁷⁹ S. STRINGHINI, et alii. Association... (*op. cit.*), p.1159-1166.

sur dix en France⁶⁸⁰. Selon la théorie de la « désorganisation sociale », la dégradation des déterminants de la santé s'accompagnerait d'un processus de décomposition des institutions sociales locales générateur de stress pouvant notamment mener à la dépression⁶⁸¹. Ces inégalités et ces disparités de santé s'accroissent en France et sont plus importantes que dans la plupart des pays européens⁶⁸², au moment où ces inégalités de santé ont tendance à s'aggraver dans le monde y compris dans les grands pays développés⁶⁸³.

Section 2 : La libéralisation du service public de santé et l'accroissement des inégalités

Revisiter les politiques de santé au niveau infra-régional sous le prisme de la précarité et du concept de « l'insécurité sanitaire », a permis de révéler des faiblesses de l'organisation des soins et de la santé, ainsi que des défaillances du continuum et de la prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé⁶⁸⁴. Cela permet aussi de montrer que le service public (**Paragraphe 1**), les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité sont remis en cause, ainsi que de nombreux Paragraphes de l'Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint du comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : Les fragmentations du service public de santé

Pour Jacques Chevallier, le service public est le mieux capable « de préserver et de garantir les intérêts des administrés [surtout des plus démunis], tout en œuvrant pour la réduction des inégalités sociales [...]. La gestion publique serait [...] socialement

⁶⁸⁰ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Rapport 2009-2010. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale [en ligne]. Paris, 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONPES_2009-2010.pdf

⁶⁸¹ HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités...* (op. cit.), p.44.

⁶⁸² HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France 2002...* (op. cit.), p. 165-166.

⁶⁸³ E. MEARA, S. RICHARDS, D. CUTLER. The Gap Gets Bigger: Changes In Mortality And Life Expectancy, By Education, 1981–2000. *Health Affairs* [en ligne]. 2008 ; 27 (2), [réf. du 29 décembre 2011], p. 350-360. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁶⁸⁴ D. TABUTEAU. *Tribune*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...* (op. cit.), p. 417-420.

la plus efficace : également accessible, fonctionnant au meilleur coût possible »⁶⁸⁵. Le service public (public utilities) est « un agent de redistribution qui doit contribuer à réduire l'ampleur des inégalités sociales »^{686,687}. Il est « la véritable clef de voûte de la construction étatique » qui distingue le public du privé⁶⁸⁸. Cette construction, engagée en France depuis plusieurs siècles, a donné à l'État sa mission de mise en œuvre de la solidarité tout en développant des prestations pour satisfaire les besoins du public, et être au service de l'« intérêt général » et des citoyens. Ces prestations sont des services sociaux, comme le système de protection sociale, les hôpitaux publics ou le logement, mais aussi les services publics anciens qui correspondent à la zone des activités régaliennes comme la justice, les services publics économiques comme les transports, ainsi que les services publics socioculturels comme l'éducation, la culture ou l'environnement⁶⁸⁹. Ces services sont soumis à trois obligations communes et spécifiques qui les distinguent de la gestion privée : les principes de continuité⁶⁹⁰, d'égalité et de mutabilité. La continuité exige notamment un service sans à-coups et sans interruption brutale. L'égalité exige notamment qu'aucune discrimination ou qu'aucun avantage ne soient institués vis-à-vis de certains usagers. La mutabilité implique que les prestations fournies soient toujours adaptées aux besoins et aux nouvelles exigences des usagers, tout en augmentant leur quantité et leur qualité⁶⁹¹.

Pour Jacques Chevallier : « cet État interventionniste garant de la solidarité sociale se démarque profondément de l'État libéral classique »⁶⁹². Cet État « n'a pour fonction

⁶⁸⁵ J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 41.

⁶⁸⁶ J. CHEVALLIER. *Regards...* (op. cit.), p. 15. In : G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 74.

⁶⁸⁷ Selon Gilles J. Guglielmi et Geneviève Koubi, la *notion de service public* possède une double dimension : « celle de la nécessité sociale tout d'abord, tant il est impossible de « vivre ensemble » sans que soient assurés solidairement certaines tâches indispensables à la satisfaction des besoins primaires de tout être humain et des besoins collectifs des populations vivant sur un territoire donné, quel qu'il soit. Celle de la volonté politique ensuite », cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 5 ; Pour Jacques Chevallier, cette « notion de service public a servi de base à la construction d'un État, prenant en charge la satisfaction des besoins collectifs et érigé en instrument privilégié d'intégration sociale. Nulle part ailleurs, elle n'a été élevée à la hauteur d'un véritable mythe, d'une de ces images fondatrices sur lesquelles prend appui l'identité collective », In : J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 130. La *doctrine du service public* est quant à elle issue de l'amalgame entre la conception de G. Jèze pour qui le service public apparaît comme critère du droit administratif, et la conception de L. Duguit pour qui le service public est le support d'une nouvelle théorie de l'État, cité dans J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 16.

⁶⁸⁸ J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 5.

⁶⁸⁹ J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 61-66.

⁶⁹⁰ Qui est le principe essentiel du service public, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 600.

⁶⁹¹ J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 90-91.

⁶⁹² J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 12.

que de servir », en prenant part activement à la gestion du social, et tout en abandonnant sa position d'arbitre. « Le rôle des gouvernants est de travailler à la réalisation et au développement de la solidarité sociale, notamment en prenant en charge les activités d'intérêt général indispensables à la vie collective »⁶⁹³.

Les services sociaux (hôpitaux publics, logement), les services publics anciens (justice), les services publics économiques (transports, travail) et les services publics socioculturels (éducation, culture, environnement)⁶⁹⁴ sont des facteurs fondamentaux déterminants de la santé de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies.

En mettant à mal le service public hospitalier (A) et les principes républicains (B), c'est la promotion des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine, qui est aussi remise en cause⁶⁹⁵.

A : Le service public hospitalier en déshérence

La France a fait le choix d'une gestion privée de la santé, excepté pour le soin avec le service public hospitalier⁶⁹⁶. La loi HPST, quarante années après la consécration de ce service par la loi Boulin⁶⁹⁷, le fait disparaître⁶⁹⁸. C'est pourtant l'une des 3 fonctions publiques qui est ici atteinte⁶⁹⁹, même si l'on peut considérer que le service public se définit traditionnellement par sa double composante organique et matérielle, et que les établissements de santé se définissent par les services qu'ils apportent à la population⁷⁰⁰.

Les missions de service public exercées par le « service public hospitalier » telles que visées par l'article L.6112-1 du code de la santé publique étaient : enseignement universitaire et postuniversitaire, formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, recherche, formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical, actions de médecine préventive et d'éducation, aide médicale d'urgence, lutte contre l'exclusion sociale, soins dispensés aux détenus, soins dispensés aux personnes retenues en

⁶⁹³ J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 22-23.

⁶⁹⁴ J. CHEVALLIER. *Le service...* (op. cit.), p. 61-66.

⁶⁹⁵ Paragraphes 4 et 7 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations-Unis.

⁶⁹⁶ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 8.

⁶⁹⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁶⁹⁸ D. CRISTOL. Service public et hôpital, quarante ans après la loi Boulin. In : E. COUTY, et alii. *La loi HPST...* (op. cit.), p. 73.

⁶⁹⁹ Les 3 fonctions publiques : État, territoriale et hospitalière, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 92.

⁷⁰⁰ J.-M. PONTIER. Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2009 [réf. du 29 décembre 2011], p. 2205. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers, soins aux personnes retenues en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers.

L'article L.6112-1 du code de la santé publique tel que modifié par la Loi HPST reprend et en apporte 4 : la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, les actions de santé publique et la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement. L'article L.6112-1 du code de la santé publique tel que modifié par la Loi HPST renvoi donc a quatorze missions. Prenant en compte que la permanence des soins est « peu fiable, fragile et coûteuse », la Loi HPST propose une réécriture de l'article L.6314-1 du code de la santé publique relatif à la permanence des soins qui devient une « mission de service public ». La loi HPST favorise la mutualisation de la médecine d'urgence exercée dans le cadre du secteur ambulatoire et des établissements de santé. La permanence des soins sera désormais assurée « en collaboration » avec ces établissements et non plus « sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé ». La loi HPST laisse aussi à l'ARS le soin de déterminer : « la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon les modalités définies par décret en Conseil d'État »⁷⁰¹.

Le service public hospitalier tend à être remplacé par des missions de service public. C'est un éclatement du service public, qui en plus, a été saucissonné en un nombre fermé de missions. Cela peut limiter la nécessaire adaptation du service public aux besoins de la population et aller à l'encontre du Paragraphe 9 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies.

Il est prévu que l'ARS puisse couvrir les besoins en attribuant les missions de service public à partir d'un panel d'établissements de santé potentiellement plus important.

Ces missions peuvent être exercées par trois types d'établissements de santé : l'établissement de santé public, l'établissement de santé privé, et l'Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Cette nouvelle classification des établissements de santé n'est qu'une étape, les institutions européennes s'étant montrées dans l'incapacité de parvenir à un consensus sur le régime juridique applicable aux établissements de santé, particulièrement sur la question du

⁷⁰¹ Article L. 1435-5 du code de la santé publique.

financement de l'État. Le fait que les établissements de santé puissent « faire du business » n'apparaît pas certain si l'on considère que l'aspect économique est incompatible avec l'aspect social⁷⁰².

L'article L.6112-2 du code de la santé publique instaure que les établissements de santé comme les centres de santé, les missions de santé et les pôles de santé ; l'Institution nationale des Invalides ; le service de santé des armées ; les groupements de coopération sanitaire ; les autres personnes titulaires d'une organisation d'équipement lourd ; les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnées ; peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer des missions de service public.

Ces établissements de santé devront être volontaires, mais si l'ARS juge qu'il y a carence ou insuffisance sur le territoire de santé, elle peut imposer une mission de service public à un établissement, afin de mieux couvrir les besoins⁷⁰³.

Entre l'annonce de la mise en place des missions de service public en juillet 2009 et la parution du décret en avril 2012⁷⁰⁴, ces missions n'ont pu être attribuées. Elles n'étaient pas mises en œuvre en juillet 2012. Pendant près de 3 ans, c'est le symbole du service public du dispositif de soins et de santé qui a pu être passé sous silence et qui a été mis en « stand by ». Cela peut permettre un retour au service public hospitalier voire à un service public de santé⁷⁰⁵ ou bien, si la mise en place des missions de service public devient effective, achever le rejet de la dynamique de service public dans le domaine sanitaire, lancé depuis les années quatre-vingt dix⁷⁰⁶. De plus, les nouveaux modes de tarification basés sur l'activité ont pu contribuer à la construction d'un service hospitalier qui ne soit plus public, car sélectionnant des usagers, des activités et des services ou fragilisant des hôpitaux locaux au profit des centres hospitaliers universitaires et des cliniques privées⁷⁰⁷. Plusieurs origines complémentaires sont en cause : la fin du financement de la prise en charge globale des usagers et la tentative de convergence entre les tarifs des cliniques

⁷⁰² M. DEGUERGUE. Healthcare establishments. A. LAUDE, D. TABUTEAU (dir). *European Health Code*. Paris : Editions de Santé, 2012, p. 1134.

⁷⁰³ Article L.6112-2 du code de la santé publique.

⁷⁰⁴ Le décret n°2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du code de la santé publique, a été publié en pleine campagne pour la présidentielle.

⁷⁰⁵ Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

⁷⁰⁶ D. CRISTOL. *La concurrence...* (op. cit.), p. 499-511.

⁷⁰⁷ A. DELAS. *L'hôpital...* (op. cit.), p. 111.

privées et des hôpitaux publics⁷⁰⁸. Il se met en place une concurrence exacerbée entre les établissements privés et publics, concurrence jugée pourtant alarmante dès 1993 par Danièle Cristol⁷⁰⁹. Les responsables de la planification des ARS, comme ceux des ARH, en privilégiant la réalisation de contrats sans régulation ni pilotage et sans tenir compte des besoins de santé des populations des territoires de santé, n'ont pas pu remédier aux sélections d'usagers, de services ou d'établissements⁷¹⁰. Le dogme du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux a en plus porté atteinte aux missions de l'État et fait courir le risque d'un « service public à la casse », faisant que la fonction publique d'État a de plus en plus de difficultés à remplir ses missions. Ce service public à l'économie, d'un État qui fait l'économie du service public, a une conséquence directe : sa « dématérialisation laisse les plus démunis et les personnes âgées sur le bord de la route »⁷¹¹.

La mise entre parenthèses des missions de service public d'un système qui était public, et le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux a favorisé la mise de côté de l'urgence de la prise en charge de l'accroissement des inégalités d'accès aux soins, au continuum et à l'ensemble des déterminants de la santé. C'est aussi ainsi que les « grandes manœuvres » du secteur privé sur les pratiques, tout le continuum (prévention, ambulatoire, hôpitaux et cliniques, médico-social, social), et les assurances maladies complémentaires, tant en région qu'en inter-région, ont pu se faire au détriment du service public et de l'égalité d'accès aux soins et à la santé au niveau infra-régional.

Les outils de coopérations⁷¹², que sont les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) instaurées par la loi HPST⁷¹³ et les GCS modifiés par la loi⁷¹⁴, n'ont pas eu le

⁷⁰⁸ Pour un même GHM, les établissements publics et privés recevront le même nombre d'euros. La difficulté peut être que les honoraires médicaux et para-médicaux sont facturés en sus du Groupe Homogène de Séjour (GHS) dans le privé par rapport au public et les usagers pris en charge ne sont pas forcément les mêmes.

⁷⁰⁹ D. CRISTOL. *La concurrence...* (*op. cit.*), p. 249-418.

⁷¹⁰ A. JOURDAIN (dir). *Les SROS...* (*op. cit.*), p. 55.

⁷¹¹ C. MATHIOT. Services publics : un malaise face à l'hémorragie. *Libération*, samedi 16 et dimanche 17 avril 2011, p. 1-4.

⁷¹² Les instruments de coopération qui assistent la recombinaison des offres de soins peuvent faciliter l'apparition de monopoles et d'ententes entre les acteurs de soins, ce qui peut remettre en cause la liberté de choix des patients. Pourtant, en 2006, cela ne préoccupait pas le juge administratif et les autorités de régulation de la concurrence, cité dans M. CORMIER. Mutations et enjeux des coopérations hospitalières. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2006 [réf. du 29 décembre 2011], p. 416. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

⁷¹³ Article L. 6132-1 de l'article 22 du chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique : « Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de

développement escompté⁷¹⁵ et sont à ce titre exemplaires. La logique du marché a pu prédominer sur celle de la santé publique et du service public. Du fait des contraintes liées au retour à l'équilibre, les fusions^{716,717}, les restructurations ou les activités induisant des réductions du nombre de lits, de professionnels et de services ont pu prédominer sur la mise en place de CHT et de l'accès aux soins par le service public et partout⁷¹⁸. Même s'il est vrai que le texte de loi sur les CHT était éloigné des propositions initiales fondées sur le volontariat et l'association égalitaire de tous les partenaires à la définition d'un projet commun⁷¹⁹. C'est cette association égalitaire qui doit être mise en place, de même que des règles permettant de lever les risques des rivalités stratégiques⁷²⁰. Il serait possible de s'inspirer de la loi sur les services de santé et les services sociaux de la Province du Québec⁷²¹ qui permet cela.

Cet ensemble est également préjudiciable à la survie des usagers qui est moindre quand ils sont traités dans des hôpitaux dont les dépenses de soins sont moins élevées, et ce jusqu'à un an après l'hospitalisation, par rapport aux hôpitaux publics dont les dépenses sont plus élevées. Ces derniers hôpitaux ont un nombre d'infirmières plus élevé et un plus grand

communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémedecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire. La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires. Un ou plusieurs établissements médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire ».

⁷¹⁴ Outil de coopération entre le secteur public et privé et entre la ville et l'hôpital (Article L. 6133-1 du code de la santé publique modifié par les articles 27 et 141 de la loi HPST).

⁷¹⁵ C. PAUL, J.-M. ROLLAND. Rapport sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 30 mars 2011, n°3265 [réf. 28 février 2012]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3265.asp>, et A. DELAS. L'hôpital... (*op. cit.*), p. 113.

⁷¹⁶ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET. *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* RM2012-020P. Paris, Inspection générale des finances [en ligne]. Mars 2012 [réf. 25 juillet 2012], p. 5. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

⁷¹⁷ Il y a un bénéfice très incertain tiré des opérations de fusion entre établissements, cité dans V. LIDSKY, et alii. Propositions pour la maîtrise... (*op. cit.*), p. 31.

⁷¹⁸ Les établissements ont cherché une adaptation par le volume plus que par une efficience accrue, cité dans V. LIDSKY, et alii. Propositions pour la maîtrise... (*op. cit.*), p. 48.

⁷¹⁹ E. COUTY, et alii (dir). *La loi HPST...* (*op. cit.*), p. 67.

⁷²⁰ A. DELAS. L'hôpital... (*op. cit.*), p. 113.

⁷²¹ LOIS ET RÉGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2011.

nombre de consultations de spécialistes par hospitalisation, ainsi qu'un meilleur fonctionnement en réseau avec les secteurs ambulatoire et de réadaptation⁷²².

De plus, ces restructurations et fusions hospitalières n'ont pas été systématiquement accompagnées par les ARS afin de s'assurer que les offres qui allaient rester répondaient bien à des besoins de santé infra-régionaux. De même, la concurrence entre le service public hospitalier et les cliniques privées n'a pas été réaménagée⁷²³. La mise en œuvre de programmes de santé publique adaptés à des besoins de santé dans les territoires de santé qui soient différents des programmes nationaux a été peu réalisée. L'administration de la santé n'a pas eu non plus les moyens d'inspection et de contrôle lui permettant d'assurer efficacement ses missions de police sanitaire, de gestion du risque ou de réduction des gaspillages et des fraudes.

Il y a un risque que le dispositif de santé et certaines ARS en particulier, aient pu sacrifier le service public et l'intérêt général au profit d'intérêts stratégiques individuels et personnels. Des travaux de contractualisations ont pu être réalisés au profit des relations réglées par la norme privée (garante de l'intérêt particulier) au détriment de la norme publique (garante de l'intérêt général), masqués par des concertations dirigées⁷²⁴. En mars 2012, il nous a été rapporté par plusieurs sources différentes, que des fonds spéculatifs avaient pris la direction d'établissements de santé à but lucratif à une échelle quasi régionale comme en Auvergne (80 %) ou en Lorraine (60 %). Ce serait un exemple du risque moral et du risque de sélection adverse de la « théorie de l'agence »⁷²⁵ au sein des

⁷²² M. SUHRCKE, E. FUMAGALLI, R. HANCOCK. Is There a Wealth Dividend of Aging Societies? *Public Health Reviews* [en ligne]. 2010 ; 3, [réf. du 29 décembre 2011], p. 377-400. Disponible sur : http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Suhrcke.pdf

⁷²³ Sur le concept de service d'intérêt social par exemple, voir D. CRISTOL. *La concurrence ... (op. cit.)*, p. 511-539.

⁷²⁴ M. BORGETTO. *Le contrat... (op. cit.)*, p. 3-4.

⁷²⁵ Le modèle économique de la « théorie de l'agence », ou « théorie des incitations » ou encore de la « théorie des contrats » peut induire deux risques : un risque moral ou aléa de moralité lorsque le comportement de l'agent est imparfaitement observable, c'est à dire lorsque le responsable n'observe que le résultat de l'action mais pas le niveau d'effort fourni, il peut apparaître ainsi un comportement stratégique de la part de l'agent. L'aléa de moralité, c'est le cas de conscience que se pose l'agent : faire le maximum pour le compte du principal ou bien le maximum pour son intérêt personnel, soit être honnête ou pas. Cet effet va éloigner le résultat d'une situation optimale ; un risque de sélection adverse. Là encore, le gain pour le responsable n'est plus forcément optimal et la relation d'agence peut être détournée au profit de l'agent et donc au détriment du responsable. « Risque moral et sélection adverse peuvent donc coexister dans une même relation d'agence et permettre à chaque instant de nouer, pour un agent, un comportement stratégique, qui fait que le résultat global obtenu est sous – optimal. [...] L'ensemble du système de santé est rempli de relations d'agence : entre le médecin et son patient, entre la tutelle et le médecin, entre la tutelle et l'hôpital [...]. De tels

ARS, en plus des « marges de discrétion » offertes par le système bureaucratique. Cela met encore plus à mal le « sens du service public » et le service public lui-même, et cela peut être un exemple d'un effacement des frontières entre le secteur public et le secteur privé⁷²⁶. Cette théorie de l'agence pour des ARS remplies de relations d'agence, propose un cadre théorique pour comprendre la déconstruction du service public, mais aussi la déconstruction du principe de solidarité. Cette double déconstruction concerne l'accès aux soins et à la santé de certaines populations, les structures et les dispositifs du continuum ainsi que les territoires. Ces déconstructions pourraient s'accumuler et faire apparaître des territoires aux besoins de santé importants mais non couverts. Des hauts responsables en santé publique pourraient faciliter une reconstruction des dispositifs permettant la couverture de ces besoins.

En y ajoutant l'essor paradoxal du phénomène de renoncement aux soins, nous retrouvons une notion de « dilution des services publics » bien plus inquiétante que celle de Didier Tabuteau⁷²⁷, ainsi que les deux évolutions de la pensée libérale dans l'espace du droit de Geneviève Koubi : la reconsidération de la notion de service public pour l'ensemble des usagers en un service sans considération de la qualité du prestataire pour le « public » pris en charge, qui est compris comme une masse indéfinie, et qui confirme la substitution du client à l'usager de service public ; ainsi que l'accroissement de l'individualisation des rapports sociaux et économiques qui invite à penser la prestation de service public ou plutôt d'un service « au » public, comme un « service rendu à la personne »⁷²⁸. Ces évolutions doivent être considérées pour le service public qui est progressivement relégué pour permettre la mise en place d'un marché qui serait seulement fondé sur un ordre

comportements stratégiques nous éloignent nécessairement des principes fondateurs du système de santé [...]. Cette déconstruction a été implicitement voulue, par la recherche et la mise en avant des intérêts stratégiques individuels, y compris ceux du politique, à savoir de tous les acteurs du système de santé, patients compris. [...]. Ce processus de déconstruction de la solidarité est assez surprenant, dans la mesure où d'autres pays, plutôt en retard par rapport à nous en la matière, ont fait le choix inverse : celui d'une construction ou d'une affirmation, selon les cas, d'une solidarité. Même les États-Unis, tardivement, ont suivi ce chemin. Comme quoi, le système le plus libéral est capable de préserver un tant soit peu de solidarité, cité dans D. CASTIEL. Un modèle explicatif : La théorie de l'agence. La déconstruction ou le transfert de la solidarité. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...* (*op. cit.*), p. 47-53.

⁷²⁶ J. CHEVALLIER. *Le service...* (*op. cit.*), p. 45-49.

⁷²⁷ D. TABUTEAU. *Santé et assurance...* (*op. cit.*), p. 1277-1282.

⁷²⁸ G. KOUBI. *La dégénérescence...* (*op. cit.*), p. 168.

marchand⁷²⁹. L'éducation aussi est de moins en moins nationale : par exemple, parmi les enfants de 2 ans, seuls 0,9 % ont une place à l'école en Seine-Saint-Denis contre 13,4 % en moyenne nationale, alors que cette scolarité doit être un accélérateur de réussite⁷³⁰.

Les réformes nationales d'inspiration libérale menées par un État gestionnaire libéral⁷³¹ se font au détriment du service public. Ainsi, pour Geneviève Koubi : « [...] toute la philosophie du service public se flétrit peu à peu, se mettant à distance autant de la notion de solidarité que de l'idée de fraternité qui en étaient les substrats fondateurs »⁷³².

Une possibilité de bilan de ces réformes pourrait être de dire qu'il n'y a pour résultats que les motifs qui les ont engagées, comme le notait Danièle Cristol en 1993 : « [...] gaspillages, difficultés à restructurer le secteur hospitalier, problèmes liés à la démographie médicale, tensions avec les professions de santé, [...difficulté à] surmonter deux handicaps : l'un culturel [...], l'autre décisionnel [...]. Aussi le système dérive-t-il : la France est l'un des pays du monde les plus dépensiers alors que la couverture sociale de la population ne cesse de se réduire »⁷³³. Sauf, qu'entre temps, le service public a été mis à mal, de même que les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité. Ce qui peut être le vrai bilan des réformes engagées depuis 1993.

En somme, il semble que l'ensemble du dispositif de santé ne satisfasse pas aux obligations communes et spécifiques du service public qui sont les principes de continuité, d'égalité et de mutabilité. Il n'y a pas de continuité car il y a des à-coups et des interruptions brutales pour l'ensemble du continuum. Il n'y a pas d'égalité car il y a des discriminations et des avantages vis-à-vis de certains usagers. Il n'y a pas de mutabilité car les prestations fournies ne sont pas adaptées à tous les besoins et à toutes les nouvelles exigences des usagers, et surtout la quantité des services n'est pas au rendez-vous⁷³⁴.

⁷²⁹ A. ALLOUACHE, G. KOUBI. Le service public dans les discours : quelques enjeux. In : R. KOVAR, D. SIMON (dir). *Services publics et communauté européenne : entre l'intérêt général et le marché*. Collection « Les travaux de la CEDECE ». Tome 2. Paris, La Documentation française, 1998, p. 71 et 86.

⁷³⁰ M. BAUMARD. Ecole : les moyens attribués renforcent les inégalités...*(op. cit.)*.

⁷³¹ E. COUTY. *Hôpital public...**(op. cit.)*, p. 47-48.

⁷³² G. KOUBI. La dégénérescence...*(op. cit.)*, p. 168.

⁷³³ D. CRISTOL. *La concurrence...**(op. cit.)*, p. 480.

⁷³⁴ J. CHEVALLIER. *Le service...**(op. cit.)*, p. 90-91.

Il semble que l'État n'ait pas rempli sa mission de mise en œuvre de la solidarité et de développement de prestations pour satisfaire les besoins du public, et être au service de tous les citoyens. Nous ne retrouvons pas l'État « garant de la solidarité sociale [qui] se démarque profondément de l'État libéral classique » de Jacques Chevallier⁷³⁵. Nous ne retrouvons pas non plus que ses gouvernants aient travaillé : « à la réalisation et au développement de la solidarité sociale, notamment en prenant en charge les activités d'intérêt général indispensables à la vie collective »⁷³⁶. Le service public comme « agent de redistribution qui doit contribuer à réduire l'ampleur des inégalités sociales »⁷³⁷, de même que ce « service public à la française » si « attaché à la préservation du lien social et fondamentalement lié à une application générale et intégrale du principe d'égalité entre les citoyens [...et] les collectivités territoriales »⁷³⁸, sont remis en cause.

Cela a pu porter atteinte à la notion de service public telle que définie par Gilles J. Guglielmi et Geneviève Koubi, parce que certaines tâches indispensables à la satisfaction des besoins primaires de tous et dans tous les territoires, comme l'accès aux soins et à la santé, a pu être amoindri, pouvant rendre plus difficile le « vivre ensemble »⁷³⁹. Cela a pu également porter atteinte à la dimension mythique de la notion de service publique ainsi qu'à la possibilité d'un État, prenant en charge la satisfaction des besoins collectifs, et érigé en instrument privilégié d'intégration sociale⁷⁴⁰.

Cela a pu aussi porter atteinte à la doctrine du service public dans sa composante de support d'une nouvelle théorie de l'État⁷⁴¹, et faire penser que le service public n'est pas performant⁷⁴². Le service public n'a pas à faire des bénéfiques. Rappelons que pour l'OMS, la performance des systèmes de santé correspond à leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la réponse aux attentes de la population, ainsi que la

⁷³⁵ J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 12.

⁷³⁶ J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 22-23.

⁷³⁷ J. CHEVALLIER. *Regards...*(*op. cit.*), p. 15, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 74.

⁷³⁸ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 87.

⁷³⁹ G. J. GUGLIELMI et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 5.

⁷⁴⁰ J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 130.

⁷⁴¹ J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 16.

⁷⁴² J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 43-44.

réactivité et l'équité financière du système⁷⁴³. Rappelons que le paiement à la performance des hôpitaux est sans effet sur la mortalité⁷⁴⁴.

Les paragraphes 9⁷⁴⁵, 12⁷⁴⁶, 17⁷⁴⁷, 35⁷⁴⁸ et l'obligation fondamentale 43⁷⁴⁹ de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies sont remis en cause. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, en lien avec l'article 12 du Pacte, pourrait être saisi s'il était montré que le pourcentage d'établissements privés devenait largement supérieur au pourcentage d'établissements publics⁷⁵⁰.

⁷⁴³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...* (op. cit.), p. xi.

⁷⁴⁴ Etude sur 6 ans à laquelle 252 hôpitaux des États-Unis d'Amérique ont participé, A. K. JHA, K. E. JOYNT, E. J. ORAV, A. M. EPSTEIN. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *New England Journal of Medicine* [en ligne]. 2012 ; 26, [réf. du 30 mai 2012], p. 1606-1615. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1112351>

⁷⁴⁵ « Le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ».

⁷⁴⁶ Sous paragraphe a) : « Il doit exister dans l'État [...en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que [...] des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels », et b) : « Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État ».

⁷⁴⁷ « Accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi qu'à l'éducation en matière de santé, la mise en place de programmes réguliers de dépistage, le traitement approprié, de préférence à l'échelon communautaire, des affections, maladies, blessures et incapacités courantes, l'approvisionnement en médicaments essentiels et la fourniture de traitements et de soins appropriés de santé mentale ».

⁷⁴⁸ « L'obligation de protéger le droit à la santé englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'État [...] de veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires [...] ».

⁷⁴⁹ « Les États [...] ont l'obligation fondamentale minimum d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits énoncés dans le Pacte [...]. Il s'agit au minimum : a) De garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ; b) D'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim ; c) D'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable; d) De fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels; e) De veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ».

⁷⁵⁰ La question de la situation hospitalière en Corée du Sud a été évoquée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels lors de sa vingt-cinquième session, à l'occasion de l'examen du deuxième rapport périodique de la Corée du Sud (compte-rendu analytique de la 14ème séance du Comité des droits économiques, sociaux et culturels du Conseil économique et social des Nations Unies, du mardi 1er mai 2001, document E/C.12/2001/SR.14, du 18 mai 2001, page 5, chiffre 19). Les établissements hospitaliers seraient gérés à 90 % par le secteur privé et 10 % par le secteur public. La représentante du gouvernement de la Corée du Sud n'y ayant pas répondu (voir le même document, chiffres 47 et suivants), le Comité dans ses Observations finales du 21 mai 2001

Ces éléments peuvent faire penser au citoyen que la partie « démocratique » du modèle « État libéral démocratique » ne protège plus leur vie ni leurs besoins fondamentaux, comme la santé. Face à un risque de crise du système démocratique et en temps de crise économique à moyen, voire à long terme, le retour au service public peut être une solution. L'urgence de la situation peut amener à proposer la constitution d'un service public pour les établissements sanitaires et médico-sociaux⁷⁵¹ financés par l'Assurance maladie, et d'un secteur privé-privé qui ne le soit pas. La question d'un financement, qui ne peut être la T2A, pour prendre en charge les actions de prévention ou les réseaux sanitaires et sociaux est également posée. La modulation des tarifs en fonction des besoins des territoires, et l'introduction d'Objectifs Régionaux des Dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM) sur la base d'indicateurs de santé publique spécifiques à chaque région, avec la possibilité pour les collectivités locales de compléter les financements nationaux, peuvent être aussi proposées.

Si en France, les réformes d'inspiration libérale se font au détriment du service public, qui a pratiquement disparu du continuum, cela ne semble pourtant pas ressembler à ce qui pourrait être le modèle suivi.

B : La transposition problématique du modèle anglo-saxon

La tendance à la disparition du service public du dispositif des soins et de la santé peut faire penser qu'une transposition du modèle anglo-saxon est en cours, et que le modèle choisi est plus particulièrement celui du système de santé des États-Unis d'Amérique. Si tel

(document E/C.12/1/Add.59) s'est montré préoccupé que les programmes publics dans le domaine de la santé ne concernent pas les zones rurales (chiffre 22). « Le Comité est troublé de constater que la part des crédits budgétaires alloués à la santé est très faible – moins de 1 % – et qu'elle est en baisse. Il est inquiet de la prédominance des centres de santé privés – qui représenteraient plus de 90 % des installations sanitaires du pays, le phénomène s'étant encore accentué à la suite de la crise financière - et des répercussions négatives que cela entraîne pour l'accès à la santé des couches sociales les plus marginalisées » (chiffre 26), in G. MALINVERNI. *La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en droit de la santé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 3 mai 2012.

⁷⁵¹ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Le service public de santé. Une ambition pour la France 2012/2017*. Fédération hospitalière de France [en ligne]. 2012 [réf. du 3 janvier 2012].

est le cas, ce ne serait qu'un alibi car des différences existent entre le dispositif de soins et de santé français et le système de santé des États-Unis d'Amérique (a). Les professionnels de santé publique, les professionnels et les acteurs de santé, les représentants d'associations d'utilisateurs et les citoyens sont déçus (b), ce qui peut aussi poser problème. Mais leurs résistances sont autant d'espoirs d'un retour au service public.

a : Le modèle des États-Unis d'Amérique

Les États-Unis d'Amérique et la France sont deux États qui se démarqueraient des modèles classiques de Beveridge et de Bismarck : le premier en rejetterait la philosophie, et le second en conjuguerait les principes⁷⁵². Quelques éléments généraux explicatifs vont être donnés.

Le modèle de Beveridge est à l'origine de la sécurité sociale, et a notamment été mis en œuvre au Royaume-Uni. Il est régi selon les principes que William Beveridge a posés en 1942 : l'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux - il s'agit de rompre la logique traditionnelle des assurances sociales qui protègent les seuls travailleurs ; l'uniformité des prestations en espèces qui sont fondées davantage sur les besoins que sur les revenus ; le financement par l'impôt ; et l'unicité de l'organisation du système qui est confiée à l'administration publique. Le but est de lutter contre ce qu'il appelle les « cinq grands maux » que sont la pauvreté, l'insalubrité, la maladie, l'ignorance et le chômage. La population bénéficie d'une couverture sociale universelle, d'une aide identique sous la forme de prestations en espèces (maladie, chômage, retraite) et de services gratuits. Le tout est financé par l'impôt et est géré par l'État. Le parlement fixe les budgets et définit la politique de santé. L'utilisateur n'a pas le choix de son praticien ou de son établissement de santé. Suite au National Health Service Act de 1946, loi fondée sur le principe de l'universalité et de la nationalisation, le National Health Service - NHS est instauré en 1948 : il couvre les soins primaires de santé (médecins spécialistes en médecine générale, soins dentaires, soins ophtalmologiques, services

Disponible sur : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Presse/Dossiers-de-presse/Plate-forme-de-la-FHF-Le-service-public-de-sante-une-ambition-pour-la-France-2012-2017>

⁷⁵² D. CRISTOL. *La concurrence...* (op. cit.), p. 421-442.

pharmaceutiques) ainsi que les soins prodigués par des établissements de santé publics (suite à la nationalisation partielle de l'ensemble des hôpitaux, qu'ils soient privés ou municipaux). La gestion est régionale et infra-régionale. L'offre de soins est planifiée. La liberté d'entreprendre n'est pas remise en cause : tout médecin peut s'installer à son compte et tout établissement de santé privé peut être ouvert. La logique de marché qui a été introduite entre 1991 et 1997 a été ensuite abandonnée. Ce sont la qualité des soins et l'accueil des patients qui sont prioritaires et non la maîtrise des dépenses de santé⁷⁵³. Après le Royaume-Uni, le Canada, l'Espagne ou l'Italie ont aussi développé des systèmes de type Beveridgien.

Le modèle Bismarck créé en 1883 est à l'origine des systèmes d'assurance sociale, comme celui de l'Allemagne. Il a été mis en oeuvre au 19^{ième} siècle par le Chancelier Otto Eduard Leopold von Bismarck qui, après la dissolution du parti socialiste et des syndicats, a institutionnalisé la protection sociale qui était précédemment dispensée par de nombreuses « caisses de secours ». Ce modèle est régi selon quatre principes fondamentaux : une protection fondée sur le travail ; une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant ; une protection fondée sur la technique de l'assurance ; et une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes. La protection s'est peu à peu généralisée aux autres catégories de la population et à d'autres risques. Ainsi, la population dispose de cinq branches d'assurance couvrant la maladie, la dépendance, les accidents, le chômage et la pension, ainsi que d'établissements de santé publics, majoritairement financés par les cotisations sociales. Il y a des caisses maladies qui sont des organismes autonomes de droit public et des assurances privées qui se développent. L'État leur a donné un rôle décisionnel croissant mais les a mises en concurrence⁷⁵⁴. Le pourcentage de lits privés (établissements de santé privés) croît depuis 1992 pour atteindre avec la France les taux les plus élevés de lits privés à but lucratif, alors que le Royaume-Uni maintient un taux faible de lits privés à but lucratif, que le Canada n'en dispose pas et que les États-Unis d'Amérique confirment un pourcentage de 89 % de lits à but *non* lucratif⁷⁵⁵. La gestion est régionale et infra-régionale. Après

⁷⁵³ A.-L. LE FAOU. *Les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada*. Collection « Sciences Humaines en Médecine ». Paris : Éditions Ellipses, 2003, p. 137-145 et 208.

⁷⁵⁴ A.-L. LE FAOU. *Les systèmes de santé...*(*op. cit.*), p. 122-128.

⁷⁵⁵ A.-L. LE FAOU. *Les systèmes de santé...*(*op. cit.*), p. 86-87.

l'Allemagne, la Suisse a par exemple également développé un système de type Bismarckien.

Le dispositif de soins et de santé français tenterait de concilier les principes des modèles de Beveridge et de Bismarck : du premier, il retiendrait le principe d'une couverture universelle fondée sur la solidarité nationale ainsi que le service public hospitalier ; du second, il prendrait l'idée d'une assurance professionnelle indépendante de l'État⁷⁵⁶. Ainsi, il associerait systèmes d'assurance maladie et système national de santé⁷⁵⁷. Pour Danièle Cristol, ce dualisme rend le contrôle de l'évolution des coûts de santé difficile car cela dépend de deux cultures en affrontement : les actions de prévention et les établissements de santé publics du modèle Beveridge contre le secteur ambulatoire et les établissements de santé privés du modèle Bismarck⁷⁵⁸.

Par l'abandon du service public hospitalier au profit de missions de services publics non mises en oeuvre, la France tend à s'éloigner du système national de santé dont les producteurs de soins sont assurés par un service public, qui est pourtant moins coûteux et davantage porteur de réduction des inégalités que les systèmes d'assurance sociale⁷⁵⁹. La France s'éloigne du modèle Beveridge dont le plan de sécurité sociale s'inscrit dans une politique d'ensemble visant à éliminer la pauvreté.

Pourtant, il n'y a pas forcément de rapprochement automatique avec le modèle Bismarck puisque l'État ne met par exemple pas réellement en concurrence toutes les assurances maladie.

Une hypothèse qui pourrait être avancée est que ces évolutions peuvent aussi permettre la privatisation du dispositif de soins et de santé, ce qui amènerait alors un changement de conciliation entre modèle : de Beveridge et Bismarck à Bismarck et libéralisme. Ce dernier peut faire penser que le modèle choisi est le système de santé des États-Unis d'Amérique.

Le système américain rejeterait la philosophie des modèles classiques de Beveridge et de Bismarck pour un système d'assurance maladie essentiellement d'inspiration

⁷⁵⁶ D. CRISTOL. *La concurrence...*(*op. cit.*), p. 435.

⁷⁵⁷ P.-L. BRAS, et al. *Les assurances maladie...*(*op. cit.*), p. 19.

⁷⁵⁸ D. CRISTOL. *La concurrence...*(*op. cit.*), p. 438.

⁷⁵⁹ P.-L. BRAS, et al. *Les assurances maladie...*(*op. cit.*), p. 19 et 25, et A.-L. LE FAOU. *Les systèmes de santé...*(*op. cit.*), p. 209.

libérale qui ne repose ni sur le principe d'une couverture universelle ni sur celui d'un financement public. La santé y est un marché où l'État est peu présent. Il y a de multiples systèmes selon les états fédéraux où l'État n'administre ni les institutions dont celles des soins (sauf les Veterans administration), ni les professionnels de santé. Il y a près de 20 % de la population qui ont peu ou aucune couverture maladie malgré les programmes publics⁷⁶⁰. Un processus d'affirmation du principe de solidarité est en cours. Depuis 1965, le programme Medicare permet aux personnes âgées de bénéficier d'une assurance maladie universelle qui fut étendue aux personnes handicapées en 1968. En 1966 est mis en place le programme Medicaid qui permet aux personnes à faible revenu de bénéficier d'une assurance maladie. Ces programmes ont été adaptés au niveau national en fonction de l'évolution des besoins, comme après les attentats du 11 septembre 2001, ainsi qu'au niveau fédéral : l'élan solidaire a sans doute été le plus important dans l'État de l'Orégon. Pour Didier Castiel : « un tel système libéral, au nom même du principe de solidarité, a d'abord cherché à préserver l'accès aux soins pour les plus démunis, les plus âgés et les plus malades »⁷⁶¹. Ce qu'il continue à faire avec la « réforme Obama » qui vise à étendre et renforcer la couverture santé des Américains et à engager des réformes en matière de maîtrise des coûts et de l'amélioration de l'efficacité des prestations de santé. L'« Obamacare » doit permettre à 32 millions d'Américains d'accéder à une couverture santé et doit mettre l'ensemble des assurés à l'abri des pratiques abusives des compagnies d'assurance privées. La couverture universelle du risque maladie devient un objectif possible pour cet État de plus en plus interventionniste⁷⁶².

Deux différences peuvent être cependant relevées entre la France et les États-Unis d'Amérique :

Premièrement, en France, les filets de sécurité pour un accès à des soins de qualité pour « les plus démunis, les plus âgés et les plus malades », soit les patients complexes, ont été amoindris en même temps que la démocratie sanitaire, le bénévolat, la tradition caritative ou l'approche infra-régionale, alors qu'aux États-

⁷⁶⁰ G. DUHAMEL. *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*. Rapport n°2002-073. Paris : Inspection générales des affaires sociales, 2002, p. 5 et 59.

⁷⁶¹ D. CASTIEL. La solidarité aux États-Unis et en Suède. In : D. CASTIEL et al. *Solidarités... (op. cit.)*, p. 55-63.

Unis d'Amérique, un réseau de centres de santé et d'hôpitaux publics, des programmes publics, une tradition caritative et une gestion locale et décentralisée des besoins de santé ont été développés⁷⁶³.

Deuxièmement, l'effort consenti en France en faveur de la santé publique qui a notamment permis la mise en place de l'EHESP, est sans commune mesure avec l'importance de celui réalisé aux États-Unis d'Amérique, en faveur de l'enseignement, de la formation et de la recherche en santé publique⁷⁶⁴. De plus, malgré les CRSA ou les programmes de santé, les expérimentations et les innovations pour améliorer la santé et les pratiques restent difficiles en France⁷⁶⁵, alors que celles réalisées aux États-Unis d'Amérique sont soutenues et ont un retentissement international : « managed care », « Dartmouth Atlas » ou « comparative effectiveness research ».

L'évolution française vers le modèle des États-Unis d'Amérique se fait sans réel filet de sécurité pour les patients complexes, sans assez de santé publique ou de possibilités d'expérimentation et d'innovation pour trouver des solutions aux défis présents et à venir, et sans suffisamment de prévention et d'investissement dans l'organisation infra-régionale. Ce choix est aussi particulier puisque les systèmes des autres pays se réorientent plutôt vers davantage de prévention et d'investissement dans l'organisation⁷⁶⁶.

Il y a un paradoxe entre un État américain qui démocratise la santé alors que l'État français privatise un système solidaire, comme le décrivent Didier Tabuteau et Victor Rodwin⁷⁶⁷. Pour Didier Castiel, il y a une déconstruction de la solidarité en France

⁷⁶² J. DRUCKER. La réforme de la santé aux États-Unis. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2010 : 71, p. 9-12.

⁷⁶³ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...*(*op. cit.*), p. 55 et 140.

⁷⁶⁴ D. TABUTEAU et al. *À la santé...*(*op. cit.*), p. 25, et G. DUHAMEL. *Le système de santé...*(*op. cit.*), p. 60.

⁷⁶⁵ A.-L. LE FAOU, F. LE CREN, P.-H. BRÉCHAT. La prévention en France, aux États-Unis d'Amérique et dans la Province du Québec : Les exemples du déterminant de santé activités physiques et sportives et des seniors. In : J. LONSDORFER, et al. *Consultation...*(*op. cit.*), p. 39-66.

⁷⁶⁶ A.-L. LE FAOU. *Les systèmes de santé...*(*op. cit.*), p. 209.

⁷⁶⁷ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...*(*op. cit.*), p. 145.

alors que d'autres pays qui étaient en retard en la matière ont fait le choix inverse comme les États-Unis d'Amérique⁷⁶⁸.

Sous couvert de ressembler au modèle américain, le dispositif de santé français qui fournissait en 2000 les meilleurs soins de santé généraux selon l'OMS⁷⁶⁹, aurait été sacrifié au profit de la libéralisation du dispositif. L'« Euro Health Consumer Index 2012 »⁷⁷⁰ qui classe les systèmes de soins de santé des pays européens permet de constater que la France recule dans ce classement depuis 2005 pour arriver en 2012 à la huitième place. Les éléments qui paraissent expliquer ce recul sont notamment l'accessibilité aux soins et l'équité du système qui se dégradent, ainsi qu'un accès à l'information par Internet.

Les professionnels de santé publique, les professionnels de santé, les représentants d'associations d'usagers et les citoyens sont déçus.

b : Les incertitudes sociales devant ces évolutions

Avec la création des ARS, les MISP et les PHISP sont devenus les Médecins des ARS, les MARS, et les PHISP des ARS, les PHARS. Les Médecins Inspecteurs Régionaux (MIR), qui coordonnaient les MISP sur une région, ont été supprimés, de même que la Conférence des MIR, qui était l'interlocuteur institutionnel des MISP, notamment auprès du ministère en charge de la santé. Les fusions des services déconcentrés de l'État qui président à la création des ARS bousculent les identités professionnelles. Ces professionnels, et ceux de l'Assurance maladie quand ils travaillent en ARS, les médecins conseils du service médical et les personnels administratifs, ont dû lutter pour privilégier une planification de la santé porteuse du modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé ». Et ce, malgré les conflits qui ont pu apparaître non seulement entre ces professionnels issus d'institutions et porteurs de statuts

⁷⁶⁸ D. CASTIEL. La déconstruction ou le transfert de la solidarité. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...*(*op. cit.*), p. 52.

⁷⁶⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport...*(*op. cit.*), p. 175.

⁷⁷⁰ Ce classement européen des systèmes de santé est réalisé à partir de 42 paramètres qui couvrent 5 domaines tels que les droits et l'information du patient, les délais d'attente pour recevoir un traitement, les résultats des traitements, la prévention, l'étendue des services et leur portée géographique, ainsi que les produits pharmaceutiques. L'Euro Health Consumer Index (EHCI) est

et de cultures professionnelles qui sont différents, mais aussi entre les médecins et les personnels administratifs, ainsi qu'entre les gestionnaires des financements de la Loi Organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 Relative aux Lois de Finances (LOLF). Ces professionnels ont été confrontés à une dynamique de verticalisation et d'affirmation du pouvoir central de l'État les désengageant de leur environnement institutionnel habituel, c'est à dire national, régional et infra-régional, mais également de la prospective, de la concertation et de la démocratie sanitaire. Cette dynamique qui prend appui sur la contractualisation en excluant la régulation et le pilotage⁷⁷¹, interpelle les valeurs traditionnelles du professionnalisme – monopole, autonomie et autorégulation – qui ont structuré les « métiers inspirés » de l'État social, particulièrement dans le secteur de la santé⁷⁷². Ces corps professionnels ont pu souffrir et être comme anesthésiés de ce désengagement imposé, qui ne peut être seulement attribué à la récente mise en place des ARS, mais également du maintien d'un statut peu attractif, sans spécialisation et sans gestion des ressources humaines, comme en planification de la santé, ce qui est pourtant revendiqué depuis une dizaine d'années par leurs organisations syndicales. Ce désengagement est également dû aux moindres possibilités de la prospective en santé, consécutif à la suppression le 6 mars 2006 du Commissariat général du Plan^{773,774}. Le remplacement d'une santé publique interdisciplinaire centrée sur la prospective, la politique, la médecine sociale et la planification de la santé, par une santé publique centrée sur la T2A, l'épidémiologie ou les statistiques, contribue à ce désengagement. C'est en rupture avec l'histoire de la constitution des corps interdisciplinaires de fonctionnaires de santé publique de l'État (MISP, PHISP, IASS ou ingénieurs) au XIX^{ème} siècle⁷⁷⁵

considéré comme un indicateur de référence pour les soins de santé européens, cité dans : <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf> [consulté le 23 août 2012].

⁷⁷¹ A. JOURDAIN (dir). *Les SROS...* (op. cit.), p. 55.

⁷⁷² F. PIERRU, et al. *Planification...* (op. cit.), p. 71-88.

⁷⁷³ Décret n°2006-250 qui officialise la disparition du Commissariat général du Plan créé le 3 janvier 1946 et attaché au chef du gouvernement, au profit du Centre d'analyse stratégique qui fait partie des services du Premier ministre.

⁷⁷⁴ Il y a eu aussi une sous-direction des politiques de santé et stratégies (SD1), et un bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé (SD1A), à la Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère en charge de la santé, entre 2001 et 2005. J'y ai été MISP entre le 26 avril 2001 et le 15 août 2004.

⁷⁷⁵ G. JORLAND. *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Paris : Editions Gallimard, 2010.

Les professionnels des établissements de santé doivent gérer le paradoxe où se situe aujourd'hui l'hôpital, qui évolue entre une vision « républicaine du service public de la santé » et une vision d'« entreprise libérale »^{776,777}. Ils « gèrent la crise » plutôt que de faire de la santé publique⁷⁷⁸. Les principes⁷⁷⁹, les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit peuvent également être remis en cause pour ces professionnels de santé⁷⁸⁰, le néolibéralisme ayant une logique propre qui provoque une crise du sens et des valeurs dans une course en avant « de plus en plus folle »⁷⁸¹. La non-sélection des patients et des services est un enjeu des promoteurs d'un hôpital « républicain de service public de la santé ». Pour eux, le pilotage et l'accroissement de l'efficacité des établissements de santé doivent se faire sans sélection, même indirecte, des patients, notamment ceux ayant des handicaps sociaux ou précaires, ainsi que des services de santé dont ils ont besoin. Le pôle d'activité hospitalier doit être le garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé. Les professionnels de santé peuvent être force de blocage de la mise en place des réformes, comme la nouvelle gouvernance, ce qui peut menacer aussi la couverture des besoins de santé⁷⁸². Cent vingt trois médecins, patients, scientifiques et personnalités des Arts et des Lettres ont signé un manifeste pour l'égalité d'accès à des soins de qualité, une extension du champ de la Sécurité sociale et une promotion de la démocratie sanitaire. Ils ont soumis dix-sept propositions pour une refonte du pacte social républicain de 1945, dans un esprit d'éthique, de qualité et de démocratie. Le service hospitalier public doit être défendu⁷⁸³.

Les représentants d'associations d'usagers ont le sentiment d'être de plus en plus instrumentalisés par l'État et l'Assurance maladie au moment où ils pensent que l'économique se substitue à la santé publique et à la démocratie sanitaire. Cette instrumentalisation tend à les convertir en consommateurs alors qu'ils souhaitent devenir

⁷⁷⁶ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Éléments pour un premier bilan...* (*op. cit.*), p. 614.

⁷⁷⁷ B. MAS, F. PIERRU, N. SMOLSKI, R. TORRIELLI. *L'hôpital en réanimation - Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Collection Savoir/Agir. Lyon, Editions du Croquant, 2011.

⁷⁷⁸ P.-H. BRÉCHAT, A. LEENHARDT, M.-C. MATHIEU-GRENOUILLEAU, R. RYMER, F. MATISSE, D. BARAILLE, P. BEAUFILS. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 22 (5), [réf. du 29 décembre 2011], p. 571. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

⁷⁷⁹ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (*op. cit.*), p. 6.

⁷⁸⁰ M. CAILLOL, et alii. *Réformes...* (*op. cit.*), p. 630-634.

⁷⁸¹ M. ABESCAT. René Passat. *Télérama* 2010 ; 3171, p. 17-20.

⁷⁸² P.-H. BRÉCHAT, J. LEBAS. *Éléments pour un concept avec référentiel : le « centre de santé primaire polyvalent (CSPP) »*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...* (*op. cit.*), p. 355-369.

⁷⁸³ APM International. *Attaqué par la FHP, le monde hospitalier public en appelle aux candidats à l'élection présidentielle*. Le 30 janvier 2012.

davantage co-constructeur du système de santé. Ils signalent qu'ils ont de plus en plus de difficultés pour : obtenir des moyens financiers ; rester indépendant, notamment d'un mouvement d'uniformisation de la représentation des usagers ; participer aux décisions concernant les priorités des politiques de santé, tant régionales que territoriales ; défendre l'accès aux soins et à la santé des patients complexes. Ces représentants d'associations d'usagers, malgré leurs frustrations, se mobilisent pour continuer d'exercer un contre-pouvoir fort, même s'il est limité, et mettre en œuvre des stratégies collectives pour favoriser l'égalité d'accès aux soins et à la santé, comme s'ils étaient davantage protecteurs des activités d'intérêt général que l'État et l'Assurance maladie⁷⁸⁴. Ils alertent sur la globalisation des soins concernant la dialyse qui fait peser un risque de retour à des situations d'inégalités qu'ils ont connues et qu'ils croyaient révolues. Ce sont eux qui ont réalisé la première sollicitation des citoyens pour l'établissement de priorités de santé dans une région et dans ses territoires de santé. Les résultats de ces travaux ont fait l'objet de publications dans des revues scientifiques à comité de lecture, dont une est reconnue au niveau international, mais n'ont pas pu être présentés ni à la CRSA, ni à l'ARS, ni à la préfecture de région, et ni aux collectivités territoriales. Seuls deux des quatorze supports de presses locales et régionales partenaires de la sollicitation en ont publiés les résultats. Aucun des supports de presses, y compris ceux qui étaient partenaires, n'a poussé à ce que ces résultats puissent être pris en compte par l'État et l'Assurance maladie, ce qui a surpris des partenaires étrangers⁷⁸⁵. Les représentants d'associations d'usagers décrivent la diminution des temps de concertation lors de l'élaboration du PRS, que ce soit en commission spécialisée, en commission de coordination, en conférence de territoire, en commission permanente ou en CRSA. Ils décrivent une déconstruction des liens entre l'ARS, les collectivités territoriales, les représentants d'associations d'usagers, les citoyens et les médias concernant les soins et la santé. Comme si les soins et la santé étaient une greffe rejetée par l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales et que ce rejet était passé sous silence. Les représentants d'associations d'usagers, alors qu'ils souhaitent devenir davantage co-décideur de leur santé, décrivent également leurs difficultés pour obtenir des conseils de santé fiables ainsi que des informations pour trouver un professionnel de santé ou un établissement de santé par nom,

⁷⁸⁴ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Représentants...(*op. cit.*), p. 139-142.

⁷⁸⁵ Comme J.A. Muir Gray, directeur du service national des connaissances (National Knowledge Service) du National Health Service (NHS), système de santé public du Royaume-Uni, lors d'une communication orale de Pierre-Henri Bréchat à Reid Hall, Paris, le 19 octobre 2011, dans le cadre des travaux de J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(*communication cit.*).

spécialité, région ou par territoire, d'une façon simple et où chacun peut faire une critique concernant la qualité.

Ces éléments peuvent révéler, comme le décrit Frédéric Pierru : « la mise en place d'une élimination des défenses immunitaires de l'État »⁷⁸⁶, ainsi qu'une disqualification du droit par une série d'obstructions, d'anesthésies et de rejets visant à l'affaiblissement de l'État, du service public, ainsi que des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité.

Paragraphe 2 : Les principes républicains à l'épreuve des dispositifs de santé

Les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité ainsi que de nombreux Paragraphes de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies sont remis en cause (A).

Ces remises en cause sont des conséquences de la « politique de négligence assumée »⁷⁸⁷ d'un État gestionnaire libéral⁷⁸⁸ qui a provoqué un « crash sanitaire »⁷⁸⁹.

Il convient d'investir les modèles qui ont été utilisés en France pour porter cette politique, mais également ceux qui pourraient être utilisés afin de faire des propositions (en Partie II) en faveur d'un territoire de santé publique générateur d'égalité d'accès aux soins et à la santé (B).

A : Les principes

Il y a une déconstruction du principe d'égalité par l'augmentation en nombre et en importance des inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Cette recherche a permis de repérer vingt et une causes d'inégalités d'accès aux soins et à la santé, qui ont pu être classées en huit catégories. Ce repérage permet une approche globale des causes d'inégalités qui intègre les inégalités sociales de santé, mais aussi les inégalités territoriales, d'accès à l'information ou environnementales.

⁷⁸⁶ Utilisé par Frédéric Pierru lors d'un entretien avec Pierre-Henri Bréchat le 9 mars 2012 au Département des Politiques de Santé du Pres Sorbonne Paris Cité.

⁷⁸⁷ D. FASSIN. Les inégalités sociales de santé, un problème français. Dossier : « Krach sanitaire : la crise à quel prix ? ». *Revue Humanitaire* 2012 ; 30, p. 34-35.

⁷⁸⁸ E. COUTY. *Hôpital public...*(*op. cit.*), p. 47-48.

⁷⁸⁹ Titre du dossier : « Krach sanitaire : la crise à quel prix ? » de la *Revue Humanitaire* 2012 ; 30, p. 16-83.

Le nombre de ces inégalités s'accroît, comme peut le montrer le tableau ci-après.

**VINGT ET UNE INEGALITES D'ACCES AUX SOINS ET A SANTE RECENSEES
EN HUIT CATÉGORIES**

1- Inégalités territoriales d'accès aux soins	
1-1	Ensemble du continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social, réseaux de santé »
2- Inégalités sociales d'accès aux soins	
2-1	Patients complexes : précaires, travailleurs pauvres, etc.
3- Inégalités intergénérationnelles d'accès aux soins	
3-1	Inégalités intergénérationnelles en santé
3-2	Clivage entre générations en fonction de l'état de santé
3-3	Effet « boomerang » de l'augmentation des hospitalisations et des dépenses d'assurance maladies pour les prochaines générations
4- Inégalités d'accès aux soins par rupture de la continuité des soins	
4-1	Ensemble du continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social, réseaux de santé »
4-2	Par pathologie (accident vasculaire cérébral ischémique, etc.)
4-3	Par population : patients complexes (personnes âgées, patient atteints de pathologies chroniques, etc.)
4-4	Par activités et services : gériatrie, psychiatrie, médecine interne, PASS, etc. (impact de la T2A et de la nouvelle gouvernance)
5- Inégalités d'accès à la santé et rupture du concept de la « continuité de la santé »	
5-1	Ensemble des déterminants de la santé
6- Inégalités d'accès à l'information	
6-1	Information pour pouvoir choisir d'adopter des comportements favorables à la santé
6-2	Information concernant l'ensemble des déterminants de la santé
6-3	Information pour pouvoir choisir le professionnel de santé, l'établissement ou le traitement le plus adapté
6-4	Information et le suivi pour avoir une bonne observance
6-5	Information la plus adaptée aux particularités socioculturelles
6-6	Inégalité d'accès à Internet
6-7	Information pour bénéficier de tout cela dans le territoire de santé
7- Inégalités financières d'accès aux soins et à la santé	
7-1	En 2010, 8 millions de personnes
7-2	Filets de sécurité (PASS, PRAPS, CMU, ONG et associations)
8- Inégalités internationales d'accès aux soins et à la santé	
8-1	Migrants (AME)
9-1 Inégalités d'accès aux soins et à la santé de tous les êtres (santé environnementale)	

Source : P.-H. BRÉCHAT 2011.

Parmi celles-ci, nous pouvons retenir que 13 % de la population renonce aux soins et à la santé, 133 000 personnes n'ont pas de domicile, 3 millions sont mal logés ou près de 860 000 personnes ont besoin d'associations non gouvernementales pour se nourrir.

Le dispositif de santé qui questionnait quand il était « à deux vitesses »⁷⁹⁰, est passé à cinq vitesses, pour l'accès aux soins et pour l'accès à la santé, comme peut le montrer le schéma ci-après.

ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE

	Accès aux soins	Accès à la santé (ensemble des déterminants de la santé)
1	Ceux qui ont accès aux soins	Ceux qui ont accès à la santé
2	Ceux qui ont difficilement accès aux soins	Ceux qui ont difficilement accès à la santé
3	Ceux qui renoncent aux soins	Ceux qui renoncent à la santé
4	Ceux qui ne peuvent avoir accès qu'aux associations ou aux organisations non gouvernementales	Ceux qui ne peuvent avoir accès qu'aux associations ou aux organisations non gouvernementales
5	Ceux qui n'ont pas accès	Ceux qui n'ont pas accès

Source : P.-H. BRÉCHAT 2011.

Il pourrait également être décrit un dispositif à trois vitesses (ceux qui ont accès aux soins ; ceux qui ont difficilement accès aux soins ; ceux qui ne peuvent avoir accès qu'aux associations ou aux organisations non gouvernementales) duquel une population de plus en plus nombreuse est exclue (ceux qui renoncent aux soins ; ceux qui n'ont pas accès).

L'égalité par la règle de droit⁷⁹¹, qui est pourtant le socle des politiques de santé où de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, est remise en cause.

Les articles L. 1110-1.⁷⁹², L. 1110-3.⁷⁹³ et L. 1110-5.⁷⁹⁴ de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le préambule de la

⁷⁹⁰ D. TRUCHET. *Droit... (op. cit.)*, p. 5.

⁷⁹¹ M. BORGETTO. Le principe d'égalité en droit français. In : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur interprétation sociale*. Collection MIRE. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, p. 41-52.

⁷⁹² « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

⁷⁹³ « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

⁷⁹⁴ « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des

Constitution de la IV^{ième} République du 27 octobre 1946⁷⁹⁵, ainsi que l'article 35 - Protection de la santé du chapitre IV -Solidarité de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000⁷⁹⁶, sont remis en cause. L'article 1^{er} de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789⁷⁹⁷ et la Constitution de l'OMS adoptée en 1946⁷⁹⁸ sont aussi remis en cause. Les paragraphes 3⁷⁹⁹, 8⁸⁰⁰, 17⁸⁰¹, 18⁸⁰², 19⁸⁰³, 34⁸⁰⁴, 35⁸⁰⁵, 36⁸⁰⁶ et 37⁸⁰⁷ de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies sont aussi remis en cause.

connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

⁷⁹⁵ Qui «garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ».

⁷⁹⁶ « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

⁷⁹⁷ « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits ».

⁷⁹⁸ « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

⁷⁹⁹ Droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, d'accès à l'information.

⁸⁰⁰ « Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible ».

⁸⁰¹ Accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention, de traitement, de réadaptation ; mais aussi l'amélioration et l'encouragement de la participation de la population à la mise en place de services de prévention et de soins de santé, notamment dans le domaine de l'organisation du secteur sanitaire et du système d'assurance et, plus particulièrement, sa participation aux décisions politiques.

⁸⁰² « En vertu du paragraphe 2 de l'article 2 et de l'article 3, le Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur [...] le sexe, [...] l'origine [...] sociale, la fortune, la naissance, [...] la situation [...] sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé. Le Comité souligne que nombre de mesures, de même que la plupart des stratégies et programmes visant à éliminer toute discrimination en matière de santé, peuvent être mises en œuvre moyennant des incidences financières minimales grâce à l'adoption, la modification ou l'abrogation de textes législatifs ou à la diffusion d'informations. Le Comité rappelle le paragraphe 12 de l'Observation générale No 3 soulignant que, même en temps de grave pénurie de ressources, les éléments vulnérables de la société doivent être protégés grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques relativement peu coûteux ».

⁸⁰³ Obligation spéciale pour les personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé.

⁸⁰⁴ « Les États sont en particulier liés par l'obligation de *respecter* le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes [...] ».

⁸⁰⁵ « L'obligation de *protéger* le droit à la santé englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'État d'adopter une législation ou de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins [...] ».

Le principe d'égalité qui pourrait être remplacé par un principe d'accessibilité du service public est également remis en cause, puisque le service public est fragilisé et que le désengagement du niveau infra-régional par l'État fait que les offres ne peuvent s'adapter ni aux réalités locales, ni aux besoins de différenciation des usagers⁸⁰⁸.

Pour Pierre Rosanvallon : « l'idée fondatrice d'égalité [...] s'est réduite à une invocation à « réduire les inégalités » si vague qu'elle reste inopérante. [...] On n'a jamais autant parlé de ces inégalités, [et] on n'a jamais aussi peu agi pour les réduire »⁸⁰⁹, car la dimension sociale des inégalités est niée.

Il y a une double déconstruction du principe de solidarité.

En premier lieu, il y a une déconstruction multiple du principe de solidarité qui est le fondement essentiel du service public⁸¹⁰.

Si l'Assurance maladie⁸¹¹, organisme de droit privé ayant une mission de service public, s'est construite depuis 1945 sur les trois principes fondamentaux que sont l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité, le taux de

⁸⁰⁶ « L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé requiert des États parties, entre autres, de lui faire une place suffisante dans le système politique et juridique national (de préférence par l'adoption d'un texte législatif) et de se doter d'une politique nationale de la santé comprenant un plan détaillé tendant à lui donner effet. Les États sont tenus d'assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, et de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé [...] ».

⁸⁰⁷ « L'obligation de *faciliter* l'exercice du droit à la santé requiert des États [...] d'*assurer* l'exercice d'un droit donné énoncé dans le Pacte lorsqu'un particulier ou un groupe de particuliers sont incapables, pour des raisons échappant à leur contrôle, d'exercer ce droit avec les moyens dont ils disposent », « de *promouvoir* le droit à la santé requiert de l'État qu'il mène des actions tendant à assurer, maintenir ou rétablir la santé de la population. De cette obligation découlent donc les suivantes : i) améliorer la connaissance des facteurs favorisant l'obtention de résultats positifs en matière de santé [...] ; ii) veiller à ce que les services de santé soient adaptés au contexte culturel et que le personnel dispensant les soins de santé [...] ; iii) honorer les obligations qui incombent à l'État s'agissant de diffuser une information appropriée sur les modes de vie sains et une nutrition saine, les pratiques traditionnelles nocives et la disponibilité des services ; iv) aider les intéressés à faire des choix en connaissance de cause dans le domaine de la santé ».

⁸⁰⁸ G. KOUBI. La territorialisation du service public, atteinte à l'égalité devant le service public ? In : M. LONG (dir). *Egalité et services publics territoriaux*. Collection « décentralisation et développement local ». Paris : Éditions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2005, p. 27-40.

⁸⁰⁹ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon. L'idée fondatrice d'égalité est en passe de devenir une coquille vide. L'entretien. *Télérama* ; 3218, 14 septembre 2011, p. 18-20.

⁸¹⁰ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit... (op. cit.)*, p. 699.

⁸¹¹ Le régime général de la sécurité sociale s'organise en différentes branches : maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, retraite, famille et recouvrement. L'Assurance maladie est constituée de trois principaux régimes : le régime général (CNAMTS), le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Il y a aussi des régimes spécifiques.

remboursement global des soins et biens médicaux était arrivé à environ 81 % en 1980, pour atteindre 75 % au cours des années 1990-2000⁸¹². Pourtant, alors que « les incertitudes et les inquiétudes de la population sont les plus grands, [et] que le principe de solidarité doit, plus que jamais trouver à s'appliquer »⁸¹³ : le taux de remboursement global pour les soins courants a vraisemblablement chuté de 67,3 à moins de 50 % en 2012⁸¹⁴, sans parler des soins dentaires et des lunettes ; 4 millions de Français ne peuvent accéder à une assurance maladie complémentaire⁸¹⁵ ; 13 % de la population, soit 8 millions de personnes s'imposaient en 2010 des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux, alors qu'ils étaient 3 % il y a 30 ans⁸¹⁶ ; et les filets de sécurité pour l'accès aux soins et à la santé, comme la CMU, la PASS ou le PRAPS, n'ont pas été pas renforcés. Le degré de socialisation publique des dépenses de santé a chuté en France, et il ne permet plus de garantir collectivement l'accès aux soins. En même temps, la maîtrise des dépenses de santé s'est traduite par le recul de la part de l'Assurance maladie dans le financement de la consommation de biens et de services médicaux. Ce désengagement de l'Assurance maladie a des conséquences sur l'accès individuel aux soins⁸¹⁷. Comme le montre Didier Castiel, la déconstruction de la solidarité pour les plus défavorisés peut s'être faite lors de la déconstruction du social au profit du sanitaire qui serait en train d'être libéralisé. A chacune de ces étapes, la conséquence en a été l'exclusion des plus défavorisés induisant pour eux une perte de chance d'être soignés, de bénéficier d'un accès au continuum et d'actions concernant l'ensemble des déterminants de la santé⁸¹⁸. Cela remet en cause l'article L. 111-2-1. de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, puisque l'État n'affirme plus son attachement au caractère « solidaire de l'Assurance maladie », et qu'il ne garantit plus « l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire ». Cela remet en cause le préambule de la Constitution de la IV^{ième} République du 27 octobre 1946. Cela remet en cause l'article 34 –Sécurité sociale et aide sociale du chapitre IV -Solidarité de la charte des

⁸¹² En 2005, les dépenses hospitalières étaient couvertes en moyenne à 93,6 %, les soins ambulatoires à 67,3 % et les biens médicaux à 63,2 %, cité dans P.-L. BRAS. Financement des soins : prise en charge de la maladie. In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité... (op. cit.)*, p. 245.

⁸¹³ D. TABUTEAU. Santé et assurance... (*op. cit.*), p. 1282.

⁸¹⁴ D. TABUTEAU. Santé et assurance... (*op. cit.*), p. 1278.

⁸¹⁵ M. PERRONNIN, et alii. La complémentaire... (*op. cit.*), p. 1-6.

⁸¹⁶ R. BIGOT. *L'opinion... (op. cit.)*, p. 4.

⁸¹⁷ R. MARIÉ. Financement des dépenses de santé et accès aux soins. *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 2, p. 312-321.

droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000⁸¹⁹, l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen du 10 décembre 1948⁸²⁰, ainsi que les paragraphes 8⁸²¹, 12 [b) iii)]⁸²² et 19⁸²³ de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies.

Il y a aussi une déconstruction de « la mise en œuvre de la solidarité, [que] la République [...] met au service du progrès de la société et [où] l'État trouve [...] sa mission »⁸²⁴. L'État et le service public semblent désertier le territoire infra-régional, l'ensemble du continuum : prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, les secteurs médico-social et social, ainsi que les déterminants de la santé. Cet abandon semble être réalisé sans réelle organisation ni tuilage ou remplacement, notamment avec les collectivités territoriales, ce qui fait que la santé pourrait devenir un sujet potentiellement explosif dont personne ne voudrait. Ce « non man's land » bénéficierait au secteur privé et à ceux qui peuvent se l'offrir. Ceci est d'autant plus préoccupant qu'un autre phénomène concernant les citoyens est à prendre en compte : si les citoyens s'expriment et questionnent les autorités, via les

⁸¹⁸ D. CASTIEL. La déconstruction ou le transfert de la solidarité. In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...* (op. cit.), p. 44-46.

⁸¹⁹ « 1. L'Union reconnaît et respecte le droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux assurant une protection dans des cas tels que la maternité, la maladie, les accidents du travail, la dépendance ou la vieillesse, ainsi qu'en cas de perte d'emploi, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales. 2. Toute personne qui réside et se déplace légalement à l'intérieur de l'Union a droit aux prestations de sécurité sociale et aux avantages sociaux, conformément au droit communautaire et aux législations et pratiques nationales. 3. Afin de lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Union reconnaît et respecte le droit à une aide sociale et à une aide au logement destinées à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales ».

⁸²⁰ « Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ».

⁸²¹ « Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible ».

⁸²² « Les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés ».

⁸²³ « L'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé est un aspect du droit à la santé sur lequel il convient d'insister. Les États ont pour obligation spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, ainsi que d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins de santé et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé ».

⁸²⁴ J. DONZELOT. *L'invention du social...* (op. cit.), p. 12.

messageries électroniques ou les blogs, ils investissent de moins en moins la citoyenneté sociale. Pour Pierre Rosanvallon : « aujourd'hui, les espaces fréquentés aussi bien par les riches que par les pauvres se font rares, de même que les expériences de vie commune, à l'exception peut-être des stades de foot »⁸²⁵. Les lieux de citoyenneté sociale ou de mixité sociale, comme les CRSA permettent de moins en moins ces expériences de vie commune et la citoyenneté sociale. Comme si là aussi, les institutions représentatives censées exprimer la volonté générale se désinvestissaient de la responsabilité de l'égalité et de la solidarité.

Le principe de fraternité peut être examiné au prisme de la déshumanisation. Les patients complexes, qu'ils soient précaires, atteints de pathologies chroniques, âgés, etc., ont des besoins de soins et de santé qui sont de plus en plus difficilement pris en charge. La sélection de ces patients, des activités et des services dont ont besoin ces patients, parce que leur prise en charge est insuffisamment rémunérée, fait que le dispositif de soins et de santé les rejette, ce qui participe à la construction d'une démocratie⁸²⁶ sans fraternité⁸²⁷. Certaines municipalités publient des arrêtés contre la mendicité ou interdisent la fouille des poubelles, sans proposer d'autres solutions⁸²⁸. Il y a une tendance, comme l'écrit Pierre Rosanvallon à une « mise hors humanité » d'une partie de la population⁸²⁹.

L'augmentation des inégalités intergénérationnelles en santé, du fait d'un clivage entre générations en fonction de l'état de santé, du risque de paupérisation intergénérationnelle ou du report de certains financements, participe à la mise à mal du principe de fraternité entre générations.

⁸²⁵ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon... (*op. cit.*), p 22.

⁸²⁶ Au sens de Pierre Rosanvallon pour qui l'idée démocratique a « trois dimensions : elle se matérialise d'abord sans les institutions représentatives censées exprimer la volonté générale. Elle s'incarne aussi dans une culture publique, autrement dit la façon dont les citoyens se sentent responsables de leur liberté, s'informent et interpellent les pouvoirs - toute une « activité civique » aujourd'hui bien vivante : jamais les citoyens ne se sont autant exprimés (notamment par les blogs), jamais ils n'ont autant questionné les autorités. Mais la démocratie, c'est aussi une forme de société, le projet de créer un monde de semblables. Or le peuple fait aujourd'hui de moins en moins corps, la citoyenneté sociale régresse. L'insupportable croissance des inégalités est à la fois l'indice et le moteur de ce déchirement. Le problème est que si l'on a jamais autant parlé des inégalités, on a jamais aussi peu agit pour les réduire. Cette contradiction s'explique par une sorte d'évitement de l'idéal démocratique », cité dans O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon... (*op. cit.*), p 18-19.

⁸²⁷ M. BORGETTO. *La notion de fraternité en droit public français - Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*. Paris : Éditions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 1993, p. 594-619.

⁸²⁸ ET LES AUTRES. Des pauvres privés de vivres ! *Le journal de la fondation Abbé Pierre* 2012 ; 74, p. 20.

⁸²⁹ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (*op. cit.*), p. 11-23.

Cela remet en cause : la constitution du 4 novembre 1848, qui promeut la notion de fraternité comme principe constitutionnel, et affirme notamment un devoir d'assistance et l'engagement de la société à mettre en place des institutions de protection et de solidarité ; la devise « Liberté, Egalité, Fraternité » définie comme un « principe » de la République⁸³⁰ ; le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946⁸³¹ ; la constitution française du 4 octobre 1958⁸³² qui est le fondement juridique de la Cinquième République française ; et l'article 1^{er} de la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948⁸³³.

La fraternité, comme l'écrit Michel Borgetto : « constitue sur le plan politique, un principe absolument nécessaire à la Démocratie [...], car au contraire d'autres concepts, [il est le plus armé] pour lutter contre certaines attitudes d'intolérance et de racisme »⁸³⁴. Il ne s'agit pas d'un principe général « susceptible de s'imposer à l'Administration voire au législateur et susceptible, en cas de violation, d'entraîner la censure par le juge de telle décision ou de telle règle de droit. Par principe général, il s'agira d'entendre l'une de ces affirmations premières dont « on tire un certain nombre de conséquences », c'est à dire l'une de ces « idées-forces » qui sont la base de l'organisation sociale et qui, en tant que leur fonction ou leur finalité essentielle est surtout d'inspirer le législateur voire le constituant, apparaissent davantage comme des principes d'action politique que comme des principes juridiques ayant force contraignante et obligatoire »^{835,836}. Posée dès le début de la Révolution française comme affirmation première, l'idée de fraternité est un principe réellement inspirateur du droit public français, qui fonctionne toujours, deux siècles plus tard, comme tel. « Sa capacité à persister dans l'univers politique et juridique contemporain comme principe susceptible d'inspirer et inspirant effectivement les gouvernements parle à l'évidence pour elle. [C'est] le signe même de ce qu'elle est

⁸³⁰ Cette devise est réinscrite sur le fronton des édifices publics à l'occasion de la célébration du 14 juillet 1880.

⁸³¹ Article 2 [...] La devise de la République est « Liberté, Egalité, Fraternité ».

⁸³² Article Préambule : « Le Peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'Homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils sont définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans la Charte de l'environnement de 2004. En vertu de ces principes et de celui de la libre détermination des peuples, la République offre aux territoires d'outre-mer qui manifestent la volonté d'y adhérer des institutions nouvelles fondées sur l'idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité et conçues en vue de leur évolution démocratique ». Article 2 « [...] La devise de la République est « Liberté, Egalité, Fraternité » ».

⁸³³ « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ».

⁸³⁴ M. BORGETTO. *La notion de... (op. cit.)* p. 594-619.

⁸³⁵ M. BORGETTO. *La notion de... (op. cit.)*, p. 135-136.

véritablement : à savoir non seulement un enjeu du Pouvoir et un objet de Droit. Mais aussi et surtout une nécessité consubstantielle à toute vie en société, et particulièrement à toute vie en Démocratie »⁸³⁷.

Les professionnels de santé, les usagers⁸³⁸, ainsi qu'une partie de la société française font le constat d'un « abandon démocratique » qui génère la « France des invisibles », la « France d'à côté » ou l'idée que « deux France suivent des chemins opposés », et qu'ils font marche arrière⁸³⁹. La remise en cause du principe de fraternité, complétant les remises en cause des principes de solidarité et de fraternité, peut accentuer une tendance à la dénationalisation des démocraties⁸⁴⁰.

Deux exemples peuvent montrer que la fraternité est aussi un enjeu du Pouvoir et un objet de Droit. Le 16 juillet 2009, le Conseil constitutionnel a notamment déclaré que huit articles⁸⁴¹ de la proposition de loi HPST étaient contraire à la Constitution, dont plusieurs

⁸³⁶ Les textes pour illustrer ce propos sont nombreux, et sont cités dans M. BORGETTO. *La notion de...* (op. cit.), p. 136-143.

⁸³⁷ « Intuition que les philosophes et révolutionnaires du 18^{ème} siècle avaient eue en leur temps et qui, à l'aube du 21^{ème} siècle demeure, par la force des choses, toujours aussi juste, actuelle et incontournable ». Les textes pour illustrer ce propos sont nombreux, et sont cités dans M. BORGETTO. *La notion de...* (op. cit.), p. 640.

⁸³⁸ M. CAILLOL, et alii. *Réformes...* (op. cit.), p. 625-636.

⁸³⁹ F. MIQUET-MARTY. *Les oubliés de la démocratie*. Paris : Éditions Michalon, 2011, In : F. FRESSOZ, et al. La colère sourde des Français « invisibles ». *Le Monde*, mercredi 7 décembre 2011, p. 1 et 13.

⁸⁴⁰ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (op. cit.), p. 11-22.

⁸⁴¹ L'article 16 de la loi insérait dans le code de la santé publique un article L. 6152-7 prévoyant des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel ; Dans l'article 17, les mots « coordonnées par cette dernière et » ont été sanctionnés. C'est une mesure concernant la certification des comptes des établissements publics de santé qui a ainsi été mise en cause. Pour le Conseil constitutionnel, « en conférant à la Cour des comptes le pouvoir de coordonner les modalités des certifications par les commissaires aux comptes, sans fixer l'étendue et les limites de ce pouvoir, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence » ; Le II de l'article 38 devait permettre une expérimentation « dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse tendant à autoriser les pharmaciens d'officine ayant reçu une formation spécifique à délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception œstroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire » ; L'article 44 prévoyait de modifier le code de la Sécurité sociale pour changer la dénomination de l'École nationale supérieure de sécurité sociale ; Le rejet du III concernant le développement des dossiers médicaux électroniques remis aux patients. Le code de la santé publique ne se verra pas adjoindre dans l'immédiat un article L. 1111-20 afin que certains bénéficiaires de l'assurance maladie domiciliés dans certaines régions puissent recevoir, à titre expérimental, leur dossier médical enregistré sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques ; Des expérimentations, dans certaines régions et pour une période limitée, devaient permettre à des assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans de pouvoir bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, en dispense d'avance de frais, grâce à l'article 55. Ce ne sera pas le cas ; Le III de l'article 86 prévoyait qu'« Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de cette expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuse ». Une telle

dispositions à caractère expérimental, au motif que le législateur n'avait pas fixé de délai ni précisé les modalités d'évaluation⁸⁴². Le 4 août 2011, le Conseil constitutionnel a censuré 25 articles en totalité, et 4 partiellement, sur les 65 articles de la loi sur le système de santé adopté le 13 juillet 2011 par le Parlement, dite « loi Fourcade ». La haute juridiction a indiqué que l'ensemble des dispositions censurées « avaient été adoptées selon une procédure contraire à la Constitution ». Parmi les dispositions censurées, nous pouvons citer le paragraphe II à IV sur les conditions d'attribution des missions de services public aux établissements de santé. Il s'agissait notamment de l'identification de six missions de services publics devant faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire par l'ARS, de l'appel à candidature en cas de non-couverture des besoins de la population et par dérogation au code des marchés publics pour cette procédure. Si la fraternité est bien un enjeu du Pouvoir et un objet de Droit, elle est également une nécessité consubstantielle à toute vie en société, et particulièrement à toute vie en Démocratie : si les niveaux de vie et le patrimoine des personnes les plus aisées continuent de progresser alors que ceux des personnes les plus modestes cessent d'augmenter plus rapidement que ceux des niveaux de vie intermédiaires⁸⁴³, notre gouvernement républicain risque de ne plus être une démocratie mais une aristocratie⁸⁴⁴.

Cela peut justifier la « refondation de l'idée d'égalité » proposée par Pierre Rosanvallon⁸⁴⁵, qui peut intégrer aussi la refondation de l'idée de solidarité et de fraternité. Pour Michel Borgetto et al : « mise en question sur le terrain de sa cohésion, notre société se voit sommée d'actualiser les principes fondateurs de liberté, d'égalité et de fraternité en repensant, via notamment la protection sociale, les formes de solidarité à privilégier »⁸⁴⁶,

expérimentation n'aura donc pas lieu ; La présidence du conseil de surveillance des agences régionales de santé ne pourra pas être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé, à titre expérimental.

⁸⁴² Par exemple le II de l'article 38. « Considérant qu'aux termes de l'article 37-1 de la Constitution : " La loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental " ; que, si, sur le fondement de cette disposition, le Parlement peut autoriser, dans la perspective de leur éventuelle généralisation, des expérimentations dérogeant, pour un objet et une durée limités, au principe d'égalité devant la loi, il doit en définir de façon suffisamment précise l'objet et les conditions et ne pas méconnaître les autres exigences de valeur constitutionnelle ».

⁸⁴³ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *Revenus... (op. cit.)*.

⁸⁴⁴ MONTESQUIEU. *de l'esprit des lois*. Tome 1. Nouveaux classiques Larousse. Paris : Librairie Larousse, 1974, p. 57-58.

⁸⁴⁵ P. ROSANVALLON. *La société des égaux... (op. cit.)*, p. 11-23.

⁸⁴⁶ M. BORGETTO, et al. *Droit de l'aide... (op. cit.)*, p. 690.

tout en refondant une politique de santé, comme le propose Didier Tabuteau⁸⁴⁷. Cette politique peut poursuivre la prise en compte d'une égalité plus concrète, comme explicitement admis par le législateur dans l'article 147 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les inégalités, qui instaure une modulation des tarifs en fonction des ressources de l'utilisateur et du nombre de personnes vivant au foyer⁸⁴⁸.

Si plusieurs paragraphes de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies sont remis en cause, il peut être en plus considéré que le budget à la santé et les ressources publiques ont été affectées à mauvais escient, de telle sorte qu'il a été « impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé, tout particulièrement les éléments vulnérables ou marginalisés de la population » (Paragraphe 52) ; l'obligation « fondamentale minimum d'assurer, au moins, des soins primaires essentiels » n'est pas réalisée (Paragraphe 43) ; et l'obligation de respecter le droit à la santé est remise en cause (Paragraphe 34) ; notamment parce que l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous n'est pas réalisée (Paragraphes 18 et 19) ; le paragraphe 4 peut être remis en cause, car les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, qui sont des obligations incombant aux États parties comme la France, ne sont pas pris en compte. Il peut y avoir un manquement à l'obligation de respecter, car il peut être considéré que l'État s'est soustrait « à l'obligation de respecter par des actions, des politiques ou bien des lois contraires aux normes énoncées à l'article 12 du Pacte et susceptibles de provoquer des atteintes à l'intégrité physique, une morbidité inutile et une mortalité qu'il serait possible de prévenir » notamment par « le déni d'accès aux équipements sanitaires et aux divers autres biens et services en rapport avec la santé dont sont victimes certains individus ou groupes sous l'effet d'une discrimination *de jure* ou de facto » (Paragraphe 50) ; d'autant plus, qu'il y aurait des mesures rétrogrades s'agissant du droit à la santé (Paragraphe 32).

Quelques éléments explicatifs à ces remises en cause peuvent être donnés.

⁸⁴⁷ D. TABUTEAU. Loi de santé publique et politique de santé. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 2, [réf. du 29 décembre 2011], p. 253-264. Disponible sur : <http://www.cairn.info/> et D. TABUTEAU. Loi HPST... (*op. cit.*), p. 79-90.

⁸⁴⁸ Comme M. BORGETTO, cette solution est privilégiée à l'égalité purement formelle qui se traduit par des tarifs uniformes applicables à chaque usager, cité dans M. BORGETTO. Sur quels principes

B : Les modèles

Les remises en cause précédentes peuvent être des dommages issus de logiques à l'œuvre pour un changement de modèle.

Le modèle « revenu, précarité, accès aux soins » est mis en opposition au modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé »⁸⁴⁹.

La question des inégalités est restée centrée en France sur une précarité appréhendée dans ses dimensions comptables par des indicateurs de pauvreté monétaire, et qui est uniquement prise en charge sous l'angle de l'accès aux soins. Cela a favorisé la mise en place du modèle « revenu, précarité, accès aux soins », qui est le modèle dominant, et ce malgré de nombreux travaux nationaux qui promeuvent depuis 1992 un modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé »⁸⁵⁰. C'est ainsi que le concept de « l'accès aux soins des plus démunis » a notamment été mis en place par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, qui a institué les PASS et les PRAPS, et par la loi portant création d'une couverture universelle, qui a permis la mise en œuvre de la CMU en 1999. En 1992, les centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie ont été réorientés vers les populations précaires. La comparaison des actions données par le modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé » à celles du modèle « revenu, précarité, accès aux soins » montre que ces dernières sont rares. Cela est expliqué par les enjeux politiques et idéologiques qui sont liés à la nature du système social et économique : l'inégalité sociale concerne les classes et les catégories socioprofessionnelles qui sont hiérarchisées du point de vue de la richesse matérielle, du savoir et du pouvoir, ce qui est renforcé par le complexe médico-industriel.

bâtir une politique social ? Petit inventaire des choix possibles. *Informations sociales* 2010 ; 157, p. 16.

⁸⁴⁹ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction... (*op. cit.*), p. 135-138.

⁸⁵⁰ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction... (*op. cit.*), p. 119-134.

Une illustration de ces enjeux peut être donnée à travers deux des scénarios du rapport de Raymond Soubie de 1993 : le scénario « soins techniques » contre le scénario « santé organisée »⁸⁵¹. Nous pouvons constater en 2012 que le scénario « soins techniques » a été globalement mis en place. Si grâce à la non-discrimination inscrite dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁸⁵² les employeurs et assureurs ne peuvent utiliser les techniques de prédiction avant de contracter⁸⁵³, c'est tout ce scénario, et pas seulement l'accès aux techniques nouvelles, qui bénéficie à de moins en moins d'usagers, le nombre des exclus et de ceux qui y renoncent augmentant. Les centres de soins ambulatoires ne se sont pas multipliés comme prévu. Les actions sur les facteurs sociaux et environnementaux et les pathologies qui leurs sont liées n'ont pas été non plus développées malgré des connaissances sur les risques individuels de maladies. Si le scénario « soins techniques » a été mis en place, ce n'est pas le cas du scénario « santé organisée ». Cela peut illustrer l'affrontement qui a eu lieu depuis 1993 entre un modèle de « consommation des soins » et le modèle « produire de la santé »⁸⁵⁴. Le scénario « soins techniques » peut ne plus pouvoir répondre aux enjeux de santé publique d'aujourd'hui et de demain, car le contexte de 1993 qui pouvait favoriser ce scénario a changé, et peut obliger la mise en œuvre du scénario « santé organisée » et/ou celui du modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé ».

Les modèles « concurrentiel-marchand » ainsi que « technique et descendant » sont mis en opposition contre le modèle « politique et ascendant ».

Le dispositif de santé a été traversé par deux modèles de politique publique distincts : le premier, « technique et descendant » affirme un niveau national prenant les décisions, cantonnant les ARS à un rôle de relais ; le second modèle est, à l'inverse, « politique et ascendant », c'est à dire basé sur un processus de définition des besoins de santé et de concertations locales qui permet de définir des priorités⁸⁵⁵. A cette typologie qui a été

⁸⁵¹ R. SOUBIE. *Santé 2010...*(*op. cit.*), p. 261-265.

⁸⁵² Articles L. 1110-3 et Art. L. 1141-1 du code de la santé publique.

⁸⁵³ L'exclusion des personnes à risque élevé n'est ainsi pas devenu un nouveau problème social comme le prévoyait ce scénario.

⁸⁵⁴ R.-G. EVANS, G. STODDART. *Producing health, consuming health care*. Population health program. Canadian institute for advanced research 1990 ; working paper n°6, cité dans R. SOUBIE. *Santé 2010...*(*op. cit.*), p. 137.

⁸⁵⁵ P. MOSSE. *Les restructurations...*(*op. cit.*), p. 11-26.

élaborée à la fin des années 1990, un troisième modèle « concurrentiel-marchand » pouvait être ajouté en 2012, afin de marquer le tournant « libéral » de la politique de santé⁸⁵⁶.

Des pouvoirs publics voulant mener une politique libérale, peuvent s'appuyer sur les modèles « technique et descendant » ainsi que « concurrentiel-marchand », sans prendre en compte le modèle « politique et ascendant ». Cela peut en effet permettre à un État gestionnaire libéral⁸⁵⁷ de restructurer le continuum de façon autoritaire, via les ARS, au moyen d'une planification de la santé « à minima » et d'une contractualisation étendue, et ce, au détriment du service public. Surtout si le modèle « politique et ascendant » est mis en sourdine comme, par exemple par la non prise en compte du territoire infra-régional, la restriction du processus de définition des besoins de santé et de concertations locales, le non-développement de la démocratie sanitaire, la non-résolution des tensions entre professionnels de santé publique des ARS et des professionnels de santé des établissements de santé⁸⁵⁸ (ou la réduction de la capacité de ces professionnels à se mobiliser et à défendre les populations et les activités qui leur sont traditionnellement dévolues), et la réduction des contrôles et des inspections. Ce nouveau modèle « technique - descendant et concurrentiel - marchand » impose l'extension de la contractualisation qui ne peut être dissociée de l'affirmation de pouvoirs nationaux forts qui visent à mobiliser chacun des échelons de la ligne hiérarchique, du régional au responsable de pôle d'activité hospitalier⁸⁵⁹, voire du professionnel, autour des objectifs affichés par le niveau national et relayé par les ARS. Cela éloigne la possibilité d'adapter le dispositif à des besoins locaux, constat fait depuis 2007⁸⁶⁰. Cette matrice n'est pas complètement mise en œuvre par les niveaux national et régional, et particulièrement au niveau infra-régional : la contractualisation et la délégation de gestion n'ont pas été effectives au sein de tous les pôles d'activités, et un équilibre entre santé publique et régulation économique reste à trouver⁸⁶¹.

⁸⁵⁶ F. PIERRU, et al. Planification...(*op. cit.*), p. 79.

⁸⁵⁷ E. COUTY. *Hôpital public...*(*op. cit.*), p. 47-48.

⁸⁵⁸ P.-H. BRÉCHAT, et al. Des pôles...(*op. cit.*), p. 571-580.

⁸⁵⁹ P.-H. BRÉCHAT, K. STEBLER-WATIER, E. SALINES, R. RYMER, D. BERTRAND, C. DE SINGLY. Pour un management des politiques de santé publique. *Gestions hospitalières* 2009 ; 488, p. 424-434.

⁸⁶⁰ A. JOURDAIN. (dir). *Les SROS...*(*op. cit.*), p. 55.

⁸⁶¹ F. PIERRU, et al. Planification...(*op. cit.*), p. 84-85.

Il y a un changement de modèle du dispositif de santé notamment depuis 1996-2001⁸⁶². Le dispositif qui entre 1991 et 2001 alliait territorialisation, choix des priorités de santé publique, concertation, démocratie participative et justice égalitariste, a été remplacé par un dispositif qui se caractérise par l'affirmation d'un pouvoir central, l'économie, la technicisation et la contractualisation. Ce dernier a eu tendance à mettre en place les modèles actuels : « soins techniques », « consommation des soins » et « technique - descendant et concurrentiel -marchand », plutôt que les modèles : « santé organisée », « produire de la santé », et « politique et ascendant ». Cela peut expliquer que, malgré de nombreuses données et possibilités, il n'y a pas eu de politique de réductions des inégalités de santé, tant sociales que territoriales^{863,864}. Le système de santé français semble bien prisonnier d'une histoire qui s'est construite pendant deux siècles, sur une succession de malentendus et de rendez-vous manqués⁸⁶⁵.

L'affrontement entre ces deux modèles, selon Michel Borgetto, ne fait « que renvoyer aux deux fonctions que l'État assume en France depuis longtemps et qui lui sont consubstantiellement liées : orienter, aider et protéger, d'un côté ; surveiller, encadrer et contrôler, de l'autre ». Il y aurait alors affrontement des deux composantes du modèle de l'État libéral démocratique⁸⁶⁶, qui tendrait à tourner à l'avantage de la partie « libérale », au détriment de la partie « démocratique ».

Face aux enjeux de ces logiques à l'œuvre, les lieux favorisant l'accès à la connaissance tout en permettant le débat scientifique et le débat de société avec le haut responsable en santé publique, l'usager, l'élu et le citoyen doivent être développés au niveau tant national, régional, qu'infra-régional⁸⁶⁷. C'est ainsi que pourra être améliorée la prise des « bonnes décisions » dans un environnement en évolution rapide et complexe qui « multiplie les

⁸⁶² M. CAILLOL, et alii. Réformes...(*op. cit.*), p. 627-629.

⁸⁶³ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction...(*op. cit.*), p. 143-138.

⁸⁶⁴ F. BOURDILLON, E. GRASS. *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Rapport du séminaire de travail « Réduire les inégalités sociales de santé ». Collection « Séminaires ». Paris : Editions de Santé & Presses de Sciences Po, 2012, p. 3-4.

⁸⁶⁵ D. TABUTEAU. *Pouvoirs...*(*op. cit.*), p. 103-121.

⁸⁶⁶ M. BORGETTO. *Le droit de l'action sociale entre Etat providence et Etat vigile : d'hier à aujourd'hui. Pratique et éthique médicales à l'épreuve des politiques sécuritaires*. Paris : Éditions de la santé, coll. « Verbatim santé », 2010, p. 19-43.

⁸⁶⁷ D. TABUTEAU. *Le Pres Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé*. Communication orale. Journée de travail du Département des politiques de santé. Paris, le 23 novembre 2011.

interactions qui pouvaient être traitées indépendamment les unes des autres. Il est nécessaire de parvenir, selon Claude Got, à « utiliser la compréhension des erreurs d'État pour progresser dans l'évaluation des décideurs »⁸⁶⁸. Les hauts responsables en santé publique doivent être formés à la santé publique et à la mise en œuvre des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, pour favoriser notamment l'aptitude à prendre des décisions pour l'ensemble de la population et le long terme. Selon Claude Got, il est important « comprendre ce qui se passe entre les intentions et les résultats. C'est à ce niveau que se produisent les malfaçons et que s'expriment les malversations. Les premières témoignent d'une faiblesse du savoir-faire, les secondes de l'emploi de références contraires à l'intérêt de la collectivité »⁸⁶⁹.

Comme R.-G. Evans et al, la question du but du dispositif de soins et de santé peut être posée : « produire de la santé ou consommer des soins ? ». Les éléments de la première partie peuvent montrer que le dispositif de soins et de santé est dans une dynamique de consommation des soins développée au détriment de la continuité des soins et de la continuité de la santé, notamment pour les patients complexes. Il pourrait être posé que la consommation des soins pour d'autres patients, dits « simples » et pouvant s'offrir un système de santé dérégulé et plus onéreux, a été préservée à budget constant en sacrifiant non seulement les populations « complexes », mais aussi la prévention, le médico-social et le social, ainsi que le service public, et ce malgré les récentes crises économiques et financières qui augmentent la précarisation de la société. Non seulement, comme l'a montré R.-G. Evans et al : « une expansion excessive du système de soins peut avoir des effets négatifs non seulement sur le bien-être de la population, mais même sur sa santé »⁸⁷⁰, mais également sur l'économie si l'on tient compte de l'effet boomerang de l'augmentation des hospitalisations et des dépenses d'assurance maladie⁸⁷¹. Nos héritages que sont les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, ainsi que le service public sont menacés.

Le scénario « santé organisée » du rapport de Raymond Soubie de 1993 semble le plus à même de répondre, à l'urgence d'une santé égalitaire et solidaire promouvant

⁸⁶⁸ C. GOT Claude. *Comment tuer l'Etat. Précis de malfaçons et de malversations*. Paris : Editions Bayard, 2005, p. 205.

⁸⁶⁹ C. GOT Claude. *Comment ... (op. cit.)*, p. 5.

⁸⁷⁰ R.-G. EVANS, et al. *Producing... (op. cit.)*.

⁸⁷¹ J.-P. MACKENBACH, et alii. *Economic costs... (op. cit.)*, p. 412-419.

les droits de l'homme, et qui puisse « produire de la santé »⁸⁷². Un secteur « privé-privé » pourrait en plus être développé, et les professionnels être amenés par l'État et l'Assurance maladie à faire des arbitrages entre les techniques et pouvoir devoir se justifier sur ces choix. Les techniques préventives ayant démontré leur efficacité, comme la Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS)⁸⁷³, seront aussi développées. Et les instances médico-sociales seront des pivots du territoire de santé publique, de la continuité des soins, ainsi que de la continuité de la santé. Ce scénario « santé organisé » peut être complété par le scénario III du Commissariat général du plan de 1983 dans lequel la région devient le maître d'œuvre de sa politique en ayant la pleine responsabilité d'une enveloppe financière, l'ORDAM, constitué d'une fraction de l'enveloppe nationale votée par le parlement, l'ONDAM. Les ARS peuvent faire appel à la fiscalité locale pour compléter les enveloppes⁸⁷⁴.

Pour parvenir à la nécessaire refondation de notre système de santé de d'Assurance maladie, des propositions concrètes et structurées complémentaires, porteuses d'idées novatrices au sein d'une vision d'ensemble pour un projet de société, peuvent être faites. Pour que l'État dans le domaine de la santé soit le garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, de la solidarité nationale et de la fraternité, ainsi que d'un service public de santé performant⁸⁷⁵. Pour que l'État intègre à sa préoccupation de l'équilibre comptable du budget de l'Assurance maladie, des interrogations sur les finalités, sur la validité des modèles, la pertinence des moyens et sur l'adaptation des structures et du système. Pour que l'État termine sa révolution culturelle, organisationnelle et éthique, et que le combat commun pour la santé de toute la population constitue une motivation forte et unifiante⁸⁷⁶. Pour que l'État termine sa reprise en main de la régulation de l'offre de soins et de santé ! Pour que cette indispensable affirmation du pouvoir central puisse organiser un système de santé porteur d'amélioration de l'état de santé de toute la population dans tous les territoires infra-régionaux avec le consentement actif de la population ! En effet, comme l'écrit Pierre-Gerlier Forest : « la confiance peut revenir. Mais elle repose en

⁸⁷² R. SOUBIE. *Santé 2010...*(*op. cit.*), p. 67-69.

⁸⁷³ J. LONSDORFER, et al. *Consultation...*(*op. cit.*).

⁸⁷⁴ GIRAUD, et alii. *La santé choisie...*(*op. cit.*), p. 107-112.

⁸⁷⁵ A. RODIER. Education, santé : l'Etat pourra-t-il rester le garant de la solidarité nationale ? Dossier Economie. *Le Monde*, mardi 13 septembre 2011, p. 5.

⁸⁷⁶ F. GREMY. *Histoire ...*(*op. cit.*), p. 67-68.

dernière instance sur le consentement actif de la population. [...] Des centaines d'expériences ont montré de manière probante qu'il est possible de fonctionner d'une autre manière et qu'un consensus profond et durable peut en résulter »⁸⁷⁷.

⁸⁷⁷ P.-G. FOREST. Le pouvoir, les incitations, la confiance. In : J.-C. HENRARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*[en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 58-59. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Le dispositif de santé français qui a les meilleurs soins de santé généraux selon l'OMS⁸⁷⁸, qui retient le principe d'une couverture universelle fondée sur la solidarité nationale, et qui garantit à tous, grâce à des filets de sécurité comme les PASS, les PRAPS et de la CMU, n'est plus qu'une façade. Le « meilleur système de santé du monde » et son modèle « revenu, précarité, accès aux soins » ont vécu.

Le principe d'égalité est remis en cause : il y a de plus en plus de déserts médicaux ; 8 millions de personnes renoncent aux soins et à la santé à cause de leurs coûts, et ce malgré la CMU ; les patients complexes, que sont les patients précaires, les personnes âgées ou les patients atteints de pathologies chroniques, ont de plus en plus de difficulté à être soignés ; les PASS, les PRAPS ou les réseaux n'ont pas été renforcés ; la prévention n'est pas pour tous ; la part sociale des soins a été exclue de l'ensemble du continuum pour ceux qui ne peuvent se l'offrir ; 133 000 personnes n'ont pas de domicile ; 3 millions sont mal logés ; et près de 860 000 personnes ont besoin d'associations non gouvernementales pour se nourrir.

Il y a une double remise en cause de la solidarité : 4 millions de français, souvent dans les catégories sociales dont les revenus dépassent de peu le seuil fixé pour l'accès à la CMU, ne peuvent accéder à une assurance maladie complémentaire ; le service public hospitalier a été éclaté en missions de service public par la loi HPST de 2009, qui en plus, n'étaient pas attribuées en juillet 2012. Le service public à l'hôpital a ainsi pu être passé sous silence, mis en « stand by », achevant le rejet de la dynamique de service public dans le domaine de la santé, lancé depuis les années quatre-vingt dix. De plus, les nouveaux modes de tarification et de gouvernance ont pu contribuer à la construction d'un service hospitalier qui ne soit plus public, car sélectionnant des usagers, des activités ou des services dont ont notamment besoin les patients complexes.

⁸⁷⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...*(*op. cit.*), p. 175.

Ces sélections font que le dispositif de soins et de santé peut rejeter ces patients, ce qui participe à la construction d'une démocratie sans fraternité.

Le territoire de santé est le porteur de ces évolutions mais aussi d'un paradoxe.

D'un côté, même si la question de l'échelle ou des données à prendre en compte fait débat⁸⁷⁹, le territoire de santé peut être caractérisé par de nombreuses données consacrant sa complexité. Il commence bien à favoriser l'appréhension de la santé à partir des réalités particulières de l'espace que se font des groupes d'individus en fonction d'appropriations, à la fois économique, politique, sociale ou historique⁸⁸⁰. Il est un élément du processus de légitimation du « local » qui permet la reconnaissance des inégalités d'accès aux soins et à la santé⁸⁸¹. Le territoire de santé favorise ainsi l'agencement entre les composantes du continuum et certains déterminants de la santé (santé au travail, santé en milieu scolaire), y compris pour des personnes en état de précarité. Le territoire de santé semble être devenu un outil essentiel au service de l'État qui peut lui permettre de structurer une prise en charge globale de la population⁸⁸² afin d'améliorer partout son état de santé.

Pourtant, d'un autre côté, cela ne semble pas être le cas, du fait notamment d'un désengagement multiple du niveau infra-régional par l'ARS : le nombre de territoires de santé a diminué de 32,1 % par rapport à celui des ARH, leur taille moyenne est passé à 605 000 habitants alors qu'il était de 374 000 habitants avec des petits territoires de moins de 200 000 habitants. L'ARS a réalisé des partenariats en fonction du type de collectivité territoriale espéré comme partenaire, au détriment d'une approche globale par besoins de santé de la population prenant en compte l'ensemble des partenaires. Ces travaux ont été réalisés avec peu de données concernant les besoins de santé des territoires infra-régionaux, et sans débat véritable au sein des conférences de territoire ou des CRSA. Il n'y a pas eu de développement d'outils et de services pouvant permettre au directeur général d'ARS, alors que ce fut le cas pour le directeur d'ARH, de mettre en place et d'évaluer une politique de santé publique infra-régionale. L'ARS a mis plus de deux années après le vote de la loi pour devenir pleinement opérationnelle, du fait du maintien de la dichotomie entre

⁸⁷⁹ J.-M. AMAT-ROSE. La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote* 2011 ; 143, p. 13-32..

⁸⁸⁰ G. DI MEO. *Les territoires au quotidien*. Paris : Editions L'Harmattan, 1996, p. 40.

⁸⁸¹ N. MARTIN-PAPINEAU (dir). *Les territoires de santé*. Université de Poitiers. Collection de la Faculté de droit et des sciences sociales. Paris : Editions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2009.

l'État et l'Assurance maladie⁸⁸³. L'ARS a privilégié le niveau infra-régional pour répondre aux impératifs de la RGPP, faisant qu'il y a de moins en moins de professionnels de santé publique fonctionnaires de l'État – comme les MISP, les PHISP ou les IASS - en infra-régional. Cela touche aussi les professionnels de l'Assurance maladie, notamment les médecins conseils au service contentieux et répression des fraudes.

L'ARS a peu participé à la mise en œuvre de la politique de la ville, et de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales déconnectant l'ARS de l'intercommunalité qui porte pourtant sur la recherche de territoires pertinents et la mutualisation de services et d'équipements qui peuvent concourir à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cela peut remettre en cause les Paragraphes 27 et 43 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Les conflits potentiels entre le directeur général d'ARS, le préfet et les responsables des collectivités territoriales à propos de la prévention, du secteur médico-social et social ou de la cohérence de l'action de l'État dans la région, n'ont pas favorisé l'investissement coordonné et efficace du niveau infra-régional, de même que la déconnexion du sanitaire et du social qui a été maintenue, et à laquelle a été ajouté la déconnexion du médico-social et du social.

Le territoire de santé ne peut pas être le garant du continuum et des actions répondant en infra-régional aux besoins de santé de la population à partir de l'ensemble des déterminants de la santé. En effet, il est en plus mis en œuvre par une planification de la santé « à minima » qui s'attache à organiser des prises en charge ou des dispositifs sanitaires segmentés, à partir de nombreux guides méthodologiques, de nouveaux zonages qui complexifient le territoire pertinent en santé publique, et d'un nombre croissant de nouveaux contrats. Le territoire de santé a essentiellement favorisé la mise en place d'un outil de régulation sanitaire qui veille au maillage, à la gradation et à l'accessibilité des soins, à partir de peu de données sur les besoins de santé de la population, de peu de concertation sociale, et de peu de participation à la réforme des collectivités territoriales et à la politique de la ville. Cette planification de la santé « à

⁸⁸² M. COLDEFY, V. LUCAS-GABRIELLI. Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ?. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2012 ; 175, [réf. du 11 mai 2011], p. 8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes175.pdf>

⁸⁸³ J.-L. VIDANA. *Les agences...*(*op. cit.*), p. 273-279.

minima » ne peut permettre la prévision des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés d'amélioration de l'état de santé de la population par territoire de santé, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives.

Le territoire de santé a été par contre le terrain des « grandes manœuvres » du secteur privé dans tous les secteurs du continuum, au niveau des assurances maladies complémentaires, et pour tous les déterminants de la santé, et ce au détriment du service public et de l'égalité d'accès aux soins et à la santé au niveau infra-régional. Le citoyen et l'utilisateur peuvent y être remplacés par le consommateur.

Le désengagement du territoire infra-régional par l'ARS est une source de frustrations, de désengagements et de résistances des représentants d'associations d'utilisateurs et des professionnels de santé vis à vis de l'État et de l'Assurance maladie. Ce désengagement et ces résistances sont aussi porteurs du risque que l'État et l'Assurance maladie perdent des possibilités de réduire les inégalités alors qu'elles sont en augmentation.

Le volet territorial de la loi HPST est bien une tentative de régionalisation « en trompe-l'œil » de la santé publique⁸⁸⁴

Le territoire de santé est le symbole de l'aggravation des inégalités d'accès aux soins et à la santé. Il est le symbole de la remise en cause du service public, des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, ainsi que de la cohésion sociale et de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Le territoire de santé n'est pas le territoire pertinent car il n'est pas suffisamment irrigué par le droit⁸⁸⁵. Comme il est peu transformé par la concertation interdisciplinaire, il favorise peu l'agencement des ressources capables de structurer les conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'un collectif social et d'informer en retour cet individu ou ce collectif sur sa propre identité. Cela a pu participer à la fragilisation de l'identité collective de groupes d'individus, ainsi qu'à l'agencement des ressources matérielles et symboliques auquel ils avaient pu participer pour structurer leurs conditions pratiques d'existence⁸⁸⁶. Ce qui fait que le territoire de santé n'est pas non plus le plus efficace pour améliorer l'état de santé de toute la population et partout. Il est davantage porteur du désengagement de l'État et de l'Assurance maladie pour l'ensemble

⁸⁸⁴ D. TABUTEAU. Politiques...(*op. cit.*), p. 7.

⁸⁸⁵ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 16.

⁸⁸⁶ B. DEBARBIEUX. Territoire...(*op. cit.*), p. 910.

du continuum et des déterminants de la santé. Le territoire de santé n'est pas le porteur d'un système (system⁸⁸⁷) de santé qui est public (public utilities) et qui est en capacité d'organiser en infra-régional des réseaux (network⁸⁸⁸), des parcours de soins et de santé (pathway⁸⁸⁹), à performance et à plus-value plus importantes en fonction de la ressource investie (value⁸⁹⁰)⁸⁹¹, et permettant la mise en place et l'évaluation d'une politique⁸⁹² de santé publique. Le territoire de santé n'est pas non plus le porteur d'une politique de santé publique pour tous et partout. Il consomme la rupture entre le sanitaire et le social, et entre le médico-social et le social. La santé publique n'y est pas suivie par les financements⁸⁹³, le droit des personnes n'y est pas intégré et il y a peu d'organisations interrégionales et régionales pour des formations et des enseignements de haut niveau en santé publique. Le territoire de santé est le signe d'une nouvelle « défaite de la santé publique »⁸⁹⁴.

Le territoire de santé est le théâtre du bras de fer qui se joue au sein du modèle « État libéral démocratique », où la partie « libérale » met à mal la partie « démocratique ». L'ARS de « première génération », « plus libérale que démocratique », n'y a pas pour priorité la prise en compte des besoins de santé de la population et la préservation du droit de la santé garant de la partie « démocratique ». L'ARS n'a que peu utilisée la « boîte à outils » de la loi HPST en faveur de l'amélioration de l'état de santé de toute la population et partout. Les résultats des objectifs stratégiques nationaux des ARS telles que : « contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé » ou « Assurer un meilleur accès aux soins » ; et des priorités nationales telles que : « promouvoir l'égalité devant la santé »

⁸⁸⁷ Un système est un ensemble d'activités ayant une série d'objectifs communs et un rapport annuel, in : 21st Century Glossary. Disponible sur : www.ocht-glossary.net/system [consulté le 21 novembre 2011].

⁸⁸⁸ Cité dans 21st Century Glossary. Disponible sur : www.ocht-glossary.net/network [consulté le 21 novembre 2011].

⁸⁸⁹ Un parcours (pathway) de soins ou de santé est organisé pour les usagers généralement suivis par le réseau et le système, cité dans J.-A. M. GRAY. *Quel système... (communication cit.)*.

⁸⁹⁰ La valeur peut correspondre à la production d'une plus grande plus-value en fonction de la ressource investie, cité dans J.-A. M. GRAY. *How To Get Better Value... (op. cit.)*, p. 1-136.

⁸⁹¹ J.-A. M. GRAY. *La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI^{ème} siècle*. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011.

⁸⁹² Une politique est la réponse qu'une société démocratique donne à des fins collectives avec des ressources publiques, cité dans <http://www.ocht-glossary.net/policies> [consulté le 21 décembre 2011]. Cette politique est caractérisée par des objectifs publics, des instruments spécifiques et des budgets dédiés, cité par J.-A. M. GRAY. *Quel système... (communication cit.)*.

⁸⁹³ D. TABUTEAU. *Le Parlement et la santé*. Communication orale. Les Tribune de la santé. Chaire Santé de Sciences Po. Paris, le 16 décembre 2011.

⁸⁹⁴ Issu du titre de l'ouvrage d'Aquilino Morelle sur « l'affaire du sang contaminé » de 1991, premier signe de la faillite du système français de santé publique. A. MORELLE. *La défaite de la santé publique*. Paris : Editions Flammarion, 1996.

ou « développer un système de santé de qualité accessible et efficient » ; mais également les résultats des objectifs nationaux comme : « réduire les inégalités territoriales et sociales de santé » ou « optimiser l'organisation de la permanence des soins », et « développer des parcours de soins et de vie des personnes âgées et des personnes handicapées »⁸⁹⁵, sont améliorables.

Ce sont autant d'éléments qui peuvent illustrer le « scénario de la dérive »⁸⁹⁶ de Didier Tabuteau : conflits au sein des ARS ; suppression du service public hospitalier ; dissolution des équipes de prévention et de santé publique ; absence de plus en plus importante de la médecine de ville de certains territoires et de certains quartiers ; et importance de plus en plus grande des assurances maladies complémentaires. Ce sont aussi autant d'éléments qui peuvent illustrer le concept de « l'insécurité sanitaire » qui a permis de révéler « les faiblesses de l'organisation de la santé, les carences de la santé publique, les renoncements de l'assurance maladie et les défaillances de l'articulation entre le social et le sanitaire »⁸⁹⁷.

Ces évolutions sont le résultat d'une « politique de négligence assumée »⁸⁹⁸, qui, malgré les alertes, n'a pas procédé aux corrections efficaces nécessaires. L'émergence d'un État gestionnaire libéral⁸⁹⁹ a mis en place des réformes sanitaires d'inspiration libérale⁹⁰⁰ déconnectées des besoins d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout, notamment au niveau infra-régional. C'est une nouvelle étape, malgré des résistances, de la désacralisation du service public notamment hospitalier⁹⁰¹, et de la déconstruction d'un État providence démocratique⁹⁰².

Il n'a finalement pas été si difficile d'organiser un retrait de l'État providence en France⁹⁰³, et le « politique » a pu y être actif⁹⁰⁴, bien secondé par l'échelon régional.

⁸⁹⁵ SMART PHARMA CONSULTING. *Agences...* (op. cit.), p. 4-6.

⁸⁹⁶ D. TABUTEAU. *Loi HPST...* (op. cit.), p. 80-81.

⁸⁹⁷ D. TABUTEAU. *Tribune*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...* (op. cit.), p. 417-420.

⁸⁹⁸ D. FASSIN. *Les inégalités...* (op. cit.), p. 34.

⁸⁹⁹ E. COUTY. *Hôpital public...* (op. cit.), p. 47-48.

⁹⁰⁰ E. COUTY. *Hôpital public...* (op. cit.), p. 40-47.

⁹⁰¹ D. CRISTOL. *La concurrence...* (op. cit.), p. 482-509.

⁹⁰² P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (op. cit.), p. 11-23.

⁹⁰³ Au contraire des contributions regroupées dans P. PIERSON (dir). *The new politics of the Welfare State*. Oxford : Oxford University Press 2002, cité dans P.-L. BRAS. *Notre système...* (op. cit.), p. 975.

⁹⁰⁴ P.-L. BRAS. *Notre système...* (op. cit.), p. 976-977.

L'État et l'Assurance maladie n'ont pas suffisamment protégé le service public des intérêts stratégiques individuels et personnels. L'ARS n'a pas eu assez d'autonomie pour développer des actions en faveur des besoins de santé différents des orientations nationales, et elle n'a pas suffisamment eu les moyens d'investir et d'organiser un système de santé infra-régional, comme a pu le réaliser la Province du Québec, avec les lois sur les services de santé et les services sociaux, sur la santé publique ou sur l'Assurance maladie.

Le territoire de santé doit être mieux irrigué par le droit⁹⁰⁵, et il doit bénéficier d'une simplification des zonages⁹⁰⁶ ainsi que de leviers financiers⁹⁰⁷. Il n'est qu'une étape dans l'élaboration du « territoire infra-régional pertinent en santé publique » le plus efficace pour améliorer l'état de santé de toute la population et partout, et pour remporter les enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle⁹⁰⁸.

⁹⁰⁵ J. MOREAU. *Esquisse...*(*op. cit.*), p. 16.

⁹⁰⁶ La cour des comptes recommande de réduire le nombre de zones prioritaires et de « concentrer l'effort sur les zones qui présentent le plus de difficultés », cité dans COUR DES COMPTES. *La politique de la ville...*(*op. cit.*), p. 179 et 181.

⁹⁰⁷ M. COLDEFY, V. LUCAS-GABRIELLI. *Le territoire...*(*op. cit.*), p. 8.

⁹⁰⁸ J.-A. M. GRAY. *La création...*(*communication cit.*).

Partie 2: Vers un territoire de santé publique générateur d'égalité

« L'amour de la démocratie est celui de l'égalité ».

MONTESQUIEU, *de l'esprit des lois*, 1748.

Si les solutions qui vont être proposées permettent de réduire les inégalités, elles doivent également permettre de gérer l'augmentation des besoins de santé et des demandes des usagers avec des financements en diminution, réduire les gaspillages et les préjudices pour l'utilisateur, développer la prévention, prendre en compte la santé-environnement, tout en améliorant la valeur, la qualité et la sécurité, qui sont tous les enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle⁹⁰⁹. Ces solutions permettent au territoire infra-régional de santé publique de remporter ces enjeux tout en réduisant les inégalités d'accès aux soins et à la santé, ainsi que les remises en cause des principes de solidarité et de fraternité.

Les solutions proposées ont pour but de renforcer le service public⁹¹⁰ compris comme « agent de redistribution qui doit contribuer à réduire l'ampleur des inégalités sociales »⁹¹¹ « attaché à la préservation du lien social et fondamentalement lié à une application générale et intégrale du principe d'égalité entre les citoyens [...et] les collectivités territoriales »⁹¹². Ce service public doit être accessible dans les zones où il fait défaut « pour diverses raisons tenant autant à la rentabilité économique du service qu'à la raréfaction des publics concernés. Elle oblige les pouvoirs publics à repenser les lieux dans lesquels les services publics sont établis [et] la distance et la proximité de leur implantation

⁹⁰⁹ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 38-39, J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(*communication cit.*).

⁹¹⁰ Pour Jacques Chevallier : « il n'y a pas de limite objective à la création d'un service public et n'importe quelle activité sociale peut-être à tout moment érigée en service public », cité dans J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 47.

⁹¹¹ J. CHEVALLIER. *Regards...*(*op. cit.*), p. 15, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 74.

par rapport aux habitants sur le territoire de la République »⁹¹³. « Le service public est aussi un moyen pour les pouvoirs publics de contribuer à l'aménagement et au développement du territoire », mais par des « services publics locaux » et « des services (publics) de proximité [...] plus que [par] la mise en ligne de formulaires téléchargeables ou de téléprocédures », et plus que par des services « au » public⁹¹⁴ ou des services « à la personne » pour des usagers et non des « clients » ou des « bénéficiaires »⁹¹⁵. Il sera pris appui sur le continuum afin de faire un lien avec ce qui a été précédemment construit, et pour prendre en compte l'ensemble des « liens fondamentaux qui relient chaque individu à la société, tels que le travail, le logement, l'éducation ou la culture »⁹¹⁶ soit les déterminants de la santé, dans le sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Le service public national de santé proposé doit ainsi pouvoir répondre aux besoins de santé de la population.

La mise en œuvre du principe de gratuité, qui a été rangée parmi les « lois fondamentales » du service public, n'a pas été complètement retenue, mais il est proposé en ces temps d'accroissement de la paupérisation et des déficits sociaux (croissance faible et stagnation des recettes de l'Assurance maladie)⁹¹⁷, une gratuité exceptée pour les médicaments⁹¹⁸ où il demeure un reste à charge, excepté pour les bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur (affections de longues durées, etc.).

Les propositions de cette deuxième partie ont également pour but de développer l'organisation du service public au niveau infra-régional en lien avec les niveaux régional et national, pour qu'il n'y ai plus de remises en cause des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité. Pour cela, il est indispensable de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé publique et de santé, des acteurs de santé, des usagers, des élus et des citoyens, pour élaborer, mettre en œuvre et suivre des actions adaptées au plus près des populations et des territoires. Pour agir, ils ont besoins de politiques claires, stables dans le temps,

⁹¹² G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 87.

⁹¹³ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 677.

⁹¹⁴ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 108.

⁹¹⁵ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 312-313, 698-699 et 725-726.

⁹¹⁶ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 583.

⁹¹⁷ M. BORGETTO. *Sur quels principes...* (op. cit.), p. 16.

donnant des marges de manœuvres avec des ressources documentaires, méthodologiques et financières⁹¹⁹. Le niveau national donne un cadre simple qui est porteur des principes. Il assure un suivi ascendant, qui permet la remontée des expériences, des données et des demandes, venant des ARS et du niveau infra-régional, afin de les prendre en compte. Il procure des conseils et des ressources. Le niveau régional intègre la politique nationale tout en adaptant le contenu et la stratégie aux besoins des populations au niveau des territoires de santé publique. La région relaie les priorités nationales et coordonne les programmes régionaux et territoriaux de santé publique. Le niveau infra-régional rend opérationnel les priorités et les programmes. La cohérence entre ces niveaux est favorisée par un objet et des buts généraux communs, qui sont donnés par le niveau national, mais aussi par des outils et des services⁹²⁰. Ces propositions doivent aussi permettre l'affirmation d'un pouvoir central ayant une haute technicité, qui met en œuvre une politique territorialisée alliant un choix des priorités de santé publique par la concertation, et le développement de la démocratie sanitaire. Cet ensemble doit enfin servir de lien, via la prise en compte des déterminants de la santé par une approche multisectorielle⁹²¹, entre la politique de santé et les autres politiques. C'est ainsi que le niveau infra-régional peut devenir le porteur des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, du service public, de la cohésion sociale et de la paix⁹²², mais aussi de compétitivité et d'attractivité des territoires.

Ces propositions sont issues de travaux interdisciplinaires en droit, en santé publique, en économie, en sociologie, en histoire et en philosophie. Elles sont aussi issues de travaux de comparaison en droit public et en santé publique entre l'Allemagne, le Canada (province

⁹¹⁸ 40 %, excepté les retraités et les patients atteints de certaines maladies chroniques qui en sont exemptés, comme dans la région de Catalogne en Espagne, cité dans E. SALINES, et alii. Régionalisation... (*op. cit.*), p. 61-67.

⁹¹⁹ R. DEMEULEMEESTER. Les articulations entre programmes nationaux, régionaux et locaux de santé. In : P.-H. BRÉCHAT, R. DEMEULEMEESTER (dir). Dossier « Politiques et programmes régionaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 46, [réf. du 29 décembre 2011], p. 44-45. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

⁹²⁰ C. BLUM-BOISGARD, et alii. Quelles conditions de réussite... (*op. cit.*), p. 569-582.

⁹²¹ C'est à dire qu'elle prend en compte l'approche interdisciplinaire, interministérielle et interinstitutionnelle tout en prenant en compte l'approche par le continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social » par priorité de santé et territoire de santé.

⁹²² En août 2011, l'Angleterre a subi une vague d'émeutes qui a notamment touché Londres, Birmingham, Manchester, Bristol et Leicester, in : O. ESTEVES. En Grande-Bretagne, les émeutes urbaines découlent des inégalités sociales. *Le Monde* [en ligne]. 12 août 2011, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/08/12/en-grande-bretagne-les-emeutes-urbaines-decoulent-des-inegalites-sociales_1558929_3232.html

du Québec), l'Espagne (région de Catalogne), les États-Unis d'Amérique, l'Italie, et le Royaume-Uni, et la Suisse qui ont procédé à une réforme territoriale de leur système de santé. Ces propositions tiennent compte des enjeux de santé publique actuels, des dispositifs et des systèmes de santé qui s'y sont adaptés, en l'état actuel des connaissances. Ces propositions ne peuvent tenir compte de crises sanitaires et d'événements politiques⁹²³ ou économiques imprévisibles.

Les propositions de cette deuxième partie concernent des objectifs publics, des instruments spécifiques et des budgets dédiés, qui caractérisent une politique⁹²⁴. Dans un premier temps, le niveau infra-régional sera investi pour proposer le concept du territoire de santé publique. Des propositions d'organisation du territoire de santé publique suivront. Elles seront accompagnées d'un exemple de loi sur les services de santé et les services sociaux. Une direction devant être donnée au système de santé publique, une loi sur la santé publique, ainsi que des propositions complémentaires, seront ensuite faites (**Sous partie 1**). Pour mettre en œuvre cette nouvelle organisation infra-régionale, une réorganisation administrative, financière et managériale est indispensable. Une loi sur l'Assurance maladie, des professionnels de haut niveau en santé publique, de nouveaux outils et de nouveaux services sont pour cela nécessaires (**Sous partie 2**).

⁹²³ R. MALLET. Comment aurait été le monde si les tours jumelles n'avaient pas été attaquées ? Dans un état plus pacifique et moins saturé d'idéologie. Ce que le 11 septembre a changé. *Le Monde*, mardi 11-lundi 12 septembre 2011, p. 15, et N. NOUGAYREDE. La FIDH recense les lois liberticides dans le monde depuis le 11-Septembre. Dans de nombreux pays, le legs de la lutte contre Al-Qaida est un arsenal législatif répressif. *Le Monde*, mardi 11 - lundi 12 septembre 2011, p. 6.

⁹²⁴ J.-A. M. GRAY. *Quel système... (communication cit.)*.

SOUS PARTIE 1 : LA NECESSITE D'ORGANISER LE NIVEAU INFRA-REGIONAL

La santé est une des clés de voûte des enjeux de société, de compétitivité et d'attractivité des territoires car : « la bonne santé a des répercussions positives sur le moral individuel et collectif qui se traduisent en termes économiques et financiers »⁹²⁵. Après la mise place des ARS, comme le prévoyait le rapport de Raymond Soubie avec les « agences régionales des services de santé »⁹²⁶, l'État doit poursuivre l'affirmation du pouvoir central au niveau infra-régional. Si la région a été retenue par l'État dans les années 1990-2000, c'était sur des arguments épidémiologiques et médicaux qui pouvaient expliquer de fortes disparités régionales⁹²⁷. En 2012, les données sont plus nombreuses et montrent davantage les disparités au niveau infra-régional, ainsi que les organisations indispensables à mettre en place pour y répondre. L'État peut investir ce niveau, d'autant plus que pour favoriser des résultats en santé publique, il est indispensable que les actions engagées puissent l'être sur le moyen et le long terme, au plus près des besoins des populations, tout en tenant compte des particularités des territoires infra-régionaux. Les pays qui ont le mieux réussi à contenir la croissance des dépenses de santé se caractérisent notamment par un mode d'organisation et de gestion de la santé au niveau infra régional⁹²⁸. Cette organisation y est coordonnée, intégrée et proactive⁹²⁹.

Pour cela, le « territoire de santé publique » et l'« unité territoriale de santé publique » (**Chapitre 1**) seront conceptualisés avant de proposer un exemple de proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi qu'un exemple de proposition de loi sur la santé publique afin de garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout (**Chapitre 2**). Cela sera complété par des propositions visant à renforcer la planification et la lutte contre la désertification médicale (**Chapitre 3**).

⁹²⁵ A. FLAJOLET. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008, p. 4.

⁹²⁶ R. SOUBIE. *Santé 2010...*(*op. cit.*), p. 79.

⁹²⁷ D. TABUTEAU Didier. *Politiques de santé...*(*op. cit.*), p. 8-9.

⁹²⁸ E. LANDRAIN. *Information...*(*op. cit.*), p. 90 et 98.

⁹²⁹ P. SWENNEN. Pas de remède universel, mais des pistes de solutions. 27 pays européens : autant de systèmes de santé. Numéro spécial : agir pour l'accès aux soins de qualité. *Prescrire* 2010 ; 30, p. 635.

Chapitre 1 : L'ORGANISATION DU TERRITOIRE DE SANTE PUBLIQUE

Il est indispensable de mettre en place un « territoire infra-régional pertinent en santé publique » appelé « territoire de santé publique » pour remporter les enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle⁹³⁰, mais aussi pour améliorer l'efficacité de l'État et du service public⁹³¹, ainsi que la performance du système de santé, qui correspond selon l'OMS, à l'amélioration de l'état de santé de la population, la qualité et l'équité⁹³².

Le territoire de santé publique doit être en capacité d'affronter les vagues de transformations concernant la territorialisation, afin de donner le maximum de chance aux actions qui y sont mises en œuvre de le rester sur le moyen et le long terme. Cela est important pour espérer des améliorations de l'état de santé.

Ce territoire doit être le socle du droit de la santé, de la continuité des soins, et de la « continuité de la santé ».

Les contours et les avantages du territoire de santé publique seront développés (**Section 1**), puis leurs nécessaires aménagements (**Section 2**).

Section 1 : Le territoire de santé publique en construction

Les contours (**Paragraphe 1**), ainsi que les avantages pour la mise en œuvre de ce territoire de santé publique, vont être décrits (**Paragraphe 2**).

⁹³⁰ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 38-39, J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(*communication cit.*).

⁹³¹ Ce qui est différent de la recherche d'efficacité qui concerne les structures organisationnelles et les moyens nécessaires à leur gestion, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 78.

⁹³² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...*(*op. cit.*), p. xi.

Paragraphe 1 : Les contours

Si la France bénéficie d'une organisation régionale de la santé, il lui reste à mettre en place une organisation infra-régionale sur un territoire conceptualisé, comme l'a fait par exemple l'Espagne et la région de Catalogne avec le secteur sanitaire (schéma ci-après).

ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE CATALAN POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE



Source : E. SALINES, P.-H. BRÉCHAT, F. SCHAEZEL, A. DANZON. Régionalisation : l'expérience de la Catalogne. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2001 ; 37 p. 64.

Si nous prenons en compte l'ensemble des déterminants de la santé, il nous faut dépasser le territoire de soins et ses réseaux de soins, mais aussi le territoire de santé et son continuum « prévention, secteurs ambulatoire et hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social, réseaux de santé, sécurité sanitaire », qui représentent tous les deux un seul des déterminants de la santé : les soins médicaux (medical care).

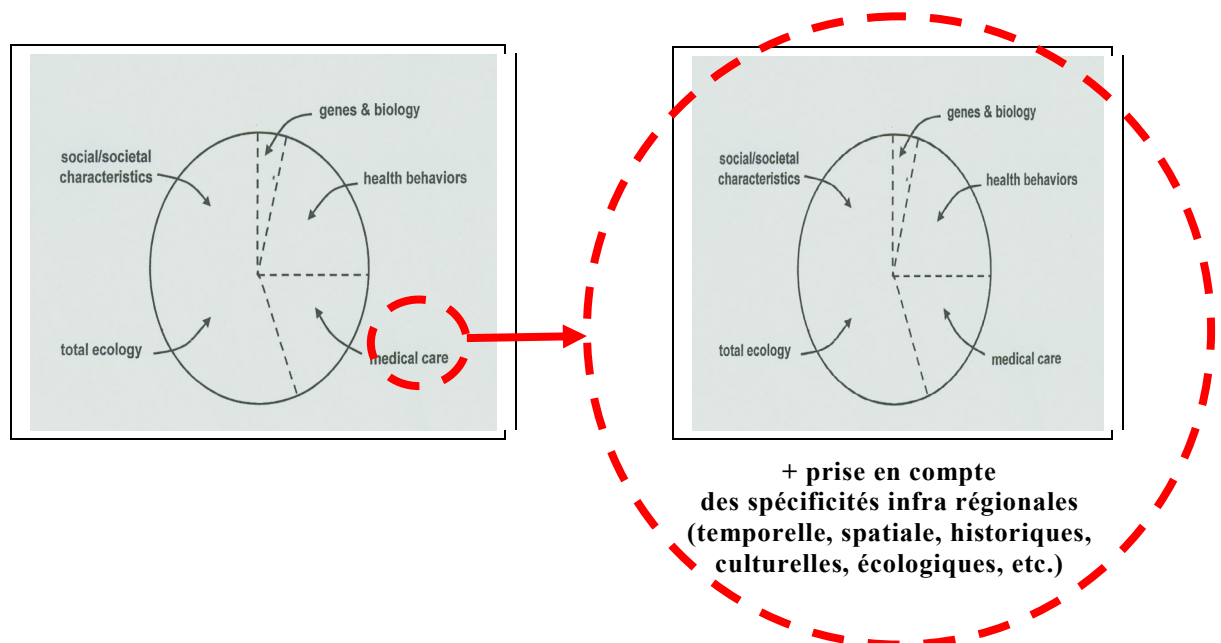
Pour cela nous proposons le concept de « territoire de santé publique » qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Le territoire de santé publique prend en compte l'ensemble des données concernant les besoins de santé de la population, ainsi que les spécificités du territoire considéré, soit les particularités temporelles, spatiales et géographiques, historiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles, socio-économiques, écologiques, etc.

Le territoire de santé publique prend en compte les spécificités infra régionales, tant temporelles que spatiales, et les besoins de ses populations et de ses individus à partir de l'ensemble des déterminants de la santé. Car c'est cette prise en compte des différences,

tant individuelles, territoriales que par déterminant de la santé, qui est la plus porteuse de réduction d'inégalités de santé tant sociales que territoriales, et d'amélioration de l'état de santé de toute la population. L'égalité d'accès aux soins et à la santé passe par la prise en compte des différences.

Le concept de « territoire de santé publique » favorise la prise en compte des besoins de santé par les offres du continuum et les actions pour les autres déterminants de la santé, au sein du concept de la « continuité de la santé », comme peut le montrer la figure ci-après.

DOUBLE EVOLUTION ENTRE TERRITOIRE DE SANTE DE SANTE PUBLIQUE ET CONTINUTE DES SOINS - CONTINUTE DE LA SANTE, A PARTIR DE LA REPARTITION EMPIRIQUE DU POIDS DES DIFFERENTS DETERMINANTS DE LA SANTE DE A.-R. TARLOV et al⁹³³ :



Source : P.-H. BRÉCHAT 2012

Le concept de « territoire de santé publique » permet de faire évoluer la seule prise en compte actuelle des soins médicaux⁹³⁴, et donc de la continuité des soins, vers la prise en compte de la « continuité de la santé » qui intègre la continuité des soins⁹³⁵.

⁹³³ A.-R. TARLOV, et al. Introduction...(*op. cit.*), p. IX-XXV.

⁹³⁴ Ce que propose essentiellement Emmanuel Vigneron, cité dans E. VIGNERON. *Les inégalités...*(*op. cit.*).

⁹³⁵ L'article L. 1110-1 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pourrait être ainsi complété : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les

C'est un espace irrigué par le droit⁹³⁶, qui est le garant des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, et du service public. Le territoire de santé publique est le socle de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout, de la continuité temporelle et spatiale de la santé publique, ainsi que de la continuité des soins et de la continuité de la santé. Le territoire de santé publique est un espace socialement « construit »⁹³⁷ par des travaux interdisciplinaires ainsi que par la concertation, ce qui favorise la conception de territoires adaptés aux besoins de santé de la population, et permet de proposer des solutions appropriées pour y répondre⁹³⁸. Le territoire de santé publique favorise la cohérence des actions entreprises et des financements, ainsi que l'efficacité des partenariats entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. Cet espace favorise la structuration des conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'une population, mais favorise également leur information en retour. La démocratie sanitaire y est développée et les citoyens et les usagers participent aux décisions, et ils ont les moyens de prendre conscience des dépenses de santé, tout en pouvant devenir acteur ou co-décideur de leur santé⁹³⁹.

Le territoire de santé publique est borné par des limites⁹⁴⁰. Ces limites correspondent à des besoins de santé de la population. Une région peut avoir 3 types de territoires de santé publique : des territoires qui délimitent des besoins de santé de populations par des zones

professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins, *la continuité de la santé* et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

⁹³⁶ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 16.

⁹³⁷ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 17.

⁹³⁸ Cela correspond à la conception des territoires adaptés de Marie-Laure Moquet-Anger, pour qui : « en premier lieu, les critères utilisés en matière de planification hospitalière [...] sont] transposés à l'ensemble des besoins de santé et médico-sociaux, particulièrement la distance entre les lieux, le temps d'accès à une structure, l'état du réseau routier et les moyens de transport. En second lieu, la contribution des collectivités territoriales à la politique de santé publique [...]. En troisième lieu, le partenariat État/Assurance maladie/collectivités territoriales au sein des [...] ARS ou en dehors [...] renforcé afin de rendre cohérents les actions entreprises et les financements au sein de chaque territoire. [...] avec] l'observation et l'analyse continue des inégalités, l'évaluation des politiques mises en œuvre et la souplesse des actions entreprises, cité dans M.-L. MOQUET-ANGER. Territoires...(*op. cit.*), p. 121-122.

⁹³⁹ L. LEMOUZY. Santé, Environnement et Territoires. In : *Santé, Environnement & Territoires*. Pouvoirs locaux 2011 ; 90, p. 1.

⁹⁴⁰ J. MOREAU. Esquisse...(*op. cit.*), p. 16.

géographiques particulières, comme en Nouvelle-Écosse au Canada^{941,942} ; des territoires qui délimitent des besoins de santé de populations et qui épousent des découpages administratifs, comme l'Alberta au Canada ; et des territoires qui délimitent des besoins de santé de populations qui correspondent à un découpage géographique en fonction d'un nombre d'habitants, comme dans la région de Catalogne en Espagne^{943,944,945}.

Les limites des territoires de santé publique ne sont pas figées, mais elles peuvent évoluer dans le temps⁹⁴⁶.

Les premiers territoires de santé publique à bénéficier de ces possibilités pourraient être ceux où il y a le plus d'inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Le territoire de santé publique a aussi le rôle de garde-fous pour pallier les inégalités d'un territoire à l'autre⁹⁴⁷. Il participe à l'amélioration d'un partage clair et complémentaire des compétences des collectivités territoriales⁹⁴⁸. Ainsi, le territoire de santé publique permet de renforcer les libertés reconnues aux collectivités territoriales « sans porter atteinte aux principes fondateurs de la République : principes d'unité et d'indivisibilité, d'égalité et de solidarité »⁹⁴⁹. Ici, c'est bien l'État qui édicte les normes juridiques fondamentales

⁹⁴¹ S. STACHENKO. *La santé publique au 21^{ème} siècle : Défis et nouveaux enjeux pour la formation-perspectives canadiennes*. Communication orale. Séminaire de rentrée des enseignants de l'EHESP, Dinard, le 31 août 2011.

⁹⁴² A l'inverse de la Nouvelle-Écosse où il y a par exemple la « Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis », il n'est pas question de créer des mesures de ségrégation ni un schéma de la minorité, mais de favoriser des prises en comptes de populations particulières dans un but d'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous. En France, l'anthropologie de la santé (ethnomédecine) peut participer à la formation de professionnels de santé ou à l'adaptation d'actions de santé publique pour des populations particulières.

⁹⁴³ Des territoires de santé publique pourraient être prioritairement mis en place dans les régions qui n'ont pas, ou plus, de territoire de santé infra-régional, comme la Franche-Comté ou le Limousin. Cela rejoint les « zones de santé prioritaires » du Haut Comité de la Santé Publique, cité dans HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France 2002...* (op. cit.), p. 242.

⁹⁴⁴ Cette proposition rejoint celle faite par Marc Bernier en 2008 qui recommandait de fixer des normes pour l'accès aux soins, cité dans M. BERNIER. *Rapport...* (op. cit.), p. 68 et 161.

⁹⁴⁵ Ce n'est pas un retour au secteur sanitaire de la carte sanitaire des années 1970, même si par arrêté ministériel du 5 mai 1992, un seuil minimum de 200 000 habitants avait été fixé pour l'existence d'un secteur sanitaire, sauf si le département ne compte pas lui-même 200 000 habitants. Dans ce cas il devenait un secteur sanitaire à part entière, cité dans A. JOURDAIN, et al. *100 mots...* (op. cit.), p. 26. Le territoire de santé publique ne concerne pas que la régulation de l'offre de soins, mais considère l'ensemble du continuum et l'ensemble des déterminants de la santé, au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Le territoire de santé publique prend en compte les évolutions et les enjeux de la territorialisation. Le territoire de santé publique, n'est pas seulement déterminé à partir d'espaces géo-démographiques, les données disponibles en 2012 étant bien plus importantes qu'en 1970.

⁹⁴⁶ Si il y a par exemple des fermetures d'entreprises dans le territoire de santé publique.

⁹⁴⁷ M. BORGETTO. *Les enjeux...* (op. cit.), p. 6.

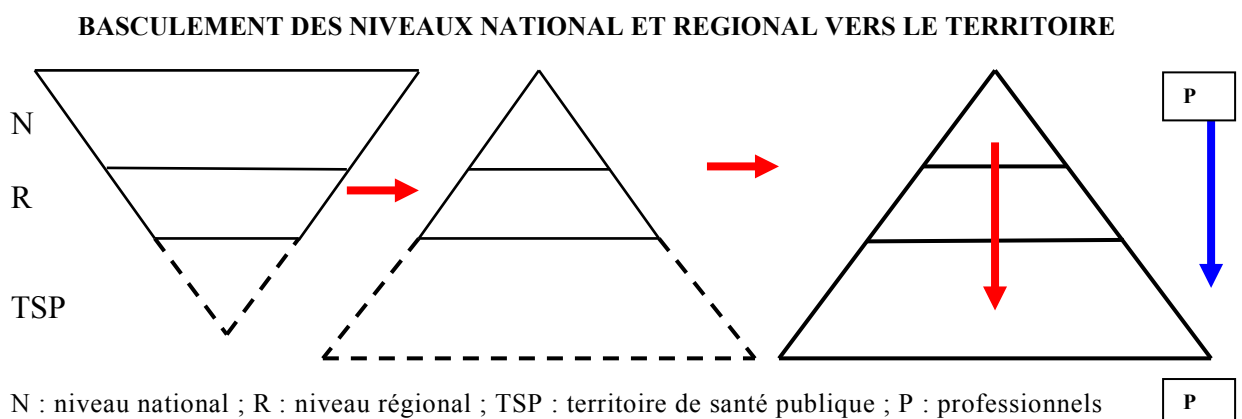
⁹⁴⁸ M. BORGETTO, et al. *Action sociale...* (op. cit.), p. 3-4.

⁹⁴⁹ M. BORGETTO. *Les enjeux...* (op. cit.), p. 7.

destinées à encadrer l'action des collectivités territoriales⁹⁵⁰, et c'est l'ARS qui pilote ces travaux en partenariat avec les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les représentants d'associations d'usagers, les citoyens.

La priorité doit aussi être donnée au niveau infra-régional et au territoire de santé publique, et non plus aux niveaux national et régional.

Un basculement doit être opéré en faveur du territoire de santé publique, comme le montre le schéma ci-après.



Source : P.-H. BRÉCHAT 2011

Des rôles clairs entre le territoire de santé publique et les niveaux national et régional sont établis : au niveau national, la production d'orientations, de références, de services et d'outils, l'organisation de la cohérence, l'attribution de ressources privilégiant la solidarité en veillant au respect du principe d'égalité entre les régions ; au niveau du territoire de santé publique, la responsabilité de la nature, du contenu et de la stratégie des actions adaptées au plus près du contexte ; au niveau régional, le soin de garantir le bon équilibre entre les différents enjeux⁹⁵¹.

Le fonctionnement entre les niveaux national, régional et le territoire de santé publique, et leurs professionnels, passent d'une logique pyramidale à un fonctionnement en interconnexion permanente avec les populations et les besoins de santé au sein du territoire de santé publique. C'est le passage d'un fonctionnement bureaucratique à un

⁹⁵⁰ M. BORGETTO. Les enjeux...(*op. cit.*), p. 9.

⁹⁵¹ R. DEMEULEMEESTER. Les articulations...(*op. cit.*), p. 46.

fonctionnement en organisation en réseau interconnecté en permanence qui est plus à même de résoudre les défis de la complexité, comme favoriser l'organisation du système de santé publique, en fonction des besoins de santé du territoire de santé publique, avec des financements contraints et tout en développant l'innovation.

C'est ainsi que le territoire de santé publique permet à l'État, à l'Assurance maladie et aux collectivités territoriales de « faire du cousu mains » en tenant compte de la globalité et de l'unicité de chaque usager dans son environnement temporel et spatial. Comme ce territoire infra-régional « pertinent » pour la santé publique prend en compte les besoins de santé à partir de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, il prend en compte davantage de données que ce que propose l'INSEE avec les bassins de vie. Il favorise davantage de partenariats et de consensus entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. Le territoire de santé publique est une opportunité pour harmoniser les travaux des directeurs généraux des ARS, des préfets et des élus, concernant la réduction des inégalités à travers la réforme des collectivités territoriales et la politique de la ville^{952,953}. Un but commun peut être l'égalité d'accès aux soins et à la santé par le service public d'un « État territorial performant et repositionné sur des périmètres pertinents d'intervention »⁹⁵⁴. Une première étape de cette co-construction et du décloisonnement entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales ainsi qu'entre les soins, la santé et les autres déterminants de la santé au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, serait que le PSRS de l'ARS, puisse être discuté au CAR⁹⁵⁵, en même temps que le SDCI de la préfecture. Cela permettrait de mieux cerner les

⁹⁵² Le territoire de santé publique peut être aussi un dispositif intégrateur des territoires infra-urbains définis, afin d'être la cible prioritaire de la politique de la ville : les 751 Zones Urbaines Sensibles (ZUS), les 435 Zones de Redynamisation Urbaine (ZRU) et les 100 Zones Franches Urbaines (ZFU), cité dans F. ZITOUNI. Révision géographique prioritaire de la politique de la ville : du zonage au contrat. *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales* 2010 ; 6, p. 2-3.

⁹⁵³ D'autant plus, que malgré une décennie de réformes, « la réduction des écarts entre les quartiers prioritaires et les villes environnantes [...] n'a pas eu lieu », car les moyens n'ont pas été prioritairement mobilisés pour les zones les plus en difficulté, cité dans COUR DES COMPTES. *La politique de la ville : une décennie de réformes*. Cour des comptes [en ligne]. 2012, [réf. du 20 juillet 2012], p. 137 et 262. Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-politique-de-la-ville-une-decennie-de-reformes>.

⁹⁵⁴ N. KADA. *La réforme...* (op. cit.), p. 109.

⁹⁵⁵ L'un des objectifs du CAR est de définir collégalement les grandes orientations stratégiques de l'action de l'État dans la région, et il peut être notamment consulté sur les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de l'État dans la région en vue de l'harmonisation de la gestion des moyens ou de la mise en œuvre d'actions communes, ainsi que sur la préparation et l'exécution des programmes nationaux ou communautaires concernant la région.

besoins de santé et le territoire de santé publique pour mettre en place de services et d'actions coordonnés, complémentaires et efficaces. Cela permettrait d'améliorer l'articulation de l'action des différents décideurs et financeurs pour des réponses globales et cohérentes⁹⁵⁶, dont ont particulièrement besoin les patients complexes. Ces travaux favorisent la mise en place des « programmes territoriaux de santé publique » des « territoires de santé publique », comme cela va être proposé en Partie II.

Le territoire de santé publique permet la construction de buts collectifs partagés qui semblent manquer pour la mise en oeuvre de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales. Le territoire de santé publique favorise la construction d'une politique sanitaire et de santé publique⁹⁵⁷ qui prend le territoire pour cible et pour objet, comme la décentralisation, la déconcentration ou l'aménagement du territoire, et réduit le chevauchement de leurs développements⁹⁵⁸.

Le territoire de santé publique permet de simplifier les diverses divisions territoriales actuelles comme le territoire de soins, le territoire de santé, le secteur psychiatrique, les zonages des ARS, le bassin de vie de l'intercommunalité ou les nombreux territoires infra-urbains de la politique de la ville, etc. Avec le territoire de santé publique, il n'y a plus qu'une seule division au sein de laquelle doit s'organiser le système de santé en fonction de besoins de santé et de spécificités infra régionales.

Le territoire de santé qui constituait, selon l'article L. 6121-2 du code de la santé publique « un espace infra-régional, régional, interrégional ou national » pourra ainsi être simplifié en « un espace infra-régional » pour un territoire de santé publique. Cela permettra d'orienter le système de santé vers le terrain, plutôt que vers l'interrégional ou le national.

⁹⁵⁶ A. VINSONNEAU. La régulation...(*op. cit.*), p. 44.

⁹⁵⁷ P. VILLENEUVE. Les compétences...(*op. cit.*), p.92-87.

⁹⁵⁸ Le territoire de santé publique peut accompagner l'acte III de la décentralisation où les collectivités territoriales se voient confier les missions de planification et de financement du système de santé, et où l'État conserve la fixation de priorités et déploie une fonction de péréquation et l'Assurance maladie n'a plus raison d'être. Le territoire de santé publique peut aussi accompagner la « déconcentration » où le rôle central est dévolu à une agence régionale compétente pour les priorités, les programmes ou les allocations de ressources, cité dans S. LE BOULER. *Un contenu diversifié pour les agences régionales de santé*. Dossier : Régions et santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2006 ; 3 (12), [réf. du 29 décembre 2011], p. 39. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2006-3-page-37.htm>

Cela permettra d'adapter le service public de santé⁹⁵⁹ aux besoins de santé des populations en tenant compte des spécificités infra régionales qui peuvent être différentes des problématiques interrégionales ou nationales, qui sont aussi parfois déconnectées des enjeux de santé publique.

Le territoire de santé publique permet de construire une politique de santé publique territoriale partagée. Il a pour but de faciliter, grâce à la prise en compte de tous les déterminants de la santé, la mise en place d'un service public performant, notamment pour les hôpitaux locaux ou l'éducation⁹⁶⁰. Le territoire de santé publique doit tenir compte des possibilités financières des collectivités territoriales pour que les actions et les dispositifs à mettre en place n'en partissent pas si ces possibilités étaient réduites ou nulles.

Le territoire de santé publique permet d'inverser la logique centralisatrice basée sur l'uniformisation et la rentabilité qui accroît les inégalités sociales et territoriales de santé. La planification de la santé se fait par des programmes régionaux et territoriaux de santé publique comportant les conditions de réussite des actions de santé publique, ainsi que des actions multisectorielles et interministérielles. L'innovation y est encouragée, comme la démocratie sanitaire où l'utilisateur participe à la décision, la contractualisation d'actions interministérielles ou les « pôles de compétitivité en santé publique »⁹⁶¹, faisant un lien avec l'aménagement du territoire.

Le territoire de santé publique qui permet de construire la santé publique des territoires infra-régionaux, à partir des besoins de santé de la population et en fonction de ses spécificités temporelles et spatiales infra régionales, peut participer à la construction d'une notion d'« ordre public de santé publique » qui englobe et développe la notion d'ordre public sanitaire (hygiène, vaccination).

⁹⁵⁹ Titre du Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, à Paris le 27 juin 2012 : « Service public de santé en 2012 ».

⁹⁶⁰ S. LAURENT. Sénatoriales : ces dossiers qui ont agacé les élus locaux. *Le Monde*, le 26 septembre 2011.

⁹⁶¹ Sur le modèle des quatre exemples de pôles de compétitivité dans le domaine de la santé qui existaient en 2011 : « Lyonbiopôle », « Alsace BioValley », « Cancer-Bio-Santé » et le « Lifescience Corridor ». Ces pôles pourraient être soutenus par un réseau d'incubateurs d'entreprises comme en Suède.

L'inspection et le contrôle assurent les missions de police sanitaire et de gestion du risque tout en veillant à la bonne utilisation des financements des PASS et à la non-sélection de patients ainsi qu'au respect de l'article L6154-2 du Code de la santé publique⁹⁶².

Le territoire de santé publique est le socle de la reconstruction d'une accessibilité aux soins dans l'espace et dans le temps ainsi que d'une accessibilité financière aux soins⁹⁶³.

Une loi sur la santé publique, symbolique, peut venir donner une légitimité à ce que soit organisé au sein du territoire de santé publique un système de santé dont le premier objet est : « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général ». Son premier but général est l'égalité d'accès aux soins et à la santé qui devient un principe fondamental du système de santé. Afin que chacun puisse se dire que ce système est aussi pour lui ! Les professionnels de santé publique sont formés en nombre suffisant. Les enseignements et les recherches interdisciplinaires tournées sur les besoins de santé locaux et les spécificités infra régionales, favorisent la poursuite de la conceptualisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'une politique de santé publique infra-régionale.

Les délégués territoriaux des ARS évoluent au sein de la « direction du territoire de santé publique » implantée dans le territoire de santé publique avec des moyens dédiés. Ils ont, par la loi sur la santé publique notamment, légitimité pour « faire de la santé publique » et organiser le système de santé au plus près des besoins de santé de la population dans des espaces d'animation territorial formalisés⁹⁶⁴. C'est ainsi, comme l'écrivait Jeannette Gros en 2010, représentante d'associations d'usagers et présidente de la Conférence Régionale de Santé de Franche-Comté, que : « Les ARS

⁹⁶² L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1-que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public,

2-que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens,

3-que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

⁹⁶³ M. BERNIER. *Rapport... (op. cit.)*, p. 160.

⁹⁶⁴ D. FASSIN. *Faire de la santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2005, p. 36-54.

devront « apprendre » des initiatives [...] de terrain. C'est comme cela que l'on progressera, avec des idées neuves, pour [...] avancer [concrètement]. Les besoins exprimés à l'échelon local par les populations devraient pouvoir s'incarner demain dans les politiques de l'État. Nous avons besoin aujourd'hui de ces initiatives nouvelles, de qualité, évaluées sérieusement, qui nous redonnent de l'espérance [...]. C'est avec les expérimentations d'aujourd'hui que l'on trouvera des solutions pour demain [...]. C'est un grand défi de santé publique et c'est là que l'on verra si la « régionalisation » de la santé a amené un vrai souffle de proximité vivante, [...] »⁹⁶⁵. La direction du territoire de santé publique est en charge de la mise en œuvre, de la gestion et du suivi continu des « unités territoriales de santé publique ». Elle est la constructrice d'une politique de santé publique territorialisée en favorisant les concertations sur le moyen et le long terme, et la participation aux décisions des usagers et des citoyens.

Le territoire de santé publique peut être un résistant et un contre feu aux effets d'un lobbying industriel œuvrant contre la santé publique⁹⁶⁶.

Un ou plusieurs territoires de santé publique peuvent constituer de nouveaux pôles de compétitivité en santé publique dans les domaines de la réduction des inégalités de santé ou sur la santé environnement par exemple. Cela dynamise les partenariats en recherches et en enseignements de santé publique ainsi que les regroupements comme l'Institut Inter-Régional de Santé Publique – IRéSaP-Grand Est⁹⁶⁷. Le territoire de santé publique porte une ambition industrielle compétitive, créatrice d'emplois pour les jeunes dans les secteurs de l'innovation sociale et environnementale.

⁹⁶⁵ J. GROS. Les représentants d'usagers. La CAPS, un outil de prévention. In : J. LONSDORFER, et al. *Consultation... (op. cit.)*, p. 131-133.

⁹⁶⁶ P. BENKIMOUN. L'industrie édulcore la politique sanitaire de l'ONU. Les pays riches s'opposent à des recommandations contraignantes sur la lutte contre les maladies non transmissibles. *Le Monde*, jeudi 25 août 2011, p. 9 ; D. COHEN. Will industry influence derail UN summit? *British Medical Journal* [en ligne]. 2011 ; 23, [réf. du 29 décembre 2011], p. 343. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> ; D. STUCKLER, S. BASU, M. McKEE. Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal* [en ligne]. 2010 ; 340, [réf. du 29 décembre 2011], p. 3311. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> ; D. STUCKLER, S. BASU, M. McKEE. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom ? *British Medical Journal* [en ligne]. 2011 ; 23, [réf. du 29 décembre 2011], p. 343. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁹⁶⁷ Disponible sur : http://ecoledoctoralelts.univ-nancy2.fr/digitalAssets/141075_IReSaP_GRAND_EST.pdf [consulté le 29 novembre 2011].

Paragraphe 2 : Les avantages

Des ARS sont à la recherche de la possibilité de se démarquer du niveau national, pour pouvoir investir des besoins de santé dans des contextes particuliers. Par exemple, en 2012, il n'a pas été possible de prendre en compte en Rhône-Alpes, les caractéristiques du département de la Savoie qui est montagneux pour 89 % (contre 25 % pour l'Isère), avec des vallées longilignes sans interconnexions entre elles l'hiver, alors que sa population double au cours de la saison hivernale⁹⁶⁸. L'approche par territoire de santé publique donne une liberté qui manquait en 2012. Jean-Pierre Fourcade, considérant que les territoires de grande taille qui ont été arrêtés en région sont « mal adaptés à la volonté de décroiser le système de santé », va dans ce sens, en proposant la définition de territoires à plusieurs niveaux, dont un de proximité, qui puisse être accompagnés par une évolution des outils de la planification de la santé permettant de « favoriser la meilleure prise en charge des patients dans chaque territoire de santé »⁹⁶⁹.

Considérer l'ensemble des déterminants de la santé au niveau infra-régional a du sens pour les citoyens, comme cela a été montré en 2010 par les citoyens de la région de Franche-Comté pour ses 6 territoires de santé⁹⁷⁰. 962 citoyens ont répondu à un questionnaire qui proposait 42 priorités plus une 43^{ième} en réponse ouverte, et qui a été publié entre les 12 et 18 avril 2010 par 14 supports de presses locales et régionales de la région Franche-Comté. Comme peut le montrer le tableau ci-après, les 5 priorités pour la région, privilégiées dans les réponses, sont par ordre décroissant : disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, disposer d'une eau de qualité et développer le dépistage et le contrôle du cancer. L'approche par territoire de santé vient conforter celle constatée pour la région tout en faisant ressortir l'accès à l'éducation.

Les déterminants de la santé sont retenus en priorité par les répondants, et des spécificités territoriales apparaissent pour les priorités « indispensables à prendre en compte » : pour le

⁹⁶⁸ G. SARLANDIE. *Le schéma régional d'offre de soins ambulatoire en Rhône-Alpes*. Mémoire de fin de stage en planification des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et social, Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

⁹⁶⁹ J.-P. FOURCADE. *Comité...* (*op. cit.*), p. 31 et 33.

⁹⁷⁰ P.-H. BRÉCHAT, et al. *Priorités...* (*op. cit.*), p. 169-182.

**PRIORITES POUR LA REGION FRANCHE-COMTE
ET SES 6 TERRITOIRES DE SANTE**

Région Franche-Comté (928 répondants)		Territoire n° 1 Besançon - Gray (259 répondants)		Territoire n° 2 Pontarlier (22 répondants)		Territoire n° 3 Lons-le-Saulnier - St-Claude - Champagnole (46 répondants)		Territoire n° 4 Dole - Salin - Arbois (68 répondants)		Territoire n° 5 Vesoul - Lure - Luxeuil (346 répondants)		Territoire n° 6 Belfort - Montbéliard - Héricourt (98 répondants)	
n° priorité	%	n° priorité	%	n° priorité	%	n° priorité	%	n° priorité	%	n° priorité	%	n° priorité	%

Classement des 10 premières priorités de 1 à 42 ou « les plus spontanées »

1	1	90,95	3	88,80	1	100	1	93,48	3	94,12	1	93,64	36	86,73
2	3	89,12	1	88,03	2	81,82	3	93,48	1	92,65	3	92,77	1	85,71
3	9	82,76	16	82,24	3	81,82	2	86,96	16	88,24	9	88,73	3	85,71
4	30	81,90	9	79,92	32	81,82	17	84,78	17	88,24	30	87,28	38	80,61
5	36	81,68	15	79,92	36	81,82	24	84,78	8	85,29	2	86,13	24	79,59
6	2	81,25	2	78,38	16	77,27	8	82,61	15	85,29	17	85,55	29	79,59
7	17	81,14	17	76,83	38	77,27	30	82,61	29	85,29	36	84,97	9	78,57
8	8	80,06	36	76,83	8	72,73	32	82,61	30	85,29	10	84,68	17	78,57
9	16	79,63	24	75,68	13	72,73	9	80,43	24	83,82	38	83,24	30	78,57
10	24	79,63	30	75,29	15	72,73	36	80,43	2	82,35	8	82,95	10	76,53

Les 5 priorités « indispensables à prendre en compte »

1	1	37,72	1	36,29	1	54,55	1	26,09	1	54,41	1	39,60	1	38,78
2	3	16,27	3	15,44	3	22,73	8	13,04	2	22,06	3	16,76	3	20,41
3	8	8,84	2	8,11	16	22,73	2	10,87	3	16,18	8	10,69	8	8,16
4	9	5,93	8	7,34			3	6,52	8	7,35	2	7,23	36	8,16
5	30	4,74	15	5,02			16	10,87	29	8,82	16	5,49	29	6,12

Liste des priorités :

- | | |
|--|---|
| 1 – Disposer d'un logement | 24 – Développer les services d'urgences et de permanence des soins |
| 2 – Accéder à l'éducation | 25 – Développer les services de réanimation et de soins intensifs |
| 3 – Se nourrir convenablement | 26 – Développer l'hospitalisation à domicile |
| 4 – Pratiquer des activités physiques et sportives | 27 – Développer l'imagerie médicale |
| 5 – Lutter contre l'alcoolisme | 28 – Développer les services médico-sociaux et sociaux |
| 6 – Lutter contre le tabagisme | 29 – Développer la psychiatrie et la santé mentale |
| 7 – Lutter contre les conduites dopantes | 30 – Développer la prise en charge du cancer |
| 8 – Disposer d'un certain revenu | 31 – Développer la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique |
| 9 – Disposer d'une eau de qualité | 32 – Développer des soins palliatifs |
| 10 – Disposer d'un air ambiant de qualité | 33 – Développer la prise en charge des traumatisés crâniens et médullaires |
| 11 – Disposer de sols de qualité (terre, moquette des habitations, etc. : sans pesticides, ni radon, etc.) | 34 – Développer la périnatalité |
| 12 – Protéger les espèces (animales, végétales, etc.) | 35 – Développer la prise en charge pour les enfants et les adolescents |
| 13 – Lutter contre les épidémies et pour la sécurité sanitaire | 36 – Développer la prise en charge des personnes âgées |
| 14 – Compter sur un apport durable de ressource | 37 – Développer la prise en charge de la précarité |
| 15 – Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable | 38 – Développer la prise en charge des handicaps |
| 16 – Réduire les inégalités | 39 – Aller vers un système de santé européen |
| 17 – Améliorer la continuité des soins | 40 – Organiser des débats citoyens (démocratie sanitaire, démocratie participative) |
| 18 – Développer l'accès à la prévention | 41 – Développer l'accès aux soins des sans papier |
| 19 – Développer l'accès aux professionnels de santé extra-hospitaliers | 42 – Développer l'application des politiques des couvertures maladies universelles (CMU et RSA) |
| 20 – Développer les services hospitaliers de médecine | |
| 21 – Développer les services hospitaliers de chirurgie | |
| 22 – Développer la chirurgie esthétique | |
| 23 – Développer les services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle | |

Source : P.-H. BRÉCHAT, C. MAGNIN-FEYSOT, O. JEUNET, A. ATTARD, G. DUHAMEL, D.

TABUTEAU. Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : L'exemple Franc-Comtois.

Santé publique 2011 ; 23 (3) p. 173.

territoire n°1- Besançon et Gray, les priorités susceptibles d'exprimer la spécificité par rapport à la région sont : accéder à l'éducation, et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ; pour le territoire n°2- Pontarlier, c'est : réduire les inégalités ; pour le territoire n°3- Lons-le-Saunier, Saint-Claude, Champagnole, les priorités sont : accéder à l'éducation, et réduire les inégalités ; pour le territoire n°4- Dole, Salins, Arbois, ce sont : accéder à l'éducation, et développer la psychiatrie et la santé mentale ; pour le territoire n°5- Vesoul, Lure, Luxeuil, les priorités sont : accéder à l'éducation, et réduire les inégalités ; alors que pour le territoire n°6- Belfort, Montbéliard, Héricourt, les priorités sont : développer la prise en charge des personnes âgées, et développer la psychiatrie et la santé mentale.

Des spécificités territoriales apparaissent aussi pour les priorités « les plus spontanées » : pour le territoire n°1- Besançon et Gray les priorités sont : réduire les inégalités, et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ; pour le territoire n°2- Pontarlier, les priorités sont : accéder à l'éducation, développer les soins palliatifs, et développer la prise en charge des personnes âgées ; pour le territoire n°3- Lons-le-Saunier, Saint-Claude, Champagnole, les priorités sont : accéder à l'éducation, développer la prise en charge des personnes âgées, et développer les services d'urgences et de permanence des soins ; pour le territoire n°4- Dole, Salins, Arbois, les priorités sont : réduire les inégalités, et améliorer la continuité des soins ; pour le territoire n°5- Vesoul, Lure, Luxeuil, les priorités sont : accéder à l'éducation ; pour le territoire n°6- Belfort, Montbéliard, Héricourt, les priorités sont : développer la prise en charge des personnes âgées, développer la prise en charge des handicaps, et développer les services d'urgences et de permanence des soins. Ces résultats, peuvent montrer qu'une politique de santé infra-régionale est possible à partir des besoins de santé ressentis, tout en prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé.

Le 2 octobre 2010, quarante représentants d'associations d'usagers, ainsi que des usagers francs-comtois, ont discuté les précédents résultats pour voir s'il leur était possible de porter les priorités choisies par les citoyens, et de proposer des actions concrètes de mise en œuvre. Les représentants d'associations d'usagers retiennent les 5 mêmes priorités et dans le même ordre que celles des citoyens (disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, disposer d'une eau de qualité et développer le dépistage et le contrôle du cancer) et ils en ajoutent 5 autres : accéder à l'éducation, développer la prise en charge des personnes âgées, prendre en compte le stress et la santé

mentale, préserver la sécurité sociale et maintenir l'effectif des personnels hospitaliers. Les déterminants de la santé sont retenus en priorité et cinquante-sept actions sont proposées pour une politique de santé infra régionale.

Considérer tous les déterminants de la santé au niveau territorial infra régional a également du sens pour les professionnels de santé qui souhaitent faire de la santé publique plutôt que « gérer la crise »⁹⁷¹. Ces professionnels de santé sont aussi certains que cette approche infra-régionale est plus efficace pour prendre en compte les réalités d'un monde qui se complexifie. Il peut être proposé quinze caractéristiques pour le territoire de santé publique, comme cela est précisé dans le tableau ci-après.

LES QUINZE CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE DE SANTE PUBLIQUE INFRA-REGIONAL

Caractéristiques du territoire de santé publique	
1	Indépendance par rapport à des formatages nationaux imposés
2	C'est une construction qui participe à l'appropriation des politiques publiques par les personnes concernées au niveau local, grâce à la prise en compte de leurs besoins et à une meilleure information
3	Une région peut avoir 3 types de territoires de santé publique qui délimitent des besoins de santé de populations : par une zone géographique particulière ; par un découpage administratif ; selon un nombre d'habitants
4	Il prend en compte le territoire de soins, le territoire de santé, etc. l'ensemble des déterminants de la santé et des spécificités temporelles et spatiales du territoire considéré
5	C'est un espace irrigué par le droit. Il est garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé
6	Il est le garant des principes de solidarité et de fraternité. Il est le garant du service public
7	Continuité des soins
8	Amélioration de l'état de santé de toute la population
9	Concept de la « continuité de la santé »
10	Développement de la démocratie sanitaire
11	Planification de la santé « à maxima » par des programmes territoriaux de santé publique comportant les conditions de réussite des actions de santé publique, ainsi que des actions multisectorielles et interministérielles. La contractualisation est possible avec les autres ministères et les collectivités territoriales.
12	L'inspection et le contrôle assurent les missions de police sanitaire et de gestion du risque tout en veillant à la bonne utilisation des financements des PASS et à la non-sélection de patients, et au respect de l'article L. 6154-2 du Code de la santé publique
13	L'innovation et les « pôles de compétitivité en santé publique » y sont encouragés
14	Développement d'enseignements et de recherches interdisciplinaires en santé publique
15	Organisation d'un système (system) pouvant organiser en infra-régional des réseaux (network), des parcours de soins et de santé (pathway), à performance et à plus-value plus importantes en fonction de la ressource investie (value), au sein du concept des « unités territoriales de santé publique »

Source : BRÉCHAT P.-H. 2011.

⁹⁷¹ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Des pôles... (*op. cit.*), p. 571.

Il est également indispensable d'organiser les territoires de santé publique.

Section 2 : L'aménagement du territoire de santé publique

Au sein du territoire de santé publique, la continuité des soins et de la santé nécessite la mise en place d'organisations pouvant assurer l'intégration du secteur sanitaire au secteur social et à la prévention, soit la mise en place de services de santé et de services sociaux intégrés et publics. Pour cela, des modèles étrangers peuvent être dégagés pour conceptualiser et mettre en œuvre de l'« unité territoriale de santé publique ». Des services de santé et des services sociaux y sont nécessaires (**Paragraphe 1**) et la direction du territoire de santé publique mettra en place l'unité territoriale de santé publique (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : L'unité territoriale de santé publique

De nombreux pays ont procédé à une réforme infra-régionale de leur système de santé, comme par exemple l'Allemagne, le Canada (province du Québec), l'Espagne (région de Catalogne), les États-Unis d'Amérique, l'Italie, ou le Royaume-Uni, et la Suisse qui ont été choisis comme références.

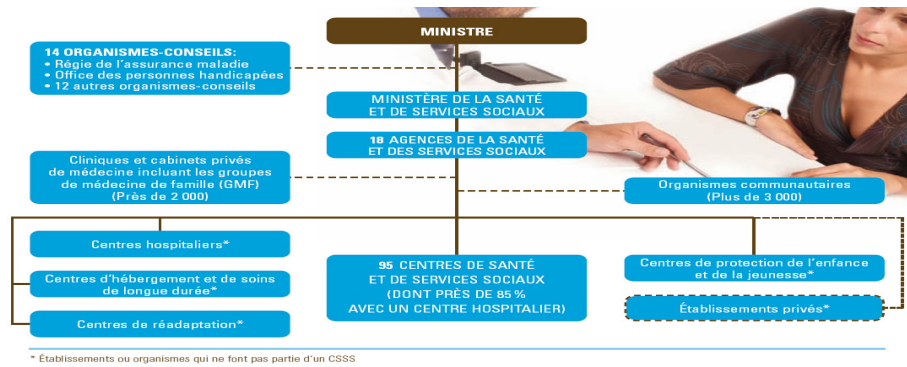
En Italie, il y a un territoire qui bénéficie d'Unités locales de santé constituées d'unités de santé, qui sont principalement composées de médecins spécialistes en médecine général, d'hôpitaux locaux de seconde ligne et de « divisions de promotion de la santé »⁹⁷².

Dans la Province du Québec, il y a 18 agences de la santé et des services sociaux qui organisent le secteur ambulatoire en 95 centres de santé et de services sociaux, comme le montre le schéma ci-après⁹⁷³.

⁹⁷² A. CAMPANA. *Italy reforms*. Communication orale. Ecole des hautes études en santé publique, Paris, 15 septembre 2011.

⁹⁷³ Le Québec est la plus grande province du Canada avec 1 667 441 km² pour 8 millions d'habitants. La France a une superficie de 670 922 km², pour 65,3 millions d'habitants.

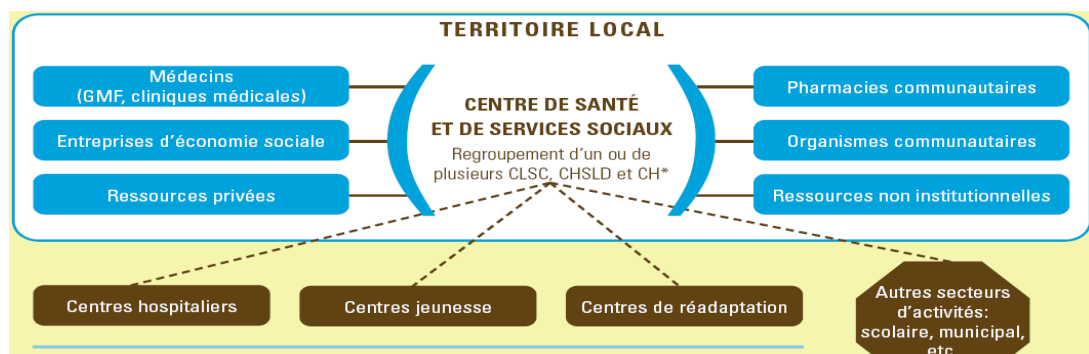
LE SYSTEME DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX AU QUEBEC



Source : SANTE ET SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC. *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. Québec : Santé et services sociaux du Québec, 2011, p. 4-5.

Dans la Province du Québec, les 95 centres de santé et de services sociaux forment un réseau local comme le montre le schéma ci-après.

RESEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX



Source : SANTE ET SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC. *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. Québec : Santé et services sociaux du Québec, 2011, p. 4-5.

En Espagne⁹⁷⁴, un système public de santé permet de couvrir 98 % de la population avec un temps d'accès à un Centre d'Attention Primaire (CAP) inférieur à 30 minutes⁹⁷⁵. Le reste à charge ne concerne qu'une partie du prix des médicaments (40%), excepté les retraités et les patients atteints de certaines maladies chroniques qui en sont exemptés. A taux de mortalité et espérance de vie équivalents, la dépense

⁹⁷⁴ Nous allons nous attacher au système espagnol car il développe des Centres d'Attention Primaires (CAP), qui sont proches du concept de Centre de Santé Primaire Polyvalent (CSPP), développé actuellement en France et que nous verrons ensuite.

⁹⁷⁵ Ce qui est différent de ce qui est en train d'être mis en place en France avec l'accès à des soins urgents en moins de 30 minutes, cité dans APM International. *Accès à des soins urgents en moins de 30 minutes... (op. cit.)*.

de santé annuelle par habitant est deux fois moindre en Espagne qu'en France (15 831 euros de PIB par habitant en Espagne, contre 28 032 euros en France), alors qu'il y a 4,3 médecins pour 1 000 habitants en Espagne, contre 3 pour 1 000 en France. Pour un coût moindre qu'en France, l'Espagne propose une densité médicale supérieure, pour des indicateurs de santé comparables. L'Espagne a un système de santé économiquement plus performant⁹⁷⁶. Cela vient en partie de son organisation de type « National Health Service » anglais, tempéré d'une contractualisation avec l'offre de soins publique et privée avec « achat » de services et mise en concurrence. Nous allons prendre l'exemple de la Catalogne.

En Catalogne (équivalent de l'ARS), il y a 8 régions sanitaires (équivalentes des territoires de santé publique), 43 secteurs sanitaires (équivalents des unités territoriales de santé publique), et 338 aires basiques de santé (équivalentes des Centres de Santé Primaires Polyvalents, etc.). Chaque secteur sanitaire correspond à une zone géographique de 250 000 habitants. Chaque secteur sanitaire est divisé en aires basiques de santé qui prennent chacune en charge entre 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes. Au sein de ces aires basiques de santé, les Centres d'Attention Primaire (CAP) sont équitablement répartis sur tout le territoire en fonction de critères de proximité et d'accessibilité. Ce découpage permet à toute personne de bénéficier d'un temps d'accès à un CAP inférieur à 30 minutes. Dans chaque aire, il y a au moins un CAP. Chaque CAP offre en un même lieu : des actions de prévention, des soins, et prend en compte la dimension sociale. C'est un centre de soins de santé intégré.

Le CAP fonctionne 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365. Ce centre est composé d'une équipe de personnels salariés : des médecins spécialistes en médecine générale (1 pour 1 750 à 2 500 habitants de plus de 14 ans) qui réalisent des consultations sur place et à domicile ainsi que des actions de prévention plus individuelles que collectives ; des médecins spécialistes en pédiatrie (1 pour 1 250 à 1 500 habitants de moins de 14 ans) ; des infirmières (1 par médecin) ; des chirurgiens-dentistes (1 pour

⁹⁷⁶ Mais, les personnes à faibles revenus qui ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur pour l'achat des médicaments, ne peuvent pas toujours financer les 40 % à leur charge, et sont parfois amenées à renoncer à certains traitements, et c'est une inégalité qui apparaît entre les régions d'Espagne.

11 000 habitants) ; des assistantes sociales (1 pour 25 000 habitants). Ce centre comporte également des personnels administratifs, des spécialistes médicaux intervenant sous forme de consultations en fonction des besoins, et un vétérinaire qui peut intervenir en partenariat avec les médecins spécialistes en médecine générale. Le vétérinaire ne dépend pas de l'aire de santé mais appartient au réseau de santé publique municipal. Il y a une prise en compte des problèmes d'hygiène et des risques sanitaires liés aux animaux. Le directeur de l'équipe du CAP est un médecin aidé d'une infirmière adjointe. Les médecins, toutes disciplines confondues, ont sensiblement le même salaire. Cette équipe bénéficie d'une formation continue. Les urgences de nuit et de week-end sont assurées sur la base du volontariat des médecins. Il s'agit de gardes sur place dans les CAP et d'astreintes. Certains centres sont fournisseurs de services pour d'autres, notamment en ce qui concerne la radiologie, le laboratoire, les urgences, le suivi des grossesses (gynécologues et sages-femmes sont gérés par un organisme qui leur est propre). Certains services sont communs à plusieurs aires de santé, comme la pharmacie ou la psychiatrie⁹⁷⁷. La prévention primaire individuelle est systématiquement réalisée dans la CAP par le binôme infirmière-médecin lors de chaque consultation, sur la base de recommandations de bonnes pratiques.

Les CAP ont bénéficié de programmes de constructions, comme il est possible de le constater ci-après.

EXEMPLES DE CENTRES D'ATTENTION PRIMAIRE (CAP) EN CATALOGNE EN ESPAGNE



CAP Florida



CAP Sant Ildefons

**Source : E. SALINES, P.-H. BRÉCHAT, F. SCHÄTZEL, A. DANZON. Régionalisation :
l'expérience de la Catalogne. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2001 ; 37, p. 61-67.**

⁹⁷⁷ E. SALINES, et alii. Régionalisation... (*op. cit.*), p. 61-67.

Le système de santé repose donc sur les CAP à partir desquelles le patient est orienté vers des structures plus spécialisées comme : les hôpitaux, où sont prodigués les soins spécialisés ; les structures médico-sociales ou psychiatriques ; et les réseaux permettant des prises en charge particulières. Les secteurs sanitaires possèdent un hôpital de référence qui intervient en seconde intention à partir du CAP, notamment pour la prise en charge des urgences qui sont adressées par le CAP. Le secteur médico-social comporte des lits de soins de longue durée, de convalescence ou des Unités Fonctionnelles Interdisciplinaires Spécialisées (UFISS) dans des domaines particuliers : la gériatrie, la démence, les soins palliatifs ou les insuffisances respiratoires. Des équipes des Programmes de soutien à domicile (PADES) travaillent en appui à ces unités. Des plans triennaux de santé, intégrant les objectifs de « la Santé pour tous en l'an 2000 » de l'OMS ainsi que les besoins de la population, sont élaborés avec l'administration de la Santé, les professionnels, les usagers, les élus, et les représentants syndicaux.

Il émerge un modèle de système de santé infra-régional organisé qui peut être mis en place en France, à partir du territoire de santé publique. En France, le niveau infra régional n'est ni organisé par composante du continuum, ni organisé entre les composantes du continuum et les déterminants de la santé.

Le territoire de santé publique va changer cela en étant organisé de quatre concepts complémentaires :

- l'« unité territoriale de santé publique »,
- le « CSPP »,
- le « réseau de services de santé et de services sociaux »,
- par la « direction du territoire de santé publique », comme dans le schéma ci-après.

L'« unité territoriale de santé publique » est principalement composée de :

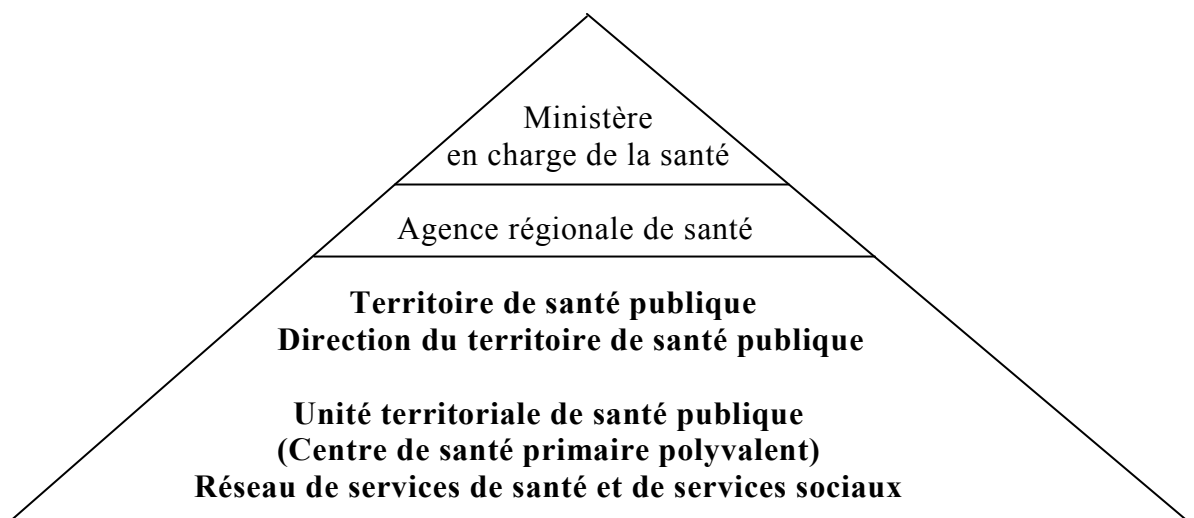
-« CSPP »⁹⁷⁸ ou équivalent, où exercent des médecins spécialistes en médecine générale en lien avec d'autres professionnels de santé et des services sociaux. Des actions de prévention y sont développées,

⁹⁷⁸ Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS), dans la Province du Québec, centres d'attentions primaires en Espagne ou unités locales de santé en Italie. Concept de « centres de santé primaires

-d'hôpitaux locaux de deuxième ligne qui sont les hôpitaux de référence des CSPP,
-des centres de moyen et de long séjour ainsi que des centres de réadaptation.

Le réseau de services sanitaires et de services sociaux va permettre de fédérer et d'organiser les offres de prévention, de soins, ainsi que les offres médico-sociale et sociale au niveau du territoire de santé publique (voir plus loin).

**PROPOSITION D'ORGANISATION TERRITORIALE INFRA-REGIONALE
D'UN SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE**



Source : P.-H. BRÉCHAT 2011

L'unité territoriale de santé publique est le socle de la reconstruction de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout dans l'espace et dans le temps.

L'unité territoriale de santé publique va permettre de simplifier les organisations infra régionales ainsi que leur gestion, tout en donnant des lieux uniques de soins de santé intégrés.

L'unité territoriale de santé publique va faciliter le passage d'un « mille-feuilles » constitué par l'accumulation de prises en compte successives de nouvelles pathologies ou de nouveautés technologiques et médicamenteuses à mesure de leur apparition, à une

polyvalents » mis en place à l'hôpital Saint-Antoine de l'assistance publique des hôpitaux de Paris : voir ci-dessous.

conception globale et interdisciplinaire intégrée en un même lieu, qui privilégie la concertation, la réflexion et l'ingénierie.

L'unité territoriale de santé publique propose un service unique et accessible à la population partout au niveau du territoire de santé publique, sans ségrégation ni hiérarchie d'accès à l'offre en fonction des revenus, comme c'est le cas actuellement pour ceux qui peuvent s'offrir l'accès aux soins notamment primaires (médecins spécialistes avec ou sans dépassements d'honoraires), ceux qui le peuvent moins (PASS, urgences, etc.), ceux qui ne le peuvent pas (Samu social, Médecins du Monde, associations, etc.), et ceux qui y renoncent. Ces unités participeront à la réduction des inégalités de santé tant territoriales que sociales. L'unité territoriale de santé publique va aussi permettre la renationalisation⁹⁷⁹, et la reconstruction d'espaces publics de mixité sociale et de citoyenneté sociale, fréquentés aussi bien par les riches que par les pauvres, ce qui favorisera les expériences de vie commune. La démocratie sanitaire y est développée. La satisfaction des usagers y est évaluée régulièrement, les aidants familiaux y sont accompagnés, et le bénévolat y est encouragé et suivi⁹⁸⁰.

L'unité territoriale de santé publique favorise l'accessibilité financière aux soins⁹⁸¹, car c'est un service public gratuit, sauf pour les médicaments où il demeure un reste à charge, excepté pour les bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur (affections de longues durées, etc.). Ce service public de santé est à nouveau accessible aux 8 millions de personnes qui en 2010, devaient s'imposer des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux (contre seulement 3 % il y a 30 ans)⁹⁸², ainsi qu'aux deux français sur cinq qui retardaient ou renonçaient à des soins à cause de leur coût ou aux 29 % de français qui renonçaient aux soins en 2011 faute d'argent (11 % en 2009 ; 23 % en 2010).

L'unité territoriale de santé publique fédère toutes les actions et les expérimentations de terrain, en vue de leur évaluation et de leur développement. Des recherches et des enseignements adaptés aux spécificités des populations, des territoires et des professionnels, permettent d'impulser sur le moyen et le long terme un savoir-faire

⁹⁷⁹ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...*(*op. cit.*), p. 411.

⁹⁸⁰ E. BRUDER, et alii. Usagers, bénévolat et santé...(*op. cit.*), 2012, p. 229-230.

⁹⁸¹ M. BERNIER. *Rapport...*(*op. cit.*), p. 160.

performant⁹⁸³. Cette information scientifique rendue publique, et ces formations participent à la réduction des inégalités d'accès à l'information.

L'unité territoriale de santé publique favorise des économies ainsi qu'une qualité des soins, car les médecins ne multiplient pas les actes et les prescriptions, car ils sont rémunérés autrement qu'à l'acte⁹⁸⁴ et ils sont évalués⁹⁸⁵, dans un système coordonné, intégré⁹⁸⁶, et bénéficiant de recommandations de bonnes pratiques⁹⁸⁷. Les dépassements d'honoraires sont limités. Les médecins n'ont plus de clientèle privée, et il n'y a plus de sélection de patients « simples et riches » au détriment des patients « complexes et pauvres ». Les coopérations entre professionnels de santé y sont développées et sécurisées⁹⁸⁸. L'optimisation de l'utilisation de l'offre hospitalière est organisée ainsi que le désengorgement des urgences. La prévention est développée ainsi que les services sociaux en lien avec les autres ministères que celui en charge de la santé, les collectivités territoriales, les élus, les usagers et les citoyens.

Chaque unité territoriale de santé publique peut correspondre à une zone géographique de 250 000 habitants, comme pour le secteur sanitaire dans la région de Catalogne en Espagne.

⁹⁸² R. BIGOT. *L'opinion...* (*op. cit.*), p. 4.

⁹⁸³ M. DE STAMPA, I. VEDEL, C. MAURIAT, E. BAGARAGAZA, C. ROUTELOUS, H. BERGMAN, L. LAPOINTE, B. CASSOU, J. ANKRI, J.-C. HENRARD. Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *Int J Integr Care* [en ligne]. 2010 ; 18, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-10. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁹⁸⁴ Par le salariat et la capitation, cité dans P.-L. BRAS. La rémunération des médecins libéraux... (*op. cit.*), p. 256.

⁹⁸⁵ Comme au Québec, le Royaume-Uni s'engage dans l'évaluation de ses médecins. Cette « revalidation », permettra dès 2012 de renouveler ou pas, l'autorisation d'exercice du praticien pour 5 ans.

⁹⁸⁶ P. SWENNEN. Pas de remède... (*op. cit.*), p. 635.

⁹⁸⁷ Ces recommandations doivent être élaborées avec les usagers, professionnels de terrain, les médecins spécialistes en médecine générale et avec une méthode d'élaboration complètement transparente, cité dans PRESCRIRE. Le point après 2 ans d'analyse des guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé. Numéro spécial : agir pour l'accès aux soins de qualité. *Prescrire* 2010 ; 30, p. 614-615.

⁹⁸⁸ F. BIENTZ. *Conception juridique de l'acte médical dans le cadre d'une pluralité d'intervenants*. Thèse ; Droit public : Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis), 2011 ; HAUTE AUTORITÉ de SANTÉ. *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*. Rapport. HAS, août 2007 ; Y. BERLAND. *Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*. Mission « Transfert de Compétences ». Rapport d'étape. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

L'ARS, avec la « direction du territoire de santé publique », organise et évalue l'unité territoriale de santé publique au sein d'un programme d'expérimentations fondé sur des recherches et des preuves, comme l'avait réalisé le ministère en charge de la santé néerlandais⁹⁸⁹ au milieu des années 1980⁹⁹⁰, et comme le proposent François Bourdillon et al.⁹⁹¹. Pour cela, le ministère en charge de la santé organise un colloque international afin de faire le point sur les travaux menés par le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède qui ont proposé des stratégies globales fondées sur des preuves pour réduire les inégalités de santé, notamment à partir d'approches novatrices dans les cinq domaines suivants : les mécanismes de pilotage de la politique ; le marché du travail et les conditions de travail ; la consommation de santé liée à un comportement ; les soins de santé ; et les approches territoriales⁹⁹². Des recommandations de bonnes pratiques pour des expérimentations sont réalisées. Des réunions nationales de « promoteurs d'innovations territoriales » sont mise en oeuvre pour favoriser des échanges et des améliorations. Au sein de ce programme, de nouveaux « pôles de compétitivité en santé publique » sont développés, dans les domaines de la réduction des inégalités de santé ou sur la santé environnement par exemple. Les travaux de la Commission européenne sont utilisés, comme la communication d'octobre 2009 sur les politiques de réduction des inégalités⁹⁹³.

La continuité des soins et la continuité de la santé y sont toutes deux organisées par le « réseau de services de santé et de services sociaux » par territoire de santé publique.

⁹⁸⁹ Un programme de développement de 12 études d'intervention a été mené. Les résultats ont été discutés avec des experts et des décideurs. Un comité consultatif du ministère a ensuite élaboré une stratégie visant à réduire les inégalités socio-économiques et augmenter l'espérance de vie sans handicap de 25 % en 2020. Cette stratégie couvre quatre points d'entrée différents pour réduire les inégalités socioéconomiques en matière de santé, contient 26 recommandations précises, et comprend 11 objectifs de politique quantitative. Des efforts de recherche et développement sont également recommandés. L'approche néerlandaise est unique car elle met l'accent sur le renforcement systématique des données factuelles pour les interventions et les politiques visant à réduire les inégalités de santé. Les chercheurs et les décideurs politiques ont été impliqués dans le processus. Les recommandations ont été plus prises en compte au niveau local que national.

⁹⁹⁰ J. P. MACKENBACH, K. STRONCKS. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* [en ligne]. 2004 ; 3 (11), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-7. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁹⁹¹ F. BOURDILLON, et al. *Quelle politique... (op. cit.)*, p. 20-21.

⁹⁹² J. P. MACKENBACH, M. J. BAKKER. Tackling socioeconomic inequalities in health : analysis of European experiences. *Lancet* [en ligne]. 2003; 362, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1409-1414. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Au niveau ambulatoire, le CSPP proposé, permet de constituer un réseau local de services intégrés qui comporte le centre multidisciplinaire, le centre de santé, le pôle de santé, le cabinet médical, la PASS généraliste et spécialiste (enfants, adolescents, personnes âgées, bucco-dentaire, etc.), l'unité d'accueil et de soins en langue des signes⁹⁹⁴, le service social, le professionnel de santé libéral, le dentiste, le réseau de santé⁹⁹⁵, la maison médicale de garde ou SOS médecins, etc., tout en permettant la contractualisation d'actions avec le centre de prévention Agirc et Arcco par exemple⁹⁹⁶.

La coopération entre professionnels de santé est développée ainsi que l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques et de protocoles de fonctionnement. Des contrôles sur la qualité des soins délivrés en s'appuyant sur les ces recommandations sont régulièrement réalisés par le service du contrôle médical de l'Assurance maladie. Les dépassements d'honoraires et les clientèles privées dans le secteur public sont contrôlés.

Un système de santé « privé-privé » pourrait voir le jour et être mis en concurrence avec le secteur public par l'ARS⁹⁹⁷, pour des services au public⁹⁹⁸. C'est un complément au concept de « service d'intérêt social » de Danièle Cristol qui propose d'homogénéiser les situations des établissements publics et privés⁹⁹⁹. Il devient important de développer l'organisation des services de santé et des services sociaux par la régulation des installations en fonction des besoins de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités de santé territoriales¹⁰⁰⁰.

⁹⁹³ COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPEENNES. Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Bruxelles : Commission des communautés européennes, 2009.

⁹⁹⁴ C. BANCEL, et alii. *L'accès...* (op. cit.), p. 739-741.

⁹⁹⁵ A. BÉRARD, et alii. Les priorités... (op. cit.), p. 739-741.

⁹⁹⁶ A. SAINT-LAURENT. Prévention globale... (op. cit.), p. 201-207.

⁹⁹⁷ C. ÉVIN. Les agences régionales de santé en 2025. In : TABUTEAU D. (dir.). Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. *Office de Prospective en Santé*. Paris : Éditions de Santé/Les Presses de Sciences Po, 2011, p. 63-68.

⁹⁹⁸ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 108.

⁹⁹⁹ D. CRISTOL. *La concurrence...* (op. cit.), p. 511-539.

¹⁰⁰⁰ M. BERNIER. *Rapport...* (op. cit.), p. 161.

Des arguments pour des services sanitaires et des services sociaux de premier recours de qualité efficaces peuvent être donnés, notamment grâce à l'exemple du concept de CSPP issu de la PASS.

Le développement d'une offre de soins de premier recours est une priorité en matière d'organisation du système de santé. De nombreux éléments le montrent.

Des études aux États-Unis d'Amérique et en Grande-Bretagne montrent que si pour une population de 1 000 adultes (seize ans et plus) en moyenne et par mois, 750 connaîtront un épisode pathologique, 250 consulteront un médecin, 9 seront hospitalisés, et 5 seront renvoyés à un autre médecin, il devient indispensable de développer l'offre de soins de premier recours¹⁰⁰¹.

Cette offre de soins de premier recours doit être fondée sur des preuves mais aussi coordonnée à l'échelon territorial et pratiquée en équipe, notamment par des médecins spécialistes en médecine générale, ce qui peut justifier une intervention importante de l'État et la création de l'unité territoriale de santé publique, comme peut le montrer le Dartmouth Atlas Project^{1002,1003}. Ce dernier a mis en évidence, qu'aux États-Unis d'Amérique, toute la population n'a pas accès aux soins réputés efficaces, ce qui relève d'une sous-utilisation des services de santé. Le taux d'utilisation de ces soins réputés efficaces, dont les bénéfices surpassent les risques, devrait être de 100 % dans leurs indications telles que définies par une médecine fondée sur les preuves (evidence based medicine) : par exemple, la couverture vaccinale des personnes âgées contre le pneumocoque est inférieure à 45 % dans certaines régions, alors qu'elle est de plus de 95% dans d'autres. Le Dartmouth Atlas Project a pu montrer que ces variations sont dues au manque de coordination des soins à l'échelon territorial. Les régions desservies par des organisations comme la Mayo Clinic de Rochester ou l'Intermountain Healthcare de Salt Lake City qui coordonnent les soins, sont mieux prises en charge par rapport à d'autres régions qui sont souvent plus densément couvertes en professionnels par habitant ou en

¹⁰⁰¹ K. L. WHITE. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res* [en ligne]. 1997 ; 32 (1), [réf. du 29 décembre 2011], p. 11-21. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, et K. L. WHITE, et alii. The Ecology... (*op. cit.*), p. 885-892.

¹⁰⁰² A. FLAHAULT. *Trop de soins peut nuire à la santé*. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/> [consulté le 19 septembre 2011].

ressources hospitalières. Car les soins y sont aussi pratiqués en équipe. Dans ces régions bien coordonnées, il y a également davantage de médecins de soins primaires (généralistes) par rapport au nombre de spécialistes.

Il a été calculé, que si l'on appliquait le niveau d'organisation du système de santé des régions desservies par la Mayo Clinic ou l'Intermountain Healthcare à tout le territoire des États-Unis d'Amérique, près de 40 % des dépenses de santé consacrées aux maladies chroniques pourraient être économisées dans le pays¹⁰⁰⁴. Comme l'écrit Antoine Flahault : « des économies colossales »¹⁰⁰⁵ pourraient être réalisées.

De plus, le développement des soins primaires est à privilégier car ils sont moins coûteux que les soins secondaires et tertiaires¹⁰⁰⁶. Les professionnels des services de premiers recours trient, filtrent et s'assurent de n'avoir recours aux soins spécialisés qu'à bon escient (fonction de « régulateur de l'accès aux soins spécialisés » - gatekeeper). Des consultations spécialisées ou des hospitalisations sont ainsi économisées. L'amélioration de l'interdisciplinarité entre les médecins et les autres professionnels peut participer à la diminution des coûts, mais aussi à la continuité et à la coordination des soins¹⁰⁰⁷. Cela permet aussi d'améliorer l'efficacité de la coordination des différents intervenants, dont les services sociaux, pour la prise en charge des patients « complexes », c'est à dire nécessitant des prises en charge complexes dans des organisations complexes.

Pour le HCAAM, une coopération plus efficace des différentes professions, des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales doit être améliorée, ainsi qu'une plus grande ouverture de l'hôpital concernant les soins autour du patient complexe, notamment âgé. Et la coordination de ces soins doit être financièrement valorisée¹⁰⁰⁸.

¹⁰⁰³ Disponible sur : <http://www.dartmouthatlas.org/> [consulté le 25 novembre 2011].

¹⁰⁰⁴ J. WENBERG. Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ* [en ligne] 2011 ; 342, [réf. 29 décembre 2011], p. 687-690. Disponible sur : <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/8810/7/1>

¹⁰⁰⁵ A. FLAHAULT. *Trop de soins peut nuire à la santé...* (op. cit.).

¹⁰⁰⁶ G. DE POUVOURVILLE. L'organisation des soins... (op. cit.), 405.

¹⁰⁰⁷ G. DE POUVOURVILLE. L'organisation des soins. In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité...* (op. cit.), p. 401-406.

La médecine ambulatoire doit permettre le développement des réponses adaptées aux problèmes de santé des patients afin de participer à la diminution des dépenses inutiles, mais aussi pour avoir le moins d'effets négatifs sur la santé des patients pris en charge. La prévention doit y être développée pour participer à l'allègement de la charge du secteur hospitalier. Elle doit développer des interventions précoces pour participer à l'allègement de la charge du secteur médico-social¹⁰⁰⁹. Les assistantes sociales, par leurs prises en charge et leurs accompagnements, participent à la diminution du nombre et de la durée des séjours hospitaliers des patients pris en charge.

Les soins primaires doivent proposer des actions de promotion de la santé. La question du rapport coût / bénéfique des investissements pour la promotion de la santé est présente dans l'esprit des financeurs et des porteurs de projets, comme peut en témoigner les 400 articles recensés depuis 1990 dans les revues à comité de lecture¹⁰¹⁰. En Suisse par exemple, l'Office fédéral de la santé publique a commandé trois études sur l'évaluation économique dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, et ce sur trois thèmes : la prévention du tabagisme ; la consommation nocive d'alcool ; et les accidents de la route. Le principal résultat est un rendement positif pour chaque franc investi dans la promotion de la santé et les efforts de la prévention des accidents de la route, du tabagisme et de l'usage nocif d'alcool. Le retour sur investissement estimé varie entre 9,4 pour les programmes publics de prévention des accidents de la route, 23 pour la prévention de l'alcool et 41 pour celle du tabac. La recherche démontre des bénéfices potentiels des mesures de prévention dans les trois domaines choisis, et montre que de tels efforts sont économiquement avantageux pour la société dans son ensemble¹⁰¹¹.

¹⁰⁰⁸ J.-P. VINQUANT, et al. Vieillesse...(*op. cit.*), p. 36.

¹⁰⁰⁹ J.-M. BERTRAND, C. COURRÈGES, A. LOPEZ. Nouvelle gouvernance régionale pour une meilleure régulation en faveur de la santé. In : E. COUTY, et alii. *La loi HPST...*(*op. cit.*), p. 341-351.

¹⁰¹⁰ B. RUSH, A. SHIELL, P. HAWE. A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research* [en ligne]. 2004 19 (6), [réf. du 29 décembre 2011], p. 707-719. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹⁰¹¹ S. WIESER, L. KAUER, S. SCHMIDHAUSER, M. PLETSCHER, U. BRUGGER, C. JEANRENAUD, S. FUGLISTER-DOUSSE, D. KOHLER, J. MARTI. Rapport de synthèse-Évaluation économique des mesures de prévention en Suisse. Résumé. Zurich University of Applied Sciences, Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel [en ligne]. 2010 [réf. du 29 décembre 2011], 12 pages. Disponible sur :

En 2008, l'OMS a recommandé un renouveau des Soins de Santé Primaires (SSP) pour favoriser la cohésion sociale, les systèmes de santé étant mis à rude épreuve par la mondialisation, mais aussi pour prendre en charge des besoins de santé des populations qui manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale¹⁰¹².

L'État et l'Assurance maladie doivent promouvoir un service public de premier recours générant des économies. Pour cela, deux conditions : les médecins doivent bénéficier de recommandations de bonnes pratiques basées sur la médecine fondée sur les preuves qu'ils appliqueront, plutôt que des actions relevant de leurs choix et préférences ; et l'État et l'Assurance maladie doivent organiser au niveau du territoire de santé publique, l'intégration des soins de premier et de second recours dans un système où le parcours de soins est rationalisé, afin d'utiliser efficacement les ressources (value). Au vu des contraintes budgétaires en cours et à venir, c'est là que l'effort doit porter.

La prise en charge globale de qualité du patient, qui comporte la prise en compte de tous les déterminants de la santé, favorise efficacement l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé¹⁰¹³. Pour bénéficier de services sociaux de qualité et efficaces, les politiques publiques doivent agir de façon volontariste et résolue sur les milieux et les environnements sociaux, plutôt que de se cantonner essentiellement à des opérations de communication visant à informer les individus des risques sanitaires afin qu'ils changent leurs comportements¹⁰¹⁴. Par exemple, favoriser des améliorations de l'habitat et de l'environnement peut générer des gains en matière de lutte contre l'obésité et le diabète, et ce indépendamment de l'adoption

http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t.lnp6I0NTU042I2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

¹⁰¹² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Les soins primaires de santé : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alama-Ata. Genève, OMS, 2008, p. xi.

¹⁰¹³ A.-R. TARLOV, et al. Introduction...(*op. cit.*), p. IX-XXV.

¹⁰¹⁴ F. BUTON, F. PIERRU. *Métamorphose de la santé publique et marginalité persistante de la problématique des inégalités sociales de santé*. Communication orale. Congrès pluri-thématique 2011 de la Société française de santé publique, Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : comment avancer ? Lille, 2 au 4 novembre 2011.

de comportements favorables à la santé¹⁰¹⁵, tout en réduisant des inégalités sociales de santé.

Pour améliorer l'efficacité de la prise en charge tout en répondant aux besoins des populations du territoire de santé publique, des expérimentations innovantes qui associent les services de santé et les services sociaux peuvent être réalisées, afin de suivre les recommandations de l'OMS. Le Centre de Santé Primaire Polyvalent (CSPP) est une expérimentation innovante qui associe les services sanitaires et les services sociaux. Les soins de premier recours, moins coûteux que les soins secondaires et tertiaires, y sont pratiqués par des médecins spécialistes en médecine générale, et coordonnés, par un travail en équipe, avec des services sociaux, notamment pour les patients complexes. Ce concept de CSPP peut rejoindre les autres possibilités, comme les centres de santé, etc., qu'un directeur général d'ARS peut mobiliser pour organiser le secteur ambulatoire tout en réduisant les inégalités.

Tout en continuant de prendre en charge des patients précaires, migrants et sans papier, la polyclinique Baudelaire-PASS de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP située dans le Nord-Est de Paris¹⁰¹⁶ répond de plus en plus à de nouveaux besoins de santé de la population de ce territoire de santé : ceux des patients complexes qui n'ont plus de médecin traitant, parce qu'il s'est orienté vers une autre activité que la médecine générale, parce qu'il est parti et n'a pas été remplacé ou parce qu'il fait des dépassements d'honoraires que les patients ne peuvent payer. Pour y répondre, la

¹⁰¹⁵ J. LUDWIG, L. SANBONMATSU, L. GENNETIAN, E. ADAM, G. J. DUNCAN, L. F. KATZ, R. C. KESSLER, J. R. KING, S. TESSLER LINDAU, R. C. WHITAKER, T. W. McDADE. Neighborhoods, Obesity, and Diabetes - A Randomized Social Experiment. *N Engl J Med* [en ligne]. 2011 ; 365, [réf. du 29 décembre 2011], p.1509-1519. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹⁰¹⁶ La polyclinique Baudelaire - PASS de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP bénéficie d'une surface de 1126 m², au rez-de-chaussée d'un bâtiment neuf, au dessus du service des Urgences et en dessous du service de réanimation médicale. Ce service comprend un accueil avec salles de stockage de dossiers médicaux et boîtes de paiement, deux cabinets infirmiers, six cabinets médicaux (dont un est équipé d'une table d'examen gynécologique), un accueil social avec deux cabinets d'assistantes sociales, une salle de pansements, une salle de prélèvements, une salle de surveillance pouvant accueillir pendant la journée deux patients, une pharmacie, des toilettes (pour les patients et pour le personnel), une douche, une salle de bain, une pièce où sont entreposés des vêtements propres qui peuvent être donnés (après traitement de la gale par exemple), une salle où des collations peuvent être servis à des patients, une salle de détente et deux vestiaires. Il y a deux bureaux collectifs (assistantes sociales au rez-de-chaussée pour les assistantes sociales et médecins à l'étage), un bureau pour la secrétaire du chef de service, un bureau pour le chef de service, une pièce de rangement, deux toilettes et une cuisine, in : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Eléments pour un concept avec référentiel...* (*op. cit.*), p. 355-369.

policlinique Baudelaire a évolué en CSPP qui bénéficie depuis 2011 d'un projet médical accepté par son pôle d'activité et son établissement de santé. Une prise en charge interdisciplinaire (infirmière, médecin spécialiste en médecine générale, assistante sociale, etc.) est réalisée, notamment pour les patients complexes. Des coopérations entre professionnels de santé y sont développées : infirmière - médecin spécialiste en médecine générale ; et médecin spécialiste en médecine générale - assistante sociale. Les médecins sont majoritairement des praticiens hospitaliers, et les autres professionnels ont des statuts de la fonction publique hospitalière. Ces médecins spécialistes en médecine générale sont des régulateurs de l'accès aux soins spécialisés (gatekeeper). Une coopération et des consultations ont été développées pour répondre aux besoins spécifiques des populations prises en charges : coopération psychologue-psychiatre ; consultations de gériatrie, de dermatologie, dentaire, d'ophtalmologie, de stomatologie, « violences », « voyages », etc. Des consultations pour les personnes sourdes et ou muettes, pour les personnes présentant des handicaps, etc. sont possibles ainsi que des traductions, la télé médecine ou la vidéoconférence, etc. Des partenariats ont également été développés avec des associations, comme le « bus des femmes » et « droit d'urgence », ainsi qu'avec les services sociaux des collectivités territoriales. Un secrétariat assure le suivi des dossiers, ce qui permet de dégager du temps pour les professionnels de santé¹⁰¹⁷.

Les services sociaux de ce CSPP ont constaté une hausse du nombre d'usagers n'ayant aucun logement : 23 % des patients reçus étaient sans domicile fixe en 2010 contre 18 % en 2009, lors du premier entretien. Le nombre d'usagers ayant un logement fixe est en diminution en 2010. Ces services sociaux ouvrent plus de droits aux personnes de nationalité française (134 CMU de base, CMU-C et exonérations du ticket modérateur en 2009 ; 226 en 2010) qu'aux personnes de nationalité étrangère qui résident en France de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois mais qui ne disposent pas d'un titre de séjour (140 AME en 2009 et 150 en 2010), ce qui améliore l'accès aux soins quel que soit les caractéristiques socio-démographiques des patients. Ces services sociaux participent à la réduction des inégalités d'accès aux soins par une prise en charge sociale globale des patients, qui comprend également la

¹⁰¹⁷ P.-H. BRÉCHAT, et al. *Éléments pour un concept avec référentiel : le « centre de santé primaire polyvalent (CSPP) »...*(*op. cit.*), p. 355-369.

recherche d'hébergement ou l'aide alimentaire¹⁰¹⁸. Ce CSPP est un centre de services de santé et de services sociaux public ouvert à tous. C'est un lieu de mixité sociale et de citoyenneté sociale. Ce Centre de Santé Primaire Polyvalent prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé pour chaque patient et chaque population : logement, éducation, travail, culture, etc. Ce CSPP est un des constructeurs d'une politique de santé publique infra-territoriale, favorisant l'égalité d'accès aux soins et à la santé, ainsi que la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général.

Il faut rappeler que la consultation d'un usager auprès d'un médecin spécialiste en médecine générale de la CSPP qui en secteur 1, soit à 23 euros, n'est pas gratuite : il devait payer en janvier 2011 un ticket modérateur de 6,90 euros (soit près de 50 francs) s'il n'avait pas d'assurance maladie complémentaire. Il faut que la prise en charge au sein de la CSPP soit gratuite, pour réduire une partie des renoncements aux soins, des ruptures de la continuité des soins et de la continuité de la santé.

Pourtant, la prise en charge pluridisciplinaire de chaque entrée faite au CSPP revient en moyenne à 95 euros¹⁰¹⁹, ce qui est supérieur aux 48 euros d'un acte effectué par un médecin libéral mais qui travaille seul, et inférieur au montant moyen d'un passage aux urgences qui est de 223 euros¹⁰²⁰. Le financement des consultations en CSPP est proche des 70 euros proposés en 2010 par Elisabeth Hubert pour des consultations « longues et difficiles »¹⁰²¹. En plus, ce centre de services de santé et de services sociaux permet aux services d'urgences de se concentrer sur leur spécialité, car 8 % des patients du CSPP sont adressés par le service des urgences du centre hospitalier

¹⁰¹⁸ C. GARIEN, G. AUBRY. Assistante sociale à la polyclinique Baudelaire – PASS : des professionnelles de santé publique ? In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 235-242.

¹⁰¹⁹ A partir d'une étude réalisée entre le 27 octobre et le 26 novembre 2010, soit sur 20 jours temps pleins et qui a permis de recenser 1151 entrées, soit 13812 par an ; ces entrées ont bénéficiées de 761 consultations médicales (66,1 % des entrées), 231 prélèvements (20,1 % des entrées), 218 consultations par une assistante sociale (18,9 % des entrées), 97 pansements (8,4 % des entrées) et 55 consultations de psychologues (4,8 % des entrées), in : E. BANAS, H. PIQUET, P.-H. BRÉCHAT. Eléments médico-économiques pour un centre de santé primaire polyvalent (CSPP) : étude pilote à la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 371-376.

¹⁰²⁰ COUR DES COMPTES. *Rapport sur les urgences... (op. cit.)*, p. 336-338.

¹⁰²¹ E. HUBERT. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Rapport pour le Président de la République, le 26 novembre 2010.

réfèrent, ce qui fait faire des économies à l'Assurance maladie. Ce CSPP participe au désengorgement des urgences. De plus, il bénéficie d'un modèle¹⁰²², d'un Compte de Résultats Analytiques (CréA)¹⁰²³ et pourrait bénéficier d'une contractualisation avec la direction de territoire de santé publique. Il reste à montrer l'amélioration de la satisfaction des usagers ainsi que les économies réalisées par ces améliorations d'organisation des soins¹⁰²⁴.

Ce CSPP¹⁰²⁵ intègre, tout en allant plus loin, la définition des « soins de premier recours » donnée par le titre II de la loi HPST¹⁰²⁶, car il prend en charge les travaux qui étaient à la seule charge des médecins généralistes de premier recours¹⁰²⁷, tout en intégrant les centres de santé¹⁰²⁸, les maisons de santé¹⁰²⁹, et les pôles de santé¹⁰³⁰. De plus, le CSPP, à l'instar du centre de santé et de services sociaux de la Province du Québec ou du CAP de la région de Catalogne en Espagne, est une offre de soins organisée qui intègre les autres dispositifs existants, allant des PASS généralistes ou spécialisées, les cabinets médicaux et paramédicaux, les centres pluridisciplinaires, les centres d'examen de santé, les dispensaires, les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) ou les Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS). Le CSPP intègre également les réseaux (de soins, de santé, Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer-MAIA, etc.) et les dispositifs (« ASAC », « sophia », « CAPI », « ASALEE » ou les « contrats santé solidarité » et les « paiements à la performance ») de l'Assurance maladie, ou le dispositif « EPODE » des collectivités territoriales. Le CSPP permet d'intégrer les coopérations entre professionnels, les gestionnaires de cas (MAIA, sophia, etc.), les aidants familiaux, et est en lien avec les représentants d'associations d'usagers¹⁰³¹. Le CSPP favorise l'intégration des services de santé et des services sociaux, ainsi que l'exercice libéral

¹⁰²² P.-H. BRÉCHAT, et al. *Eléments pour un concept...* (*op. cit.*), p. 355-369.

¹⁰²³ E. BANAS, et alii. *Eléments...* (*op. cit.*), p. 371-376.

¹⁰²⁴ L. DUDLEY, P. GARNER. *Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. Cochrane Database Syst Rev* [en ligne]. 2011 ; 6 (7), [réf. du 29 décembre 2011], CD003318. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹⁰²⁵ C'est un service public, et ce n'est pas un « point », une « plate-forme », un « relais » ou une « maison des services publics », cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (*op. cit.*), p. 677-683.

¹⁰²⁶ Article L.1411-11 du code de la santé publique.

¹⁰²⁷ Article L. 4130-1 du code de la santé publique.

¹⁰²⁸ Article L.6323-1 du code de la santé publique.

¹⁰²⁹ Article L.6323-3 du code de la santé publique.

¹⁰³⁰ Article L.6323-4 du code de la santé publique.

¹⁰³¹ P.-H. BRÉCHAT, et al. *Eléments pour un concept...* (*op. cit.*), p. 355-369.

sous des statuts alternatifs au paiement à l'acte. Des postes partagés entre ces centres, l'hôpital ou les collectivités territoriales sont possibles. Le CSPP peut être un service public souple pouvant être décloisonné avec d'autres, afin d'expérimenter des formes de polyvalences. Ces polyvalences peuvent être internes à la structure qui peut, par exemple abriter une école ce qui favorise la prévention, ou externe avec par exemple le personnel qui distribue le courrier ou achemine des courses lors de des visites aux usagers qui ne peuvent se déplacer¹⁰³².

Ce CSPP est une innovation intégrative¹⁰³³. Il est un de ces « modèle[s] de référence que chacun a en tête, celui d'une médecine de proximité organisée collectivement, avec des cabinets pluri-professionnels »¹⁰³⁴.

Cette innovation peut être implantée partout en France et en dehors d'un établissement de santé. Des CSPP peuvent être implantés prioritairement dans les quartiers défavorisés, à l'instar des 3 700 centres de santé qui l'ont été aux États-Unis d'Amérique et qui assurent 15 millions de consultations par an¹⁰³⁵.

Un concept similaire au Centre de Santé Primaire Polyvalent est mis en place à L'Ile d'Yeu en Vendée¹⁰³⁶. Ce sont les élus locaux qui ont été moteurs du projet. Ils se sont aperçus que les médecins spécialistes de médecine générale de l'Ile d'Yeu s'en allaient sans être remplacés, et que cela provoquait un exode de la population vers le continent, et en particulier à Nantes en Vendée où il y a un centre hospitalier universitaire. Ils ont alors mis en place une maison médicale où les médecins ont le statut de praticien hospitalier, et où ils sont gérés par le centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon. Leur planning est organisé par l'hôpital. Ils doivent développer des actions de prévention ainsi que des prises en charges globales avec les services sociaux. Cette maison devrait accueillir d'autres professionnels de santé pour une prise en charge interdisciplinaire des patients. Des centres interdisciplinaires favorisent aussi la construction de bâtiments à

¹⁰³² J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 108.

¹⁰³³ L'intégration peut correspondre ici à la mutualisation qui a pour but la recherche de qualité et d'efficacité, la recherche d'économies d'échelles et l'équilibre financier, cité dans Y. LECUYER. *Mutualisation et services publics : les enjeux de la réforme. Droit Administratif* 2009 ; étude 6, p. 3-8.

¹⁰³⁴ S. MAURY. *Réhabiliter...* (op. cit.), p. 94.

¹⁰³⁵ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 55.

¹⁰³⁶ D. DEPINOY. *Maisons et pôles de santé de premier recours : Un choix politique à confirmer.* Mémoire de fin de l'Executive Master « Gestion et politique de santé », Sciences Po, 2010.

basse consommation, comme à Oyonnax dans le département du Jura, ce qui permet de réduire la taxe carbone et de réaliser des économies¹⁰³⁷.

Si la conversion des structures hospitalières peut concerner les structures médico-sociales d'aval¹⁰³⁸, elle peut aussi concerner l'amont de l'hôpital : des hôpitaux généraux peuvent être convertis en CSPP ou en hôpitaux de premier recours ou de première ligne. Leurs personnels peuvent participer aux soins de santé primaires en dehors de l'hôpital.

Cet ensemble innovant ou son équivalent est la base de l'unité territoriale de santé publique accessible et performante. Le développement de la démocratie sanitaire, de la concertation, de la planification de la santé et de la quasi-gratuité favorise la mise en place de ce dispositif.

Les CSPP peuvent être équitablement répartis sur tout le territoire national en fonction de critères de proximité et d'accessibilité permettant à toute personne de bénéficier d'un temps d'accès inférieur à 30 minutes, et prendre en charge 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes¹⁰³⁹. Il peut y en avoir plusieurs par unité territoriale de santé publique (250 000 habitants). Ces CSPP font des liens avec tous les partenaires par déterminants de la santé, comme la médecine scolaire, etc., via le réseau de services de santé et de services sociaux. Le CSPP bénéficie au sein de réseaux de services de santé et de services sociaux, de recommandations de bonnes pratiques et de protocoles de fonctionnement avec les hôpitaux de référence, les urgences, les soins spécialisés de second recours, les centres de moyen et de long séjour ainsi que des centres de réadaptation. Cela permet de consolider le maillage des hôpitaux tout en intégrant le continuum. Charge à la direction du territoire de santé publique de mettre cela en place.

¹⁰³⁷ J.-A. M. GRAY. *How To Get Better Value... (op. cit.)*, p. 1-136, J.-A. M. GRAY. *Quel système... (communication cit.)*.

¹⁰³⁸ C. HESSE, V. MAYMIL, V. le TAILLANDIER DE GABORY. *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociale. Rapport*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011.

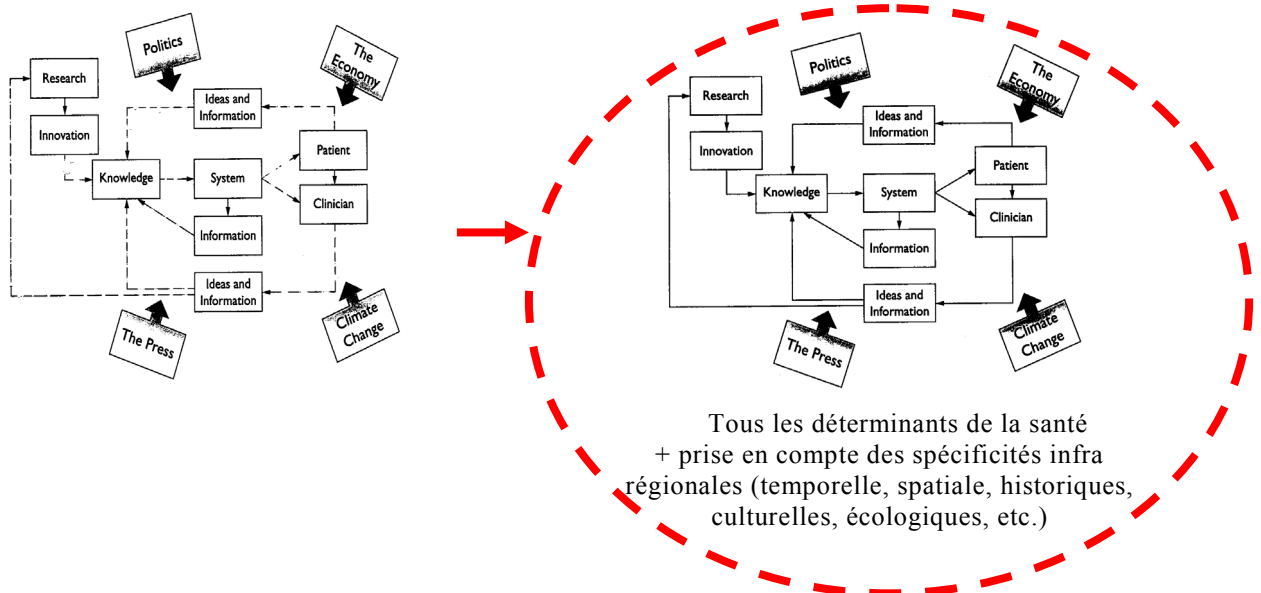
¹⁰³⁹ Des Centres de Santé Primaires Polyvalents (CSPP) pourraient être mis en place dans des « déserts médicaux » ou des territoires n'ayant plus de médecine ambulatoire en secteur I, comme dans le Nord-Est de Paris. Ils prendraient en charge 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes, tout en garantissant notamment un temps d'accès inférieur à 30 minutes.

Paragraphe 2 : La direction du territoire de santé publique

Le concept sera développé puis des intérêts pour sa mise en œuvre seront dégagés.

La « direction du territoire de santé publique » est le responsable du développement d'un système¹⁰⁴⁰ au sein du territoire de santé publique, avec un fonctionnement en réseau interconnecté en permanence (network) avec les usagers, les citoyens et les professionnels de santé. La direction du territoire de santé publique produit en continu des connaissances partagées en prenant en compte les données scientifiques et les innovations. Elle prend en compte les besoins de santé de la population à partir des déterminants de la santé, tout en considérant les spécificités du territoire de santé publique, soit les particularités temporelles, spatiales et géographiques, historiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles, socio-économiques, écologiques, etc. Le système du territoire de santé publique peut être schématisé comme ci-après.

**DEVELOPPEMENT D'UN SYSTEME
PAR LES DIRECTIONS DU TERRITOIRE DE SANTE PUBLIQUE**




Source : D'après J.-A. M. GRAY. *How To Build Healthcare Systems*. Oxford, Offox Press Ltd, 2011, p. 95.

¹⁰⁴⁰ Un système est un ensemble d'activités dont le but est commun, qui bénéficient d'un ensemble commun d'objectifs et de critères en fonction desquels les progrès vers les objectifs peuvent être modifiés. Un système produit aussi un rapport annuel, in : J.-A. M. GRAY. *How To Build ... (op. cit.)*, p. 11-36.

La direction du territoire de santé publique de l'ARS a les moyens d'observer la santé de la population, de faire remonter les problèmes et de les prendre en compte pour les résoudre au sein d'une politique de santé publique bénéficiant de moyens financiers dédiés. Elle peut être constituée par l'intégration des services et des professionnels de santé publique de l'État (ARS et préfectures) et de l'Assurance maladie, comme par exemple les délégations territoriales des ARS et les unités territoriales de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), mais également ceux des collectivités territoriales du territoire de santé publique considéré. La DRJSCS n'est plus rattachée à la préfecture¹⁰⁴¹ mais à l'ARS et à la direction du territoire de santé publique, et il a été mis fin à la dichotomie entre l'État et l'Assurance maladie¹⁰⁴².

Une des missions de la direction du territoire de santé publique est de construire un accès aux soins et à la santé pour tous et dans tout le territoire de santé publique. Pour cela, elle fait évoluer le dispositif actuel où cinq populations ont des accès aux soins et à la santé différents, soit un dispositif à cinq vitesses, vers un système permettant le même accès aux soins et à la santé pour tous et partout, soit un système à une vitesse, comme peut le montrer le schéma ci-après.

ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE

	Accès aux soins	Accès à la santé (ensemble des déterminants de la santé)		Accès aux soins	Accès à la santé
1	Ceux qui ont accès aux soins	Ceux qui ont accès à la santé		1	Même accès partout et pour tous
2	Ceux qui ont difficilement accès aux soins	Ceux qui ont difficilement accès à la santé			
3	Ceux qui renoncent aux soins	Ceux qui renoncent à la santé			
4	Ceux qui ne peuvent avoir accès qu'aux associations ou aux organisations non gouvernementales	Ceux qui ne peuvent avoir accès qu'aux associations ou aux organisations non gouvernementales			
5	Ceux qui n'ont pas accès	Ceux qui n'ont pas accès			

Source : P.-H. BRÉCHAT 2011.

¹⁰⁴¹ J.-L. VIDANA. Les agences... (op. cit.), p. 273.

¹⁰⁴² J.-L. VIDANA. Les agences... (op. cit.), p. 273-279.

La direction du territoire de santé publique est chargée de mettre en œuvre une politique de santé publique infra-régionale, à partir des lois qui seront proposées (exemples de loi sur les services de santé et les services sociaux, loi sur la santé publique, et loi sur l'assurance maladie), tout en prenant en compte les réformes des collectivités territoriales et la politique de la ville. En lien avec l'ARS et les collectivités territoriales, elle recueille les données disponibles pour proposer les besoins de santé de la population selon l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Elle propose des actions visant à renforcer les services nécessaires à la vie de la population. Ces travaux sont réalisés avec les collectivités territoriales et la population (citoyens et usagers) pour évaluer les besoins de santé et les moyens pour y répondre, en définissant le territoire de santé publique et la politique de santé publique infra-régionale. La direction du territoire de santé publique peut expérimenter la conception d'une loi sur la santé, comme l'a réalisé le canton de Genève en Suisse [Annexe 5].

La direction du territoire de santé publique met en œuvre, coordonne, gère et évalue les composantes des unités territoriales de santé publique. Ainsi, les établissements de santé ne peuvent plus se séparer d'activités et de services qui répondent à des besoins de santé de la population. Et ce, même si un retour à l'équilibre est en jeu et que l'établissement pense qu'il convient de les fermer même s'ils répondent à des besoins de santé de la population, car étant « moins rentables » par rapport à d'autres « plus rentables » qui doivent être développés. Il n'y a plus de sélection de clientèle. Elle promeut les coopérations entre professionnels de santé, les recommandations de bonnes pratiques ainsi que les protocoles de fonctionnement entre les composantes des unités territoriales de santé publique. Ces unités participent à un programme d'expérimentations fondé sur des recherches et des preuves pour réduire les inégalités de santé. La direction du territoire de santé publique peut diligenter des missions d'inspection et de contrôle.

La direction du territoire de santé publique assure la mise en cohérence de la politique de santé publique infra-régionale, fournit un appui pour la gestion prévisionnelle des professionnels de santé que sont les personnels hospitaliers par

exemple¹⁰⁴³ comme le réalise la région Bretagne pour les médecins¹⁰⁴⁴, ce qui participe à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Les professionnels de santé publique de la direction du territoire de santé publique ont des marges de manœuvres pour favoriser un service public souple et polyvalent¹⁰⁴⁵. Ils peuvent trouver des solutions à plus-value plus importantes pour réduire des inégalités d'accès aux soins et à la santé et satisfaire les besoins du public en fonction de la ressource investie (value).

Ces propositions reprennent celles de Bernard Marrot en 1996, pour qui une « très large délégation doit être accordée aux collaborateurs territoriaux du directeur [général de l'ARS] pour leur permettre d'agir avec toute l'audience nécessaire à leur mission. Le niveau régional ne doit décider que des priorités essentielles et rendre un arbitrage sur des conflit d'intérêts fondamentaux »¹⁰⁴⁶.

Ces propositions rejoignent celles qu'ont faites Marc Bernier en 2008, Elisabeth Hubert en 2010, Michel Chassang ou Jean-Pierre Fourcade en 2011.

Marc Bernier a proposé de « structurer le maillage de l'offre de soins en regroupant au sein d'une ou plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires, notamment autour des structures hospitalières ou médico-sociales, tout en maintenant, si nécessaire, des cabinets « satellites » pour répondre aux besoins de santé des patients éloignés [...] tout en attirant de nouveaux professionnels, en leur offrant des statuts d'exercice variés et en accueillant des stagiaires »¹⁰⁴⁷.

Elisabeth Hubert a proposé de déterminer les territoires sur lesquels implanter prioritairement des centres d'exercice regroupé et pluri-professionnel¹⁰⁴⁸. Les jeunes

¹⁰⁴³ J. MALLOT. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 26 mai 2010, n°2556 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

¹⁰⁴⁴ A. FOUCHARD. *La planification sanitaire, un outil de pilotage de la démographie médicale ? L'exemple de l'élaboration du SROS-PRS en région Bretagne*. Mémoire de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique, Ecole des hautes études en santé publique, 2011.

¹⁰⁴⁵ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 108.

¹⁰⁴⁶ B. MARROT. *L'administration de la santé en France*. Collection Logiques Juridiques. Paris : Editions L'Harmattan, 1996, p.477.

¹⁰⁴⁷ M. BERNIER. *Rapport...* (op. cit.), p. 129.

¹⁰⁴⁸ E. HUBERT. *Mission...* (op. cit.), p. 93.

médecins sont intéressés par un exercice de groupe interdisciplinaire ainsi que par des emplois salariés.

Michel Chassang propose de « privilégier les facultés et les centres de formation proches des zones sous dotées, en offre de soins dans la répartition des capacités de formation supplémentaires ouvertes par la hausse des *numerus clausus* et autres quotas de formation de professionnels de santé, afin de mettre à profit la tendance de ces derniers à exercer à proximité de leur lieu de formation »¹⁰⁴⁹. Au Centre de Santé Primaire Polyvalent de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP, les cinq internes en médecine générale qui y ont fait un stage entre 2010 et 2012 ont demandé à y travailler une fois leur doctorat passé.

Jean-Pierre Fourcade propose la création de « services de santé » intégrant réseaux, centres, et pôles de santé¹⁰⁵⁰.

Ces propositions vont à l'opposé de celles de Marc Bernier, qui a proposé en 2008 de fixer des normes d'accès en terme de délais d'accès en fonction de la géographie réelle : 30 minutes pour un service d'urgence (ou un SMUR) et 45 minutes pour une maternité¹⁰⁵¹. Ces délais peuvent pourtant être des objectifs nationaux pour la planification de la santé mais pour les soins de premier recours (CSPP ou équivalent), et non pas à partir de l'hôpital¹⁰⁵². Il doit être fixé des normes d'accès aux soins de premier recours, comme en Espagne, pour que tout usager pris en charge par un CSPP bénéficie d'un temps d'accès inférieur à 30 minutes, et que les soins de premier recours soient équitablement répartis au sein de l'unité territoriale de santé publique : un pour 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement un pour 40 000 habitants dans les grandes villes. Les normes d'accès pour les soins spécialisés de second recours peuvent être les mêmes que ceux pour les soins de premier recours si, comme en Espagne, les médecins spécialistes autre que ceux de médecine générale interviennent dans des consultations organisées dans ces CSPP ou équivalent, comme dans les CAP en Espagne¹⁰⁵³.

¹⁰⁴⁹ M. CHASSANG. *Débats*. Communication orale. Colloque « les professions de santé dans le tourbillon des réformes ». Sciences Po, le 15 décembre 2010, et M. CHASSANG. Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale. Numéro hors-série « La médecine libérale : quel avenir ? » *Revue de droit sanitaire et sociale* 2011, p. 7-14.

¹⁰⁵⁰ J.-P. FOURCADE. *Comité...* (*op. cit.*), p. 34-35.

¹⁰⁵¹ M. BERNIER. *Rapport...* (*op. cit.*), p. 161.

¹⁰⁵² Comme cela est en train d'être mis en place en France avec l'accès à des soins urgents en moins de 30 minutes, cité dans APM International. *Accès à des soins urgents en moins de 30 minutes...* (*op. cit.*).

¹⁰⁵³ E. SALINES, et alii. *Régionalisation...* (*op. cit.*), p. 61-67.

En 2011, l'ARS de la région Bretagne a constitué des équipes d'« animateurs territoriaux » dans les territoires de santé. Ces animateurs étaient des IASS financés par les pays de la région. Des spécialistes de la planification en santé pouvaient venir en appui. Cet ensemble de professionnels peut préfigurer une direction de territoire de santé publique.

En 2010, pour les citoyens de la région de Franche-Comté¹⁰⁵⁴, « améliorer la continuité des soins » et « développer les services d'urgences et de permanence des soins » sont les priorités « les plus spontanées » retenues pour la région et ses 6 territoires de santé (qui pourraient devenir des territoires de santé publique). Les priorités « développer les services hospitaliers de médecine », « développer l'accès à la prévention », « développer l'accès aux professionnels de santé extra-hospitaliers », et « développer les services médico-sociaux et sociaux », peuvent faire partie des priorités de certains des territoires de santé, même si elles n'ont pas été retenue pour la région. Des résultats différents peuvent donc apparaître si l'on privilégie l'approche par territoires infra-régionaux¹⁰⁵⁵, comme nous allons continuer de le voir ci-après.

La priorité « améliorer la continuité des soins » est classée par les citoyens francs-comtois entre la quatrième et la onzième position parmi les 42 priorités « les plus spontanées » proposées, que ce soit pour la région où ses territoires de santé : cette priorité est en septième position pour la région Franche-Comté (81,14 %) et le territoire de santé 1- Besançon, Gray (76,83 %), mais en quatrième position pour le territoire de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude / Champagnole (84,78 %) et le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois (88,24 %), sixième pour le territoire de santé 5 - Vesoul / Lure / Luxeuil (85,55 %), huitième position pour le territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt (78,57 %) et en onzième position pour le territoire de santé 2- Pontarlier (72,73 %). Le classement peut sembler dépendre des établissements de santé du territoire de santé considéré, mais aussi de leur taille et au fait qu'ils soient sur un ou plusieurs sites. Si l'établissement de santé est important et uni site comme le centre hospitalier universitaire du territoire de santé 1- Besançon, Gray, le centre hospitalier Belfort-Montbéliard (en construction) du territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt ou le centre

¹⁰⁵⁴ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Priorités...* (*op. cit.*), p. 169-182.

hospitalier de Pontarlier du territoire de santé 2- Pontarlier, la priorité « améliorer la continuité des soins » occupe les dernières places du classement (septième, huitième et onzième). Par contre, plus les établissements de santé sont petits et dispersés sur plusieurs sites, comme les centres hospitaliers de Lons-le-Saunier, Saint-Claude et Champagnole pour le territoire de santé 3, les établissements de santé de Dole, Salins et Arbois pour le territoire de santé 4, et de Vesoul, Lure et Luxeuil pour le territoire de santé 5, plus cette priorité occupe les premières places (deux fois quatrième, et sixième).

Le maintien des conditions de prise en charge actuelles de la sécurité sociale (question ouverte) et le maintien de l'offre hospitalière et de ses personnels (question ouverte) sont des priorités des citoyens, qui sont en plus en lien avec l'amélioration de la continuité des soins.

La priorité « développer les services d'urgences et de permanence des soins » qui correspond aux urgences hospitalières et à la médecine ambulatoire, est classée par les citoyens francs-comtois entre la cinquième et la treizième position parmi les 42 priorités « les plus spontanées » proposées, que ce soit pour la région où ses territoires de santé : cette priorité est en dixième position pour la région Franche-Comté (79,63 %), mais en cinquième position pour le territoire de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude / Champagnole (84,78 %) et le territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt (79,59 %), en neuvième position pour les territoire de santé 1- Besançon, Gray (75,68 %) et le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois (83,82 %), en douzième position pour le territoire de santé 5 - Vesoul / Lure / Luxeuil (82,08 %), et en treizième position pour le territoire de santé 2- Pontarlier (72,73 %). Nous pouvons remarquer que pour le territoire de santé 2- Pontarlier et le territoire de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude / Champagnole, les priorités « améliorer la continuité des soins » et « développer les services d'urgences et de permanence des soins » sont groupés, arrivent à des pourcentages équivalents (72,73 ; 84,78 %) et ont des classements similaires (11 ou 13 ; 4 ou 5). Seul le territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt voit la priorité « développer les services d'urgences et de

¹⁰⁵⁵ Ces résultats n'ont jamais été publiés.

permanence des soins » avant la priorité « améliorer la continuité des soins » (huitième position ; cinquième position).

La priorité « développer les services hospitaliers de médecine » est classée par les citoyens francs-comtois entre la douzième et la vingt-quatrième position parmi les 42 priorités « les plus spontanées » proposées, que ce soit pour la région où ses territoires de santé, ce qui est proche de la moitié des priorités proposées : cette priorité est en douzième position pour le territoire de santé 2- Pontarlier (72,73 %), en treizième position pour le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois (79,41 %), en vingt-deuxième position pour le territoire de santé 1- Besançon, Gray (67,57 %), en vingt-troisième position pour la région Franche-Comté (70,15 %) et le territoire de santé 5 - Vesoul / Lure / Luxeuil (72,25 %), en vingt-quatrième position pour les territoires de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude / Champagnole (69,57 %) et 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt (68,37 %).

La priorité « développer l'accès à la prévention » est classée par les citoyens francs-comtois entre la seizième et la vingt-deuxième position parmi les 42 priorités « les plus spontanées » proposées, que ce soit pour la région où ses territoires de santé, ce qui est proche de la moitié des priorités proposées : cette priorité est en seizième position pour le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois (77,94 %), dix-septième position pour le territoire de santé 1- Besançon, Gray (69,88 %), dix-neuvième position pour la région Franche-Comté (73,38 %) et les territoires de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude / Champagnole (73,91 %) et 5 - Vesoul / Lure / Luxeuil (77,75 %), et vingt-deuxième le territoire de santé 2- Pontarlier (63,64 %) et le territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt (70,41 %).

La priorité « développer l'accès aux professionnels de santé extra-hospitaliers » qui correspond au « secteur ambulatoire », est classée par les citoyens francs-comtois entre la vingt-quatrième et la vingt-neuvième position parmi les 42 priorités « les plus spontanées » proposées, que ce soit pour la région où ses territoires de santé : cette priorité est en vingt-quatrième position pour le territoire de santé 2- Pontarlier (59,29 %) et le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois (72,06 %), en vingt-sixième position pour le territoire de santé 5 - Vesoul / Lure / Luxeuil (70,52 %), vingt-septième position pour la région Franche-Comté (66,27 %) et le territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt (66,33 %), vingt-huitième position pour le territoire de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude /

Champagnole (67,39 %), et vingt-neuvième pour le territoire de santé 1- Besançon, Gray (60,23 %).

La priorité « développer les services médico-sociaux et sociaux » n'est pas retenue par les citoyens francs-comtois car elle est classée entre la vingt-cinquième et la trente-sixième position parmi les 42 priorités « les plus spontanées » proposées, que ce soit pour la région ou ses territoires de santé : cette priorité est en vingt-cinquième position pour le territoire de santé 3 - Lons-le-Saunier / Saint-Claude / Champagnole (69,57 %), vingt-sixième position pour le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois (70,59 %), vingt-huitième position pour le territoire de santé 1- Besançon, Gray (61,39 %), trentième position pour la région Franche-Comté (64, 12 %), trente et unième position pour le territoire de santé 5 - Vesoul / Lure / Luxeuil (67,92 %), trente deuxième position pour le territoire de santé 6 - Belfort / Montbéliard / Héricourt (59,18 %), et trente-sixième position pour le territoire de santé 2- Pontarlier (50,00 %).

L'approche par territoire de santé (publique) peut permettre de renforcer le continuum (ou les unités territoriales de santé publique) là ou il y a des besoins ressentis non couverts. Par exemple, c'est le territoire de santé 4 - Dole / Salins / Arbois qui semble avoir le continuum (ou l'unités territoriales de santé publique) le plus fragile selon les citoyens francs-comtois, avec une hiérarchie de priorités à prendre en compte qui peut être la suivante en fonction des priorités prises en compte : « améliorer la continuité des soins » (quatrième position sur 42), « développer les services d'urgences et de permanence des soins » (9 sur 42), « développer les services hospitaliers de médecine » (13 sur 42), « développer l'accès à la prévention » (16 sur 42), « développer l'accès aux professionnels de santé extra-hospitaliers » (24 sur 42) et « développer les services médico-sociaux et sociaux » (26 sur 42).

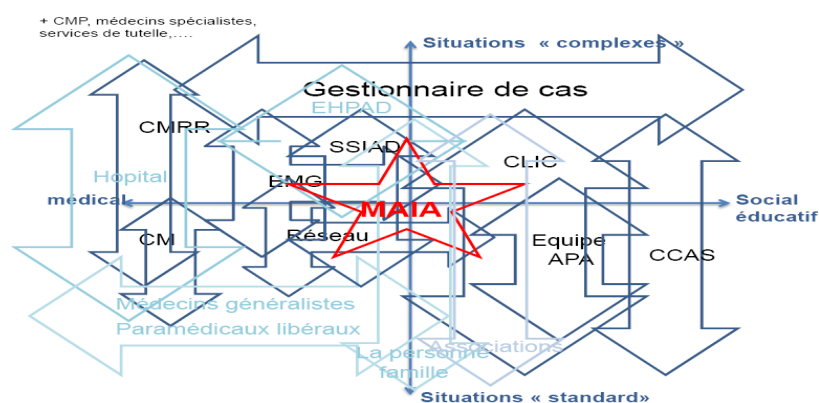
Rappelons que pour l'OMS les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale¹⁰⁵⁶.

Des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA) de la figure ci-après, ont été proposés en 2009 par la CNSA comme des « méta réseaux »¹⁰⁵⁷.

¹⁰⁵⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Les soins primaires de santé... (*op. cit.*), p. xi.

L'un des buts poursuivis est de permettre une intégration de toutes les coordinations ainsi que des réseaux développés pour prendre en charge les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, tout en organisant le continuum pour cette priorité de santé publique. Ce concept de méta réseau tend à s'étendre à l'ensemble des besoins de santé et des territoires de santé, ce qui va dans le sens de la mise en place de « réseaux de services de santé et de services sociaux ». Ces restructurations répondent à la nécessité d'intégration de toutes les coordinations et de tous les réseaux¹⁰⁵⁸, afin d'en améliorer l'efficacité et la visibilité pour l'utilisateur, mais aussi la réponse aux besoins de santé¹⁰⁵⁹.

LE MAIA COMME META-RESEAU



Sources : M.-A. BLOCH, L. HENAUT, J.-C. SARDAS, S. GAND. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, les enjeux organisationnels et les dynamiques professionnelles*. Rapport commandité par la Fondation Paul Bannetot. Centre de gestion scientifique, Mines ParisTech, 2011, p. 115.

Des Managed Care Organization (HMO) à la Française, système intégré de délivrance de soins et d'assurance maladie organisé sur un mode non lucratif, peuvent être expérimentés, à partir des CSPP¹⁰⁶⁰. Le managed care favorise des soins de qualité supérieure, principalement en raison de la bonne coordination des soins à l'intérieur du système¹⁰⁶¹.

¹⁰⁵⁷ M.-A. BLOCH, et alii. *La coordination...* (op. cit.), p. 115.

¹⁰⁵⁸ P.-H. BRÉCHAT, T. VOGEL, A. BERARD, J. LONSDORFER, G. KALTENBACH, M. BERTHEL. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un « vieillissement réussi » ? *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 20 (5) [réf. du 29 décembre 2011], p. 482-483. Disponible sur : <http://www.cairn.info>

¹⁰⁵⁹ A. BÉRARD, et alii. Les priorités... (op. cit.), p. 740-741.

¹⁰⁶⁰ V. RODWIN. La révolution tranquille du managed care aux États-Unis. In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité...* (op. cit.), p. 215-223.

¹⁰⁶¹ A. K. JHA, J. B. PERLIN, K. W. KIZER, R. A. DUDLEY. Effect of the transformation of the Veterans Affairs health care system on the quality of care. *New England Journal of Medicine* [en

En conclusion, nous allons proposer quinze caractéristiques d'une unité territoriale de santé publique dans le tableau ci-après.

LES QUINZE CARACTERISTIQUES D'UNE UNITE TERRITORIALE DE SANTE PUBLIQUE

Caractéristiques du concept de l'« unité territoriale de santé publique »	
1	Pilotée par la direction du territoire de santé publique
2	Organisation d'un service public pour le continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social, réseaux de santé, sécurité sanitaire » avec contractualisation possible pour des autres prestataires (services au public)
3	Développement de centres de services de santé et de services sociaux de premiers recours, comme les Centres de Santé Primaires Polyvalents (CSPP)
4	Développement de statuts attractifs alternatifs au paiement à l'acte
5	Les centres hospitaliers sont les hôpitaux de référence des CSPP
6	Prise en compte des centres de moyen et de long séjour ainsi que des centres de réadaptation
7	Développement des « réseaux de services de santé et de services sociaux » du territoire de santé publique
8	Mise en place de protocoles de fonctionnement entre les composantes des unités territoriales de santé publique
9	Développement des recommandations de bonnes pratiques et du contrôle de leur application
10	Développement des coopérations entre professionnels de santé
11	Développement de la démocratie sanitaire
12	Poursuite de la conception d'outils et de méthodes de pilotage concernant l'amélioration de l'état de santé de la population (appauvrissement des ménages suite à l'utilisation du système ou par exemple la satisfaction des usagers ¹⁰⁶²)
13	Comparaisons entre territoires de santé publique afin d'améliorer la performance (selon la définition de l'OMS)
14	Mise à disposition gratuitement de toutes ces informations y compris aux usagers (transparence)
15	Développement de recherches et d'enseignements dans les « Ecoles interrégionales ou régionales des hautes études en santé publique (EIRHESP ou ERHESP) »

Toutes ces caractéristiques sont développées plus loin.

Source : P.-H. BRÉCHAT 2012.

La mise en place des services de santé et des services sociaux, comme avec le CSPP, au sein de l'unité territoriale de santé publique nécessite une loi, car cette indispensable intégration pour une construction sociétale, se situe dans un contexte historique, où sanitaire, médico-social et social ont été séparés¹⁰⁶³. Cette loi est une opportunité pour permettre aux services de soins et aux services sociaux de participer

ligne]. 2003 ; 22 (348),° [réf. du 29 décembre 2011], p. 2218-2217. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹⁰⁶² A. CAMPANA. *Italy... (communication cit.)*.

à l'amélioration de l'état de santé de toute la population. Cette loi permet aux services de se rapprocher de la population, tout en facilitant les parcours de soins, sociaux et de santé, y compris pour les personnes complexes. Cette loi promeut des services continus et sans rupture. Une autre loi est également indispensable pour donner un but d'égalité d'accès aux soins et à la santé, tout en responsabilisant clairement les usagers, les professionnels et les institutions.

¹⁰⁶³ D. CASTIEL. La déconstruction... (*op. cit.*), p. 44-46.

Chapitre 2 : LA GARANTIE DE L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS ET À LA SANTÉ

La santé est au cœur du projet démocratique. Il faut reprendre les fondements de ce droit fondamental, qui a aussi fait la grandeur de la France. L'esprit des lois de Montesquieu¹⁰⁶⁴ de 1748 permet l'abandon de la loi-commandement et favorise une politique en lien avec les sciences de la nature. Les caractéristiques des populations, les différences des hommes dans les divers climats, et l'économie interfèrent sur les mœurs et l'esprit général qui vont être pris en compte par les lois, les coutumes et la tradition. Par exemple en ce qui concerne le climat, les lois « doivent corriger les vices du climat, [...] en encourageant l'agriculture et l'industrie [...] », tout en tenant compte de l'alimentation, de la sobriété, de l'hygiène et de la lutte contre les épidémies¹⁰⁶⁵.

Le meilleur état de santé est un droit. L'égalité par la règle de droit¹⁰⁶⁶ doit être le socle des politiques de santé où l'égalité d'accès aux soins et à la santé est un principe fondamental du système de santé, et où la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général en est le premier objet. Pour cela, il est indispensable de revenir aux « droits naturels, inaliénables et sacrés de l'homme » pour le « maintien [...] au bonheur de tous » de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 et notamment à son article 1^{er}¹⁰⁶⁷. Il est indispensable de revenir à ces droits fondamentaux, à ces « grands

¹⁰⁶⁴ MONTESQUIEU. *de l'esprit des lois*. Tome 1. Nouveaux classiques Larousse. Paris : Librairie Larousse, 1974.

MONTESQUIEU. *de l'esprit des lois*. Tome 2. Nouveaux classiques Larousse. Paris : Librairie Larousse, 1974.

¹⁰⁶⁵ MONTESQUIEU. *de l'esprit des lois*. Tome 2. Nouveaux classiques Larousse. Paris : Librairie Larousse, 1974, p. 52.

¹⁰⁶⁶ M. BORGETTO. Le principe d'égalité...(*op. cit.*), p. 41-52.

¹⁰⁶⁷ DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DU 27 AOUT 1789. In : *Les déclarations des droits de l'homme*. Les livres qui ont changés le monde. Paris : Le Monde Flammarion, 2009, p. 59-62.

droits »¹⁰⁶⁸, qui sont inscrits dans la Constitution de l’OMS adoptée en 1946 : « la possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Il est inscrit dans le préambule de la Constitution de la IV^{ième} République du 27 octobre 1946 qu’elle « garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l’incapacité de travailler a le droit d’obtenir de la collectivité des moyens convenables d’existence. La Nation proclame la solidarité et l’égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales »¹⁰⁶⁹. Pour Michel Borgetto : « c’est sans doute dans cette articulation inédite entre égalité et solidarité que réside, en définitive, la véritable originalité du compromis historique établi en 1946 »¹⁰⁷⁰. Le droit est le fondement ou la raison première de la justice qui est l’obligation de rendre à chacun ce qui lui appartient¹⁰⁷¹.

L’amélioration de l’état de santé pour tous et partout est possible de même que l’espérance de vie en pleine capacité pour tous et partout. En France, il a été calculé que l’amélioration de l’état de santé entre 1992 et 2000 s’est traduite par une baisse de 8,6 % des dépenses de santé en 2000, par rapport au niveau des dépenses de 1992. Parallèlement les coûts liés au vieillissement de la population ont généré une augmentation des dépenses de 3,2 %. Ainsi les gains liés à l’amélioration de l’état de santé ont pu contrebalancer positivement les augmentations de dépenses liées à l’allongement de la durée de vie¹⁰⁷². Aux États-Unis d’Amérique, il a été calculé que le déclin de la morbidité et du handicap observé entre 1982 et 1999 dans la population âgée couverte par Medicare, avait permis de réduire les coûts totaux remboursés par

¹⁰⁶⁸ Francine Demichel lors de la soutenance le 29 juin 2011 du mémoire de F. M.-Y. AYIKOUE sur l’hospitalisation privée en république du Bénin : contribution à une étude sur le droit de la santé, pour l’obtention du doctorat de Droit public de l’Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis).

¹⁰⁶⁹ CONSTITUTION DE LA IV^e REPUBLIQUE DU 27 OCTOBRE 1946. In : *Les déclarations des droits de l’homme*. Les livres qui ont changés le monde. Paris : Le Monde Flammarion, 2009, p. 152-154.

¹⁰⁷⁰ M. BORGETTO. Le principe d’égalité...(*op. cit.*), p. 41-52.

¹⁰⁷¹ DIDEROT. Droit naturel. In : *Diderot et d’Alembert : L’encyclopédie*. Les livres qui ont changés le monde. Paris : Le Monde Flammarion, 2009, p. 171-176.

¹⁰⁷² B. DORMONT, M. GRIGNON, H. HUBER. Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing. *Health Econ* [en ligne]. 2006 ; 15, [réf. du 29 décembre 2011], p. 947-963. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Medicare de 26 milliards de dollars en 1999, par rapport à ce qu'ils auraient été à morbidité constante¹⁰⁷³. Ainsi, augmenter l'espérance de vie en bonne santé ne conduit pas nécessairement à une augmentation mécanique des dépenses de santé. Dans certains cas, les surcoûts engendrés par l'allongement de la durée de vie peuvent être contrebalancés par les économies substantielles réalisées par l'amélioration de l'état de santé de la population âgée. L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité peut aussi permettre de travailler plus longtemps, ce qui peut être important pour nos sociétés vieillissantes soumises à la mondialisation. La part importante de la population âgée en retraite en bonne santé actuelle indique aussi qu'il y a déjà un potentiel inexploité pour le marché du travail¹⁰⁷⁴.

Les inégalités socio-économiques en santé peuvent être réduites par l'amélioration de la santé des personnes précaires. Si la réduction de ces inégalités est l'un des principaux défis pour la santé publique, c'est le cas aussi pour les autres domaines politiques qui portent les déterminants de la santé comme l'éducation, le travail, etc. Si ces défis ne sont pas relevés, il y aura un effet boomerang de l'augmentation des hospitalisations et des dépenses d'Assurance maladie dans l'avenir¹⁰⁷⁵. Le coût économique des inégalités de santé dans l'Union européenne serait déjà considérable. Il a été estimé que les pertes liées à l'inégalité de santé s'élevaient à plus de 700 000 décès par an et 33 millions de cas de maladie. Ces pertes représenteraient 20 % du total des coûts des soins de santé et 15 % du total des coûts des prestations de sécurité sociale. Ces pertes réduisent la productivité du travail et le PIB de 1,4 % par an. Il est estimé que le coût économique des inégalités sociales de santé s'élève à 980 milliards d'euros par an, soit 9,4 % du PIB de l'Union européenne¹⁰⁷⁶.

Si de nombreux travaux et de nombreuses actions portent sur la réduction des inégalités de santé qui concernent les déterminants de la santé et les comportements favorables à la santé, cela ne suffit pas à réduire les inégalités. D'autres sont possibles¹⁰⁷⁷, et cela au sein d'une politique de santé porteuse d'amélioration de l'état

¹⁰⁷³ Le billet « Nos vieux jours : quelle valeur ? », blog de A. FLAHAULT. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/> [consulté le 11 août 2011].

¹⁰⁷⁴ M. SUHRCKE, et alii. Is There a Wealth Dividend...(*op. cit.*), p. 377-400.

¹⁰⁷⁵ J. P. MACKENBACH, et alii. Economic costs...(*op. cit.*), p. 412.

¹⁰⁷⁶ J. P. MACKENBACH, et alii. Economic costs...(*op. cit.*), p. 412.

¹⁰⁷⁷ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction...(*op. cit.*), p. 139-143.

de santé de la population comme premier objectif du système de santé, et ayant l'égalité d'accès aux soins et à la santé comme principe fondamental. Cette politique doit être portée par des lois qui favorisent une « réforme universelle du système de santé » comme proposé par Didier Tabuteau¹⁰⁷⁸. Pour cela, un exemple de proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux (**Section 1**) ainsi qu'un exemple de proposition de loi sur la santé publique (**Section 2**) seront faites.

Section 1 : L'amélioration des services de santé et des services sociaux

Garantir la continuité des soins et la continuité de la santé au sein de l'unité territoriale de santé publique par territoire de santé publique, nécessite une proposition de loi pour organiser les services de santé et les services sociaux. Pour réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé, il est devenu indispensable de reconstruire la continuité entre la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers, le médico-social et le social, tout en développant la prévention, la démocratie sanitaire, l'enseignement et la recherche en santé publique par une loi qui permette en plus l'organisation de la santé publique au niveau infra-régional¹⁰⁷⁹.

Le territoire de santé doit devenir le porteur d'un système (system) qui organise en infra-régional des réseaux (network), des parcours de soins et de santé (pathway), à performance et à plus-value plus importantes en fonction de la ressource investie (value). Pour cela, un exemple de loi sur les services de santé et les services sociaux est fait en l'état actuel des connaissances à partir de loi sur les services de santé et les services sociaux de la Province du Québec¹⁰⁸⁰. Après lecture complète de la loi sur les services de santé et les services sociaux de la Province du Québec, les articles pouvant correspondre à notre recherche ont été sélectionnés. Les articles sélectionnés ont été ensuite repris un à un pour être adapté aux particularités de nos travaux, ainsi qu'à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité

¹⁰⁷⁸ D. TABUTEAU. *Tribune*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 419.

¹⁰⁷⁹ Il y a par exemple, la loi du 28 juin 1789 relative à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfans, aux vieillards et aux indigens, cité dans D. TABUTEAU. *Le Parlement... (communication cit.)*.

¹⁰⁸⁰ LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2011.

du système de santé, et à l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. La trame de la loi étudiée a été conservée pour pouvoir repérer ce qui a été abordé par rapport à ce qui n'a pas été retenu, comme cela a été précisé à chaque fois en note de bas de page. A la fin de ce travail, le nombre d'articles sélectionnés a été comparé avec le nombre total d'articles de la loi étudiée, afin de donner une idée des autres possibilités d'études complémentaires. Le nombre des articles ajoutés par rapport à la loi étudiée a ensuite été indiqué.

Cette proposition de loi comprend 68 articles¹⁰⁸¹ [Annexe 2]. Elle souhaite donner de la cohérence et de l'efficacité au système de santé infra-régional. Elle permet d'organiser le système de santé publique dans l'unité territoriale de santé publique du territoire de santé publique, grâce aux services de santé et aux services sociaux qui sont composés : d'établissements (CSPP, centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres de réadaptation) ; et de réseaux de services de santé et de services sociaux. Ces derniers intègrent les réseaux de santé, les parcours de soins et les parcours de santé. Ils proposent en plus un parcours de prévention, ainsi qu'un parcours médico-social et social. Les responsabilités de l'ARS, du ministre en charge de la santé, et des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP) sont précisées, et une évaluation est prévue.

Cette proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes. Cette loi a pour objectifs particuliers d'agir sur les déterminants de la santé pour atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes populations, des différentes régions et des différents territoires de santé publique. Les particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques y sont prises en compte, de même que l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux. La recherche et l'enseignement y sont développés de façon à mieux répondre aux besoins de la population (PARTIE I, TITRE I). Les services de santé et les services sociaux prennent en compte le droit des usagers. Toute personne a le droit d'être informée

de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu, en matière de santé et de services sociaux, ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (PARTIE I, TITRE II).

Les services de santé et les services sociaux sont fournis au sein de l'unité territoriale de santé publique par un continuum de CSPP, de centres hospitaliers¹⁰⁸², de centres d'hébergement et de soins de longue durée, ainsi que de centres de réadaptation (PARTIE II, TITRE I, CHAPITRE I). Une ARS peut proposer au ministre en charge de la santé une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés pour le territoire de santé publique. Ce réseau de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue à la population du territoire de santé publique de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux ou spécialisés. La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau de services de santé et de services sociaux est assurée par un CSPP. Ce dernier élabore un projet clinique et organisationnel. Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire de santé publique du réseau de services de santé et de services sociaux, le CSPP définit et met en place des procédures d'accueil et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux, instaure des partenariats avec les autres composantes du continuum, et prend notamment en charge les patients complexes. Il crée les conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services sanitaires et des services sociaux, avec l'ARS, les collectivités territoriales, en portant une attention particulière à l'accessibilité (PARTIE II, TITRE I, CHAPITRES II et III).

L'ARS assure les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de ses territoires de santé publique et de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. L'ARS s'assure de la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux, et du respect des droits

¹⁰⁸¹ Il y a eu 68 articles retenus sur les 622 que compose la loi sur les services de santé et les services sociaux de la Province du Québec. Il n'y a pas eu d'article ajouté.

¹⁰⁸² Il est proposé que le service public hospitalier soit réaffirmé dans la loi [Annexe 2]. Le service public hospitalier sera réaffirmé dans la loi, cité par M. TOURAINE. *Conclusion*. Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

des usagers. Elle met à la disposition de la population un site Internet en lien avec les services offerts dans la région. L'ARS développe les enquêtes pour connaître les résultats obtenus concernant l'organisation des services, et réalise les enquêtes de satisfaction des usagers.

L'ARS élabore un plan stratégique pluriannuel contenant, pour le territoire de santé publique de sa région : un état des besoins en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de la population ; les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé de la population ; les résultats visés au terme de la période couverte par le plan ; et les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats. Ce plan doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et inclure tout établissement de la région. Ce plan stratégique pluriannuel est réalisé en partenariat avec les intervenants des services de santé et les services sociaux, et est soumis à la CRSA. Ce plan doit être approuvé par le ministre en charge de la santé. L'ARS prend les mesures nécessaires pour coordonner les activités des établissements de l'unité territoriale de santé publique en favorisant, entre eux, la concertation et la collaboration. Cela, en vue d'assurer une utilisation rationnelle et une répartition équitable des ressources, de façon à tenir compte de la complémentarité des établissements, des autres partenaires, et pour éliminer entre eux les doublons et permettre la mise en place de services communs. L'ARS fait la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé de la population, et collabore à leur mise en œuvre avec les autres organismes de la région, notamment les collectivités territoriales et les directions régionales des ministères. L'ARS favorise par ailleurs, la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers. L'ARS s'assure que les établissements de la région exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers et que les ressources se développent en regard de la capacité d'accueil de la population concernée. L'ARS élabore, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre en charge de la santé et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de la santé et de développement des ressources humaines, et veille à leur application. Elle élabore un plan des effectifs médicaux de la région à partir des plans d'organisation des

établissements qui lui ont été transmis, du nombre de médecins requis pour accomplir les activités, et du nombre de médecins, par spécialité, qui pratiquent dans la région. Une union régionale des professionnels de santé apporte son appui à l'ARS (PARTIE II, TITRE I, CHAPITRES IV).

Le ministre en charge de la santé, dans une perspective d'amélioration de la santé de la population, détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et veille à leur application. Ses responsabilités sont précisées ainsi que le contenu du plan stratégique pluriannuel ministériel (PARTIE II, TITRE II, CHAPITRE I).

Des EIRHESP et des ERHESP viennent favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions d'enseignement et de recherche universitaires en santé publique, et ce pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre en charge de la santé, de concert avec les autres ministres (PARTIE II, TITRE II, CHAPITRE II).

Les services de santé et les services sociaux sont publics¹⁰⁸³, et les services au public sont possibles. Ils sont financés par l'assurance maladie obligatoire, et les professionnels de santé le sont autrement que par l'acte. Les dépassements d'honoraires et les clientèles privées dans le secteur public sont contrôlés. L'inspection et le contrôle assurent les missions de police sanitaire et de gestion du risque, tout en veillant à la bonne utilisation des financements et en garantissant la non-sélection de patients et le respect de l'article L6154-2 du Code de la santé publique.

La planification de la santé « à maxima » par des programmes territoriaux de santé publique, comportant les conditions de réussite des actions de santé publique (voir plus loin), est mise en œuvre. L'innovation y est encouragée comme dans les « pôles de compétitivité en santé publique ».

¹⁰⁸³ Le jeudi 13 octobre 2011, la table ronde de la revue Humanitaire : « Montée de l'exclusion sanitaire : état des lieux et moyens d'en sortir » a réuni J.-F. MATTEI, président de la Croix-Rouge française, C. EVIN, directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, D. TABUTEAU, responsable de la Chaire Santé de Sciences Po et du centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'Ecole des hautes études en santé publique, A. LAZARUS, professeur de santé

Le développement des recommandations de bonnes pratiques, des coopérations entre professionnels de santé au sein de ces réseaux de soins intégrés, est ajouté. En Suisse, les citoyens seront consultés le 17 juin 2012 pour la mise en place ou non des réseaux de soins intégrés. Ils voteront pour un système engageant l'utilisateur à payer 10 % de cette prise en charge avec un maximum de 500 francs suisses ou 15 % avec un maximum de 500 francs suisses s'il ne veut pas en bénéficier. Le dispositif des réseaux de soins intégrés suisse est une organisation de type managed care bénéficiant de gate keepers, qui doit permettre d'améliorer la régulation du secteur ambulatoire, la gestion des prestations fournies et la qualité des soins. Les réseaux de soins intégrés sont proposés, car la limitation des offreurs par cantons financés par l'Assurance maladie n'aurait pas suffisamment permis de réduire les inégalités d'offres de soins de premier recours. Les cantons n'ont pas bénéficié d'un accompagnement pour la mise en œuvre et le suivi de ce dispositif, notamment pour proposer un nombre de médecins par habitants, et une répartition de médecins sur le territoire permettant un temps d'accès aux urgences inférieur à 30 minutes¹⁰⁸⁴. Le dispositif de réseaux de services de soins et de services sociaux proposé s'appuie sur le managed care et les gate keepers, tout en permettant la mise en place et le suivi d'un égal accès à ces réseaux pour tous et partout.

L'amélioration de l'état de santé de toute la population est le moteur, le bien commun, de cette dynamique globale rendue obligatoire, commune et organisée au sein du territoire de santé publique, avec des secteurs médico-social, social et sanitaire regroupés. Les professionnels et l'union régionale des professionnels de santé, les administrations en charge de la santé publique et du territoire de santé publique, de l'ARS et du ministère en charge de la santé, les usagers et l'Assemblée nationale, les services universitaires de santé publique, participent ensemble à la réduction des inégalités d'accès aux soins et de santé, ainsi qu'à l'amélioration de la continuité des soins et de la continuité de la santé.

publique ainsi que O. BERNARD, président de Médecins du Monde. Il y a eu consensus entre eux pour le retour d'établissements publics de santé.

¹⁰⁸⁴ O. GUILLOD. *Présentation des actualités du droit suisse de la santé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

Ils participent à améliorer l'accès à des relations sociales, qui est d'ailleurs aussi associée à une diminution de la survenue de l'invalidité chez les personnes âgées¹⁰⁸⁵. En complément de cet exemple de proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux, un exemple de proposition de loi sur la santé publique est fait.

Section 2 : L'amélioration du système de santé publique

Pour donner comme direction au système de santé la garantie de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, et pour y engager le niveau infra-régional, une loi de santé publique est nécessaire. Le changement de la constitution n'a pas été proposé car l'égalité d'accès aux soins et à la santé peut en être déduit^{1086,1087}. Des arguments pour une telle loi sont proposés. Puis un exemple de proposition de loi sur la santé publique est donné ainsi que des propositions complémentaires.

Des arguments en droit, en philosophie et en histoire ou en économie peuvent être avancés pour légitimer une proposition de loi sur la santé publique. Quelques exemples sont ci-après proposés.

Cette proposition de loi permet que les articles L. 1110-1.¹⁰⁸⁸, L. 1110-3.¹⁰⁸⁹ et L. 1110-5.¹⁰⁹⁰ de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à

¹⁰⁸⁵ R. LUND, C. J. NILSSON, K. AVLUND Kirsten. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations ? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age and ageing* [en ligne]. 2010 ; 39 (3), [réf. du 29 décembre 2011], p. 319-326. Disponible sur : <http://ageing.oxfordjournals.org/content/39/3/319.long>

¹⁰⁸⁶ V. SAINT-JAMES. *Droit constitutionnel*. Paris : Editions Bréal, 2009.

¹⁰⁸⁷ Au vu des éléments de la première partie, et de leur dégradation rapide, il pourrait être envisagé de modifier la Constitution. Pourtant il y est précisé qu'elle « garantit à tous...la protection de la santé », « Tout être humain...a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence », et « La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français... ». Issu d'une discussion avec D. TABUTEAU, co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes, le 26 mars 2012.

¹⁰⁸⁸ « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

¹⁰⁸⁹ « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

la qualité du système de santé, que le préambule de la Constitution de la IV^{ème} République du 27 octobre 1946¹⁰⁹¹, ainsi que l'article 35 -Protection de la santé du chapitre IV -Solidarité de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000¹⁰⁹², qui étaient remis en cause, ne le soient plus. Cette proposition de loi permet que l'article 1^{er} de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789¹⁰⁹³, que la Constitution de l'OMS adoptée en 1946¹⁰⁹⁴, et que les paragraphes 3, 8, 17-19, 34-37 de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, qui étaient remis en cause, ne le soient plus non plus. Cette proposition de loi doit aussi considérer les Paragraphe 12 pour des programmes¹⁰⁹⁵, et 37 de cette Observation générale n°14, pour que les connaissances soient améliorées¹⁰⁹⁶, avec notamment des données épidémiologiques (Paragraphe 43)¹⁰⁹⁷. Cette proposition de loi prend en compte les travaux du Haut Comité de la Santé

¹⁰⁹⁰ « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

¹⁰⁹¹ Qui «garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ».

¹⁰⁹² « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

¹⁰⁹³ « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits ».

¹⁰⁹⁴ « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

¹⁰⁹⁵ Sous paragraphe a) : « il doit exister dans l'État [...] des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé ».

¹⁰⁹⁶ « L'obligation de *promouvoir* le droit à la santé requiert de l'État qu'il mène des actions tendant à assurer, maintenir ou rétablir la santé de la population. De cette obligation découlent donc les suivantes : i) « Améliorer la connaissance des facteurs favorisant l'obtention de résultats positifs en matière de santé, c'est-à-dire appuyer la recherche et la diffusion d'informations ».

¹⁰⁹⁷ Sous paragraphe f) : « d'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent ; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis; la mise au point de la stratégie et du plan d'action, de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés ».

Publique de 1992 et 1994, les réformes et les évolutions du système de santé¹⁰⁹⁸, mais aussi la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Un gouvernement républicain doit porter une politique où l'égalité d'accès aux soins et à la santé est un principe fondamental du système de santé, et où la protection de la santé de la population et la mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général, en est le premier objet. Ce symbole est indispensable pour que chacun puisse se dire que ce système est également juste pour lui, et que l'idée d'égalité n'est pas « réduite à une invocation à « réduire les inégalités » si vague qu'elle reste inopérante » ! Qu'elle n'est pas une « coquille vide »¹⁰⁹⁹ ! Pour que la vision des révolutionnaires français et américains ne soit pas détruite par le capitalisme¹¹⁰⁰ ! Cette loi va donner le sens, la direction, la clé de voûte du système de santé, ce que n'a pu donner la suite rapide de réformes et de lois de ces dernières années, comme la loi de réforme hospitalière de 1991, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ou la loi HPST¹¹⁰¹. C'est important de donner une direction car l'organisation du système de santé a été soumise à des évolutions et à des tensions importantes. Ces variations sont les témoins d'un changement de modèle qui est susceptible de remettre en cause la cohésion sociale, les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, et le service public. Un retour à ces principes¹¹⁰², au service public, et à l'éthique est demandé par les professionnels de santé, les acteurs de santé et les usagers¹¹⁰³.

Si le droit national et le droit international sont basés sur un principe égalitariste, ils doivent aussi pouvoir reconnaître véritablement le droit à la différence comme un droit majeur. Comme l'écrit Francine Demichel le « droit différentialiste » pourrait prendre la place de « cette problématique uniformisatrice »¹¹⁰⁴. Ce droit différentialiste est plus à même de prendre en compte les différences physiques ou psychiques de chacun, et donc les dimensions de la précarité et de la santé pour tous.

¹⁰⁹⁸ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction...(*op. cit.*), p. 119-143.

¹⁰⁹⁹ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon...(*op. cit.*), p. 18.

¹¹⁰⁰ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon...(*op. cit.*), p. 20.

¹¹⁰¹ Dans la décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011, le Conseil Constitutionnel a censuré 30 articles de la proposition de loi Fourcade. Il a notamment censuré l'article réformant la responsabilité civile professionnelle et celui permettant aux sages-femmes de pratiquer sous conditions des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses.

¹¹⁰² G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...*(*op. cit.*), p. 6.

¹¹⁰³ M. CAILLOL, et alii. Réformes...(*op. cit.*), p. 625-636.

Il répond aux droits fondamentaux qui prennent en compte les particularités de chacun, sans frontières, à la place d'une prise en compte supplémentaire, voire dérogatoire, d'une périphérie par rapport à une normalité, du principe égalitariste. En plus du droit à la santé, le droit à la liberté est nécessaire pour que chacun puisse se construire dans l'incessante métamorphose du monde¹¹⁰⁵, afin de pouvoir atteindre le bonheur de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789. L'égalité d'accès aux soins et à la santé doit être un principe fondamental du système de santé. Cela peut être renforcé par une définition juridique de la pauvreté qui prendrait en compte les droits de l'homme et les droits fondamentaux¹¹⁰⁶. Le principe d'égalité peut devenir un outil de revendication d'un traitement différencié, d'une équité différentielle, d'une « égalité plus concrète »¹¹⁰⁷ ou de son équivalent européen qui est le « principe de compensation ». L'équité différentielle vient renforcer le principe d'égalité sans le recouvrir¹¹⁰⁸. Le principe d'égalité français le permet mais n'y oblige pas¹¹⁰⁹.

Cette loi sur la santé publique doit favoriser l'élaboration d'une politique de santé publique. Cette possibilité est récente en France. La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique situe des actions de mesures sanitaires générales au niveau des communes¹¹¹⁰. Des travaux ont proposé que ce soit le niveau national qui mette en œuvre une politique de santé publique, comme par exemple le Haut Comité de la Santé Publique qui a proposé en 1992 une « stratégie pour une politique de santé »¹¹¹¹. Le Haut Comité de la Santé Publique a également proposé en 1994, l'adoption d'un programme-cadre de santé publique comportant des objectifs

¹¹⁰⁴ F. DEMICHEL. Le handicap : demain, un droit à part entière ? In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...*(*op. cit.*), p. 248-249.

¹¹⁰⁵ J.-J. ROUSSEAU. *Emile ou de l'éducation*. Paris : Garnier-Flammarion, 1966, p. 634.

¹¹⁰⁶ D. ROMAN. *Le droit public face à la pauvreté...*(*op. cit.*).

¹¹⁰⁷ M. BORGETTO. Sur quels principes...(*op. cit.*), p. 16.

¹¹⁰⁸ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit du service public...*(*op. cit.*), p. 556.

¹¹⁰⁹ Issu de travaux avec Denis Piveteau, président du HCAAM, le premier février 2012.

¹¹¹⁰ Article 1, Chapitre. 1 « Mesures sanitaires générales », Titre. 1 « Des mesures sanitaires générales » : « Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire : 1- [...] faire cesser les maladies transmissibles [...]; 2- Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons [...] » LOI DU 15 FEVRIER 1902 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique...*(*op. cit.*), p. 709.

¹¹¹¹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie pour une politique de santé...*(*op. cit.*).

explicites d'amélioration de la santé pour structurer la politique de santé publique. Ce programme-cadre doit favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination des différents acteurs pour atteindre des buts communs et orienter de façon plus claire et plus pertinente l'attribution des ressources. En effet, « il ne suffit pas de proposer des objectifs de réduction des problèmes de santé qui affectent la population et les modalités d'actions qui apparaissent comme les plus efficaces pour atteindre chacun de ces objectifs. Il est aussi nécessaire d'organiser les conditions qui permettront aux institutions et aux professionnels de contribuer à la réalisation de l'ensemble des objectifs proposés et aux individus, aux familles et aux communautés d'améliorer leur santé »¹¹¹². Il faut attendre 2002, pour que, par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « la nation [puisse définir] sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles »¹¹¹³. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a ensuite précisé que la nation définit une politique de santé publique qui concerne dix objectifs et cent priorités¹¹¹⁴. Cela peut traduire une réelle ambition, mais peut aussi apparaître complexe et sans stratégie de mise en œuvre¹¹¹⁵.

¹¹¹² HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général... (op. cit.)*, p. 309-312.

¹¹¹³ Article 34 du Chapitre V sur les orientations de la politique de santé et Article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 1411-1. - La nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles. « L'application de la politique de santé est évaluée annuellement par les conseils régionaux de santé et par le Haut conseil de la santé. « Au vu de ces travaux, le Gouvernement remet un rapport au Parlement, avant le 15 juin, sur les orientations de la politique de santé qu'il retient en vue notamment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante. Est joint à ce rapport l'avis de la Conférence nationale de santé. Ce rapport fait l'objet d'un débat au Parlement ».

¹¹¹⁴ Article 2 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

I. – L'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-1. – La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en oeuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État.

La politique de santé publique concerne :

1-La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

2-La lutte contre les épidémies ;

3-La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

4-L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

5-L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

6-L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

7-La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

8-La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

Une suite de cette évolution peut être une proposition de loi sur la santé publique qui donne un cadre à la fois plus simple et plus porteur d'égalité, d'amélioration de l'état de santé de toute la population, et d'éthique¹¹¹⁶.

Il est indispensable qu'une direction claire en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population et de l'égalité d'accès aux soins et à la santé soit donnée au système de santé, à l'instar de ce qu'a fait la loi sur la santé publique de la Province du Québec du 19 décembre 2001¹¹¹⁷.

En France, cette direction est non seulement noyée dans d'autres objectifs, mais elle ne fait pas partie des premiers objectifs, alors qu'elle est le premier objectif sur seulement cinq pour la Province du Québec, et qu'elle sert de colonne vertébrale aux autres objectifs. En effet, en France, dans la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique « l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes » est en quatrième position des dix objectifs de l'article 2, et « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire » est en septième position. Dans les annexes il n'y a que deux objectifs pour la catégorie « précarité et inégalités de santé » : le 33^{ième} sur cent qui propose de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins, et le 34^{ième} sur cent qui propose d'augmenter l'espérance de vie des groupes en

9-L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

10-La démographie des professions de santé. »

Dans les annexes, il est précisé que :

-dans le cadre de référence : « La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités »,

-en deuxième position des 9 principes de la politique de santé : le « Principe de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques ».

¹¹¹⁵ O. GRIMAUD, A. JOURDAIN. Le rapport d'objectifs de santé publique : Une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre ? *Santé publique* [en ligne]. 2004 ; 16, [réf. du 29 décembre 2011], p. 673-675. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

¹¹¹⁶ En France, une spécialité médicale a été créée en 2011. L'importance d'un conseil éthique national est abordée en 2011 par la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, cité dans R. BACHELOT-NARQUIN. Introduction. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...* (op. cit.), p. V-VIII.

¹¹¹⁷ LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*. Québec, Éditeur officiel du Québec, 2004.

situation précaire. Cette loi introduit une triple dichotomie : les inégalités de santé sont uniquement abordées sous l'angle « précarisés » contre « non précarisés » ; leur réduction n'est envisagée que sous l'angle étroit de l'accès à la prévention et aux soins ; et les deux objectifs font partie d'un ensemble de cent objectifs de santé publique basés sur des connaissances scientifiques essentiellement biomédicale qui doivent permettre d'évaluer les performances. De plus, la mise en œuvre de l'Art. L. 1411-1-1. – L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées, qui constitue un objectif prioritaire de la politique de santé : « les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées », n'a pas été réalisée. Alors qu'au Québec, « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général » est le premier objectif sur 5 du premier chapitre de la loi sur la santé publique.

Cette loi sur la santé publique de la Province du Québec du 19 décembre 2001 a des similitudes avec la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, car elles répondent toutes deux à des besoins de précisions des orientations des systèmes de santé, ainsi qu'à des crises sanitaires répétées. En plus, cette loi sur la santé publique de la Province du Québec porte dans un cadre législatif allégé qui ne remanie pas le système, un niveau de responsabilité politique plus important, notamment en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population, mais aussi de l'implication du niveau territorial et de l'éthique¹¹¹⁸. La création d'un comité d'éthique de santé publique correspond, au Québec, à un besoin de garantir le respect des droits de la personne et de la confidentialité des données, notamment pour la surveillance de l'état de santé (enquêtes socio-sanitaires, mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres) et la protection de la santé de la population (enquêtes épidémiologiques).

¹¹¹⁸ L. CHAMBAUD, R. MASSE. Deux lois de santé publique : Une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle. *Santé publique* [en ligne]. 2004 ; 16 [réf. du 29 décembre 2011], p. 631-637. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

Un exemple de loi sur la santé publique issue de loi sur la santé publique de la Province du Québec du 19 décembre 2001¹¹¹⁹ est proposé. Après lecture complète de cette loi, les articles pouvant correspondre aux sujets de notre recherche ont été sélectionnés. Ces articles sélectionnés ont ensuite été repris pour être adaptés aux particularités de nos travaux et des lois françaises prises en compte. La trame de la loi étudiée a été conservée pour pouvoir repérer ce qui a été abordé par rapport à ce qui n'a pas été retenu, comme cela a été précisé à chaque fois en note de bas de page. A la fin de ce travail, le nombre d'articles sélectionnés a été comparé avec le nombre total d'articles de la loi étudiée, afin de donner une idée des autres possibilités d'études complémentaires. Le nombre des articles ajoutés par rapport à la loi étudiée a ensuite été indiqué.

Cette proposition de loi, faite en l'état actuel des connaissances, comprend 107 articles¹¹²⁰ [Annexe 3]. Elle souhaite inciter à donner du sens vertueux, de la cohérence et de l'efficacité au système de santé en proposant un cadre composé d'un objet, de buts généraux, de possibilités de surveillance continue de l'état de santé de la population (enquêtes socio-sanitaires, mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres), pour des programmes nationaux, régionaux et territoriaux de santé publique portant notamment sur la promotion de la santé, la prévention, la démocratie sanitaire, l'hygiène ou l'éthique. Cet exemple de proposition de loi donne des pouvoirs (de police, d'inspection, de contrôle, d'enquête épidémiologique) et des responsabilités aux professionnels de santé, acteurs de santé, usagers et citoyens ainsi que des dispositions pénales. Cet exemple de proposition de loi sur la santé publique donne un cadre général pour que tous les professionnels de santé, acteurs de santé et usagers puissent participer à l'amélioration de l'état de santé de toute la population. L'approche par la mise en œuvre d'actions multisectorielles¹¹²¹ est privilégiée.

¹¹¹⁹ LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2004.

¹¹²⁰ Il y a eu 107 articles retenus sur les 177 que compose la Loi de santé publique de la Province du Québec. Deux articles ont été ajoutés.

¹¹²¹ C'est à dire qu'elles prennent en compte l'approche par le continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social » par priorité de santé et territoire de santé, mais aussi l'approche interdisciplinaire, interministérielle et interinstitutionnelle.

La proposition de loi sur la santé publique a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général. Le ministre en charge de la santé, le directeur général d'ARS et le responsable du territoire de santé publique sont chargés de coordonner la mise en œuvre de cette loi avec les ministères concernés par une approche multisectorielle (CHAPITRE I).

L'égalité d'accès aux soins et à la santé devient le principe fondamental du système de santé (CHAPITRE II).

Le ministre en charge de la santé élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et du territoire de santé publique. Cette élaboration est réalisée en partenariat avec la CNS, le Haut Conseil de la Santé Publique et les différents intervenants concernés par ce programme, comme l'EHESP.

L'ARS, par une approche multisectorielle, élabore, met en œuvre, évalue et met à jour régulièrement un programme régional de santé publique qui est décliné en programmes territoriaux de santé publique. Ces programmes sont conformes au programme national de santé publique, et il tient compte des spécificités de la population de la région et de ses territoires de santé publique. Ces programmes sont réalisés en partenariat avec la CRSA, et les différents intervenants concernés par ces programmes. Au préalable, la CRSA a mené une étude sur les besoins de santé ressentis par les citoyens et les usagers de la région et de ses territoires de santé publique, ainsi qu'une étude de satisfaction des usagers et des citoyens sur les précédents programmes. Les programmes de santé publique tant national, régional que territorial comportent un état prévisionnel des recettes et des dépenses, ainsi qu'un cadre d'évaluation des résultats (CHAPITRE III).

Un Comité d'éthique de santé publique, rattaché au Haut Conseil de la Santé Publique, est créé. Il donne son avis sur l'aspect éthique des projets des programmes de surveillance et des projets d'enquêtes socio-sanitaires qui lui sont soumis par le ministre et l'ARS (CHAPITRE IV).

Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants est exercée de façon à pouvoir : dresser un portrait global de l'état de santé de la population, observer les tendances et les variations temporelles et spatiales, détecter les problèmes émergents, identifier les problèmes prioritaires, élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population, et suivre

l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants. Le ministre en charge de la santé et le directeur général de l'ARS élaborent des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées, et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance. Les projets de plans de surveillance sont soumis pour avis au Comité d'éthique de santé publique. La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants est réalisée par des enquêtes socio-sanitaires, ainsi que par la mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres (CHAPITRES V et VI).

La promotion de la santé et la prévention sont particulièrement développées (CHAPITRE VII).

Le signalement aux autorités de santé publique, des menaces à la santé de la population ou des situations qui donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée, est précisé (CHAPITRE VIII), de même que les pouvoirs des autorités de santé publique et du gouvernement en cas de menace à la santé de la population. Un directeur général d'ARS peut procéder à une enquête épidémiologique, et un ministre en charge de la santé peut décider de coordonner les actions de plusieurs directeurs généraux d'ARS. Il peut mobiliser les ressources de tout établissement de santé et services sociaux en France qu'il estime nécessaires, afin de répondre à une situation d'urgence en santé publique. Le gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire (CHAPITRE IX). Des dispositions pénales sont précisées (CHAPITRE IX).

L'article 95 de la Section III concernant un état d'urgence sanitaire pour protéger la santé de la population (CHAPITRE IX) peut être particulièrement intéressant pour réduire des inégalités de santé tant sociales que territoriales, grâce à ses alinéas 5 à 8 : 5-ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de services de santé et de services sociaux ; 6-requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés ; 7-faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires ; et 8-ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.

L'égalité d'accès aux soins et à la santé a été retenue comme principe fondamental du système de santé au détriment de « l'égalité des chances devant la santé ». Même si le Haut Comité de la Santé Publique a proposé en 1992 une « politique de santé en faveur de l'égalité des chances » dans sa « stratégie pour une politique de santé »¹¹²² qui a pu ensuite être reprise, cette notion, comme le montre Geneviève Koubi, n'est pas un concept juridique¹¹²³. Le but du système de santé ne peut être de donner des chances à un citoyen mais de garantir à tous un accès aux soins et à la santé. En effet si le système de santé ne doit donner que des chances, le citoyen peut être en mesure de ne pouvoir les saisir faute d'accès. C'est introduire le risque d'une sélection de ceux qui n'ont pas pris la chance donnée, ainsi que d'une stratégie comportementaliste ne concernant plus l'ensemble des possibilités mais seulement quelques unes. Il y a aussi un risque de sur-responsabilisation du citoyen et de dé-responsabilisation du système de santé alors qu'au contraire, le système de santé doit être responsabilisé pour faire du service public avec un schéma de la prestation garantissant un accès aux soins et à la santé pour tous. La question ne concerne pas la chance mais un accès aux soins et à la santé pour tous.

La loi sur la santé publique permet aux programmes nationaux de santé publique de mettre en œuvre des actions et des dispositifs pour améliorer l'état de santé de toute la population. Ainsi, tous les déterminants de la santé sont pris en compte et les composantes du continuum sont rééquilibrées par priorités de santé et par territoire de santé publique en faveur : de la prévention, de l'ambulatoire et du secteur médico-social et social. C'est à dire que le développement de la prévention et du secteur médico-social et social concernant tous les déterminants de la santé est privilégié, par rapport à l'augmentation de la consommation de soins. Ainsi, le « bien-vieillir » est préféré au « tout Alzheimer », et la santé mentale bénéficie de son programme national de santé publique. Ainsi, l'amélioration des résultats sanitaires, la réduction des inégalités, l'efficacité du système de santé et l'avancée de la démocratie sanitaire peuvent devenir des réalités¹¹²⁴.

¹¹²² HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie pour une politique de santé...*(*op. cit.*).

¹¹²³ G. KOUBI. Égalité, inégalités, différences. In : MICHAUD Yves (dir). *Égalité et Inégalités*. Université de tous les savoirs. Paris : Editions Odile Jacob, 2003, p. 117-143.

¹¹²⁴ D. TABUTEAU. Loi de santé publique ...(*op. cit.*), p. 262.

Un programme national de santé publique peut concerner la promotion de la santé par les activités physiques et sportives et pourrait bénéficier d'un objectif individualisé de la nutrition dans la loi sur la santé publique¹¹²⁵. Un « programme national de santé publique de promotion de la santé par les activités physiques et sportives » favorise des actions pour toutes les catégories socio-professionnelles¹¹²⁶ ainsi qu'un aménagement du territoire, comme c'est le cas par exemple en Hollande en faveur d'un réseau de pistes cyclables ou en Nouvelle-Zélande en faveur de circuits de randonnée balisés à partir des aires de repos sur les routes. Cela concerne la politique de la ville qui doit pouvoir réduire les inégalités entre les villes, les banlieues et les territoires ruraux, et reconstruire des lieux de citoyenneté sociale ou de mixité sociale¹¹²⁷.

La loi sur la santé publique peut intégrer la notion de « bien-être » de la définition de la santé de l'OMS qui est « non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social », comme cela a été fait pour la loi sur la santé publique de la Province du Québec du 19 décembre 2001. Le premier objet de l'exemple de la proposition de loi sur la santé publique deviendrait : « la présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé *et de bien-être* de la population en général »¹¹²⁸. Cela renforcerait le « programme national de santé publique de promotion de la santé par les activités physiques et sportives », car la condition physique est liée positivement au bien-être et à la confiance en soi. Un autre programme national de santé publique pourrait concerner le « bien-être au travail », comme dans les pays nordiques.

C'est ainsi, comme peut le montrer le tableau ci-après, que l'on peut arriver en France à une loi sur la santé publique rejoignant logiquement les définitions de la promotion de la santé et de la santé de l'OMS.

¹¹²⁵ P. AEBERHARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Rennes : Editions ENSP, 2003, p. 213-244.

¹¹²⁶ En août 2001, Paris a accueilli la neuvième édition de la Coupe du monde des sans-abri.

¹¹²⁷ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon...(*op. cit.*), p. 22.

¹¹²⁸ LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2004.

POUR UNE LOI SUR LA SANTE PUBLIQUE
REJOIGNANT LES DEFINITIONS DE LA SANTE ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE
DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Année	Loi	Objectif	But
2002	Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	Article 34, Chapitre 5 : la nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles	Affirmation du pouvoir central
2004	Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	Article 2, Chapitre 1, Titre 1 : la nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles. La politique de santé publique concerne : 1-la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, 2-la lutte contre les épidémies, 3-la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, 4-l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, 5-l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires, 6-l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer, 7-la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire, 8-la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, 9-l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, 10-la démographie des professions de santé	Affirmation du pouvoir central Définition d'une politique de santé : contient 10 objectifs et 100 priorités Positionnement de « L'amélioration de l'état de santé de la population » mais en 4 ^{ième} position et positionnement de « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire » mais en 7 ^{ième} position sur les 10 objectifs de l'article 2.
XXXX	Loi sur la santé publique	Objet 1 du Chapitre 1 : la présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général	L'amélioration de l'état de santé de la population devient le premier objectif du système de santé : prise en compte de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies et de la Charte

			d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986 ¹¹²⁹
XXXX ou YYYY	Loi sur la santé publique	Objet 1 du Chapitre 1 : la présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé <i>et de bien-être</i> de la population en général	L'amélioration de l'état de santé <i>et de bien-être</i> de la population devient le premier objectif du système de santé : prise en compte de la définition de santé de l'OMS ¹¹³⁰

Source : P.-H. BRÉCHAT 2011.

Des propositions complémentaires à cette loi sur la santé publique doivent être faites en faveur d'une santé publique pour la société d'aujourd'hui et de demain.

Section 3 : La renationalisation

Pour la mise en œuvre de ces propositions de lois, le renforcement de la planification de la santé « à maxima » est nécessaire, ce qui permet la prise en compte de l'ensemble du continuum et des déterminants de la santé et l'organisation des réponses aux besoins de santé de la population du territoire de santé publique. La démocratie sanitaire est développée ainsi que la citoyenneté sociale.

La renationalisation est à la fois le retour de l'État ainsi que le renforcement de la cohésion des membres qui composent la démocratie et la réappropriation par ceux-ci du politique¹¹³¹ (**Paragraphe 1**).

L'ARS et la direction du territoire de santé publique ont ainsi par exemple les moyens de lutter contre la désertification médicale (**Paragraphe 2**).

C'est l'amélioration des conditions de vie des professionnels de santé ainsi que du service public qui permettra de lutter contre la désertification de la population et des professionnels de santé. Les deux sont intimement liés, ce qui doit favoriser un

¹¹²⁹ « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé » : CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. In : F. BOURDILLON, et alii. *Traité de santé publique...*(*op. cit.*), p. 711-713.

¹¹³⁰ La définition de la santé du préambule de 1946 à la Constitution de l'OMS : « non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social », cité dans F. ALLA. Les déterminants...(*op. cit.*), p. 36.

aménagement du territoire soucieux de l'amélioration de l'état de santé. Rappelons l'exemple de l'Ile d'Yeu en Vendée, où les médecins spécialistes en médecine générale s'en allaient sans être remplacés, provoquant un exode de la population vers le continent.

Paragraphe 1 : Le renforcement de la planification de la santé

Le développement d'une planification de la santé « à maxima » comporte une révision des indicateurs d'évaluation de la performance, une prise en compte plus importante de l'équité différentielle, ainsi que des besoins de santé et des « conditions de réussite », pour des priorités par des spécialistes de la planification de la santé.

Les indicateurs d'évaluation de la performance revus.

Deux écoles de pensées prédominent en matière d'évaluation de la performance des systèmes de soins. La première école de pensée, qui peut être représentée par Amartya Sen¹¹³² ou l'OMS¹¹³³, retient les déterminants sociaux de la santé comme les conditions de logement, la répartition des revenus, le niveau d'éducation et l'alimentation. La seconde école de pensée, qui peut être représentée par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), met l'accent sur les indicateurs liés directement aux soins délivrés.

Si ces deux écoles s'expriment en France, la deuxième prévaut : dans son article 35, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu d'intégrer réglementairement des « objectifs de performance » dans les CPOM des établissements de santé, comme le taux d'occupation des plateaux techniques, le taux de chirurgie ambulatoire ou la durée moyenne de séjour. Si les résultats issus de ces indicateurs devaient être rendus publics chaque année par les établissements de santé par soucis de transparence, ce ne sont pas des

¹¹³¹ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (op. cit.), p. 11-22.

¹¹³² A. SEN. *Repenser l'inégalité...* (op. cit.), et A. SEN. Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté... (op. cit.).

¹¹³³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Rapport sur la santé dans le monde 2000... (op. cit.), p. xi.

indicateurs de performance des systèmes de santé qui selon l'OMS, doivent privilégier l'amélioration de la santé, la réactivité et l'équité de la contribution financière¹¹³⁴.

La première doit davantage être développée. L'amélioration de l'état de santé de la population doit aussi devenir en France le critère d'évaluation principal de la politique de santé publique, du ministre en charge de la santé ainsi que du directeur général d'ARS de deuxième génération¹¹³⁵. C'est ce que propose Didier Tabuteau, pour qui les critères d'évaluation de « la politique de santé pourrai[en]t s'articuler autour de quatre ambitions : l'amélioration des résultats sanitaires, la réduction des inégalités, l'efficacité du système de santé, et l'avancée de la démocratie sanitaire »¹¹³⁶. Les propositions actuelles de réformes des systèmes de santé, comme dans la plupart des pays en développement, prennent l'amélioration de l'état de santé de la population comme critère d'évaluation principal¹¹³⁷, comme la Province du Québec, le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède¹¹³⁸. De plus, le Haut Conseil de la Santé Publique et la DREES proposent que le renoncement à des soins pour raisons financières puisse devenir un indicateur de suivi de la réduction des inégalités d'accès aux soins au niveau national, régional et territorial, ainsi que par groupe de population¹¹³⁹.

Les propositions de cette recherche se réclament de la première école de pensée. S'il ne devait y avoir que quelques indicateurs d'évaluation de la performance, ce serait ceux de l'OM avec : les hospitalisations évitables par la mise en place de services de soins primaires compétents et réactifs qui prennent en charge les patients complexes ;

¹¹³⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...* (*op. cit.*), p. xi.

¹¹³⁵ A. BÉRARD, P.-H. BRÉCHAT. Pour un cadre général de suivi des politiques de santé. In : J.-C. HENRARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 50-51. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹¹³⁶ D. TABUTEAU. Loi de santé publique... (*op. cit.*), p. 262.

¹¹³⁷ M.-A. GONZÁLEZ BLOCK, P. SANDIFORD, J.-A. RUIZ, J. ROVIRA. Beyond health gain: the range of health system benefits expressed by social groups in Mexico and Central America. *Soc Sci Med* [en ligne]. 2001 ; 52 (10), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1537-1550. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹¹³⁸ F. JUSOT, D. POLTON. La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 33-36. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹¹³⁹ HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité*. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2009, p. 72, cité dans DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Renoncement aux soins*. Actes du colloque. Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2012, p. 7.

l'accès facilité par ce système de soins, à des services spécialisés à même de prolonger la vie et de réduire la douleur ; et la mortalité évitable qui est « un indicateur synthétique qui englobe les deux autres » et qui concerne tous les morts « prématurés » qu'il est possible d'éviter si l'accès aux soins primaires, y compris les services de prévention, et les soins spécialisés d'utilité médicale, sont assurés par un système¹¹⁴⁰.

Les données rendues accessibles et transparentes ainsi que les indicateurs de performance du système de santé doivent aussi permettre une réflexion stratégique prospective sur l'avenir du système de santé, ainsi qu'une régulation du système de santé qui facilite sa performance.

Les exemples des propositions de loi et leurs programmes doivent être mis en œuvre par une planification de la santé « à maxima » développée à partir de la planification sanitaire et sociale¹¹⁴¹.

Cette planification de la santé doit être davantage porteuse d'égalité et d'équité différentielle du national au territoire de santé publique. Cette « politique de ciblage est ancienne » et elle peut être réactivée au vu des impacts de la crise économique : augmentation de la précarisation de la société et diminution des déficits sociaux, afin de recentrer la protection sociale sur les personnes précaires¹¹⁴². Rappelons que dans cette recherche, l'égalité n'est pas remplacée par l'équité¹¹⁴³, que les principes de solidarité, d'égalité ou d'équité sont étroitement associés¹¹⁴⁴, et que l'égalité d'accès aux soins et à la santé peut être porteuse d'équité égalitariste et d'équité différentielle. L'équité égalitariste, basée sur l'égalité de droits¹¹⁴⁵, ne permet pas directement de répondre aux besoins spécifiques de la population : le plus souvent égaliser des droits se traduit par une accessibilité au système de soins, sans considérer nécessairement les autres besoins de santé des populations et les autres déterminants de la santé. L'allocation des ressources pour l'établissement de santé (autorisations et volumes d'activité) bénéficie d'une approche par équité égalitariste indifférenciée en

¹¹⁴⁰ M.-K.GUSMANO, V.-G.RODWIN, D. WEISZ. *Health Care in World Cities: New York, Paris, and London Baltimore*. MD, Johns Hopkins University Press, 2010.

¹¹⁴¹ A. JOURDAIN, et al. *La nouvelle planification...*(*op. cit.*).

¹¹⁴² M. BORGETTO. Sur quels principes...(*op. cit.*), p. 11-12.

¹¹⁴³ D. CASTIEL. *Équité et santé*. Rennes : Editions ENSP, 1995.

¹¹⁴⁴ M. BORGETTO. Le principe d'égalité ...(*op. cit.*), p. 41-52, M. BORGETTO. Égalité, solidarité...équité ?...(*op. cit.*), p. 239-279.

fonction des besoins. Se limiter à étendre l'accessibilité au système de soins serait plus facile à mettre en œuvre, et supposerait moins d'outils, mais la probabilité que les besoins plus spécifiques soient comblés reste faible. C'est ainsi que l'équité égalitariste se trouve remise en cause par une équité par les besoins, appelée différentielle, dans la mesure, où la réponse est fonction des besoins différents de populations¹¹⁴⁶. C'est la définition rawlsienne de l'équité¹¹⁴⁷. Elle peut permettre une allocation de ressources dans un territoire de santé publique, en fonction des besoins de santé plutôt qu'en fonction de l'accessibilité aux soins. Elle peut permettre également d'envisager un réseau (réseau médico-social et social, en plus des soins), plutôt qu'un fonctionnement fermé sur les structures sanitaires du territoire. La prise en compte des populations spécifiques dans un territoire de santé publique donné peut conduire, en fonction des besoins différenciés, à restructurer l'offre de soins et l'offre médico-sociale et sociale. La planification de la santé peut permettre davantage d'équité différentielle¹¹⁴⁸, comme cela a été réalisé pour le SROS de troisième génération « périnatalité » du territoire de santé du 75-1¹¹⁴⁹. Ce type de planification devrait pouvoir également intéresser d'autres déterminants de la santé, comme l'éducation¹¹⁵⁰.

Les besoins de santé doivent être davantage pris en compte en planification de la santé.

C'est une exigence de la population qui tient compte de l'histoire, de l'environnement social et politique. Pour que le besoin en santé publique soit bien validé par une procédure scientifique, sociale ou politique¹¹⁵¹, il est nécessaire que : l'approche par la continuité de la santé puisse remplacer l'approche par la continuité des soins ; et

¹¹⁴⁵ D. CASTIEL, A. JOURDAIN. Équité et planification sanitaire : analyse critique des SROS et implications pour un modèle d'allocation de ressources. *Cah Socio Démo Méd* 1997 ; 3-4, p. 205-235.

¹¹⁴⁶ Appelée aussi « égalité plus concrète », cité dans M. BORGETTO. Sur quels principes... (*op. cit.*), p. 16.

¹¹⁴⁷ J. RAWLS. *Theory of justice*. Cambridge ; Harvard University Press, 1971.

¹¹⁴⁸ G. DUMONT. Le principe... (*op. cit.*), p. 87.

¹¹⁴⁹ P.-H. BRÉCHAT, D. CASTIEL, D. CARMONA, C. BRUNNER, C. SEGOUIN, S. KHALFAOUI, C. DELALAY, V. BARBIER, F. MULLER, J.-Y. GRALL, J.-B. TRUC, R. RYMER, D. BERTRAND. Équité et planification : Analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération « périnatalité ». *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 20, [réf. du 29 décembre 2011], p. 81-94. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

¹¹⁵⁰ M. BAUMARD. Ecole : les moyens attribués renforcent les inégalités... (*op. cit.*).

¹¹⁵¹ A. JOURDAIN, et al. *100 mots-clés...* (*op. cit.*), p. 183.

que l'approche par les experts soit renforcée par la mise en place des deux autres approches de T.-L. HALL¹¹⁵² : méthode des objectifs par prestations (qui prend en compte des besoins théoriques, des souhaits éventuels et des conditions économiques) pour permettre l'élaboration d'objectifs de production et de distribution de services de santé par déterminants de santé ; et méthode des besoins souhaités par la population qui permet de prendre en compte des priorités de santé par catégories de populations et par territoires de santé, comme cela a été réalisé par les citoyens et les représentants d'associations d'usagers francs-comtois¹¹⁵³. Ces travaux doivent être confrontés à ceux des experts (première approche de T.-L. Hall) au sein d'espaces de discussion et de négociation.

La planification de la santé doit devenir plus performante en comportant les « conditions de réussite ».

Si les outils de planification de la santé, tant les programmes que les schémas, doivent, pour être plus performants, davantage intégrer la réduction des inégalités inter régionales, la notion de satisfaction des usagers et la dimension financière afin de mieux correspondre aux critères de l'OMS¹¹⁵⁴, ils doivent aussi tenir compte d'autres facteurs qui sont importants pour leur réussite et leur acceptation par la population. Ces facteurs proviennent de deux sources complémentaires.

La première concerne les six grands types de prestations du système de santé qui ont été identifiés en dehors de l'amélioration de l'état de santé de la population : la réduction de l'incertitude ; la sécurité économique ; la confiance dans la qualité du système de santé ; les avantages financiers tirés du système ; les soins de santé utiles ; et l'équité du système de santé. Les propositions de réforme du système de santé doivent insister sur la qualité liée aux ressources humaines et à l'adéquation de la couverture des besoins de santé des populations par des offres de qualité, pour être en accord avec les attentes de la population¹¹⁵⁵. Pourtant, il y a eu peu d'évaluation des initiatives visant à réduire les inégalités de santé prises dans les pays européens. L'élaboration d'une méthodologie d'évaluation des interventions en santé publique est

¹¹⁵² T.-L. HALL. *The Political...* (*op. cit.*), p. 73-95.

¹¹⁵³ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Priorités de santé...* (*op. cit.*), p. 131-146.

¹¹⁵⁴ Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la qualité et l'équité, cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...* (*op. cit.*), p. xi.

¹¹⁵⁵ M.-A. GONZÁLEZ BLOCK, et alii. *Beyond...* (*op. cit.*).

donc nécessaire¹¹⁵⁶. D'autant plus, qu'il est probable que les contributions les plus significatives pour réduire les inégalités de santé sont l'amélioration des conditions économiques et sociales, l'amélioration de l'environnement physique, et l'utilisation des interventions locales de services de santé existantes¹¹⁵⁷.

La seconde est issue de plusieurs travaux. Pour David V. Mc Queen et al, il n'y pas d'information permettant de montrer l'efficacité de la promotion de la santé pour tout lieu et toute époque, mais on dispose de données probantes qui, une fois situées dans leur contexte, permettent d'informer, au cas par cas, le décideur publique¹¹⁵⁸. Les travaux de Nicki Jackson et al, qui ont comparés les principaux organismes qui produisent et diffusent de l'information sur les effets sanitaires des programmes de promotion de la santé (Cochrane Collaboration, NHS CRD, Community Guide CDC, par exemple) permettent d'atteindre une certaine généralité dans les résultats des méta-analyses, grâce à un protocole unique d'observation¹¹⁵⁹. Il faudra toutefois attendre quelque temps avant que ce modèle ne s'impose et se traduise dans les bases de données par une information utilisable dans la décision publique¹¹⁶⁰. Il y a des preuves d'efficacité de la promotion de la santé comme mode d'intervention auprès d'une population, et des travaux portant sur l'éducation pour la santé montrent son effet sur les changements de comportements. Cette efficacité est accrue par le développement des compétences des personnes auxquelles est destinée l'intervention, l'usage d'incitations (par exemple, une augmentation du prix du tabac) ou le recours à des modes d'intervention « multi facettes » (par exemple des modifications réglementaires associées à une campagne médiatique et à des actions de proximité). Il est possible de définir des conditions qui permettent de reconnaître qu'une

¹¹⁵⁶ K. STRONKS, J.-P. MACKENBACH. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health* [en ligne]. 2006 ; 16 (4), [réf. du 29 décembre 2011], p. 346-365. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹¹⁵⁷ L. ARBLASTER, M. LAMBERT, V. ENTWISTLE, M. FORSTER, D. FULLERTON, T. SHELDON, I. WATT. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy* [en ligne]. 1996 ; 1(2), [réf. du 29 décembre 2011], p. 93-103. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹¹⁵⁸ D.-V. MC QUEEN, L. M. ANDERSON. *Strengthening the evidence base for health promotion*. Oral communication. Mexico: 5^e Conference on Global Health Promotion, 2000. Disponible sur : http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Suppl_04.pdf

¹¹⁵⁹ N. JACKSON, E. WATER. Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health Promotion International* [en ligne]. 2005 ; 20, [réf. du 29 décembre 2011], p. 367-74. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹¹⁶⁰ L. CAMBON, V. RIDDE, F. ALLA. Reflections and perspectives on evidence-based health promotion in French environment. *Rev Epidemiol Santé Publique* [en ligne]. 2010 ; 58, [réf. du 29 décembre 2011], p. 277-283. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

intervention relève de la promotion de la santé¹¹⁶¹. Nous pouvons donc classer des programmes ou interventions selon ces conditions¹¹⁶². A la question des conditions générales de réussite des interventions en santé publique, à laquelle il n'est pas possible d'apporter une réponse simple, se substitue la question de savoir si ces interventions sont ou ne sont pas de la promotion de la santé, sachant que si la réponse est oui, il y a de bonnes raisons de penser que cette intervention sera efficace pour faire baisser la mortalité et la morbidité prématurées. Autrement dit, il n'y a pas de preuve irréfutable, mais, si certaines conditions sont réunies, l'efficacité attendue est élevée.

Sur la base des travaux de l'OMS complétés par ces deux sources de facteurs complémentaires, il sera considéré comme ayant les meilleures chances de succès les interventions ou actions de santé publique, les programmes de santé ou de santé publique tant nationaux régionaux que territoriaux, mais également les schémas régionaux tant pour le secteur ambulatoire, la prévention, l'organisation des soins ou l'organisation médico-sociale, répondant aux 11 conditions suivantes : 1) la prise en compte du court et moyen terme (le processus) autant que du long terme (l'impact sur la santé) ; 2) l'accent mis sur les déterminants de la santé ; 3) une combinaison de stratégies pour modifier ces déterminants : incitation au changement de comportement individuel, au développement des compétences personnelles, soutien d'un style de vie par un environnement sain ; 4) l'utilisation de méthodes et pratiques scientifiquement validées, la mesure du succès de l'intervention par des approches qualitatives aussi bien que quantitatives, la recherche de données probantes concernant l'impact sur la santé ; 5) une liaison avec les processus sociaux d'élaboration des politiques (par exemple, l'inscription de l'intervention dans un projet d'établissement ou, à un autre niveau, dans un contrat de plan État-Région) ; 6) une approche collective plutôt qu'individuelle, avec création d'environnements favorables ; 7) une adaptation aux besoins et aux systèmes économiques, sociaux et culturels locaux ; 8) l'implication effective des destinataires de l'intervention dans sa préparation, sa mise en œuvre et son évaluation ; 9) l'interdisciplinarité des équipes dans un cadre associant différentes institutions ; 10) une place donnée aux médias et

¹¹⁶¹ S.-F. JACKSON, R.-K. EDWARDS, B. KAHAN, M. GOODSTADT. *An assessment of the methods and concepts used to synthesize the evidence of effectiveness in health promotion: A review of 17 initiatives*. Canadian Consortium for Health Promotion Research, Toronto, 2001.

¹¹⁶² C. BLUM-BOISGARD, et alii. Quelles conditions de réussite... (*op. cit.*), p. 569-582.

aux études d'opinion dans la communication autour du programme ; 11) la prise en compte de l'équité, de la justice, du partage du pouvoir, la recherche de gains de productivité, l'accessibilité.

Ces conditions de réussite peuvent être regroupées en 3 parties, comme dans le tableau ci-après.

LES CONDITIONS DE REUSSITE DES INTERVENTIONS EN SANTE PUBLIQUE

1)- La structuration et le fonctionnement du programme	
	Les facteurs de succès reposent sur qualité du processus (coup d'envoi, étapes suivies)
	La prise en compte des déterminants de la santé
	La prise en compte du court, moyen et long terme
	La prise en compte de données, méthodes et pratiques scientifiquement validées
	La disponibilité des ressources humaines et financières qui influencent leur mode de pilotage
	La communication occupe une place décisive
2)- L'implication des acteurs	
	L'existence de collaborations antérieures à l'intervention
	Une volonté politique forte pour soutenir la démarche
	L'interdisciplinarité des équipes
	Le partage des responsabilités et du pouvoir
	La recherche de productivité
	L'internalisation des valeurs (équité, justice, partage du pouvoir, recherche de productivité, accessibilité)
	La perception par le chef de projet de son rôle d'animateur et de fédérateur
3)- Les relations avec l'environnement en particulier institutionnel et communautaire	
	La création d'environnements favorables
	L'adaptation aux besoins et aux systèmes économiques, sociaux et culturels
	Une définition claire des rôles et du partenariat entre les niveaux national et local

Source : P.-H. BRÉCHAT 2012.

Ces conditions ont été testées en 2005 pour 22 PNS¹¹⁶³. Ainsi, si les résultats de cette recherche sont retenus, il faut, pour que les programmes de santé publique contiennent le maximum de conditions de réussite, que les relations avec l'environnement en particulier institutionnel soient améliorées, ainsi que la création d'environnements favorables, l'adaptation aux besoins et aux systèmes économiques, sociaux et culturels, avec une définition claire des rôles et du partenariat entre les niveaux national et local.

¹¹⁶³ P.-H. BRÉCHAT, M.-C. AVARGUES, R. DEMEULEMEESTER, F. JABOT. Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé. In : J.-C. HENRARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). *Actualité et*

Il est nécessaire de préciser les priorités pour une planification de la santé.

Cette planification de la santé va mettre en œuvre la politique de santé publique, tout en articulant les politiques de santé et les politiques sociales au niveau du territoire de santé publique. Elle va prendre en compte les déterminants de la santé sur le moyen et le long terme, afin de participer à l'amélioration de l'état de santé de toute la population.

Elle devra favoriser le « mariage » entre le modèle « déterminants de santé, amélioration de l'état de santé de la population et égalité d'accès aux soins et à la santé », plus prometteur d'amélioration de l'état de santé de la population, et le modèle « revenu, précarité et accès aux soins ». Il y sera privilégié la réponse coordonnée aux besoins de santé et les résultats visés par l'action publique, puis la prise en compte de l'efficacité des organisations. La mise en place de la nouvelle gestion publique sera améliorée¹¹⁶⁴.

L'amélioration de l'état de santé de la population doit être inscrite dans le dispositif de planification des ARS : le PSRS de l'ARS comportera un plan transversal de santé publique « égalité d'accès aux soins et à la santé, protection de la santé de la population, et mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général » comprenant des obligations d'articulations avec les déterminants de la santé comme le logement, l'éducation, la culture, l'environnement, le travail et le revenu, etc., ce qui sera décliné dans tout le continuum par priorité et par territoire de santé publique.

Le secteur ambulatoire doit être individualisé et devenir opposable au sein du dispositif de planification de la santé de l'ARS¹¹⁶⁵, pour permettre un recensement fin de toutes les offres, comme les : cabinets médicaux, maisons pluridisciplinaires, centres de santé, centres de prévention, maisons de santé, pôles de santé, PASS, CSPP ou équivalents, afin d'améliorer le maillage des soins de premier recours dans tous les territoires de santé publique, et en fonction des besoins de santé de la population. L'ARS doit aussi pouvoir favoriser la construction de guichets uniques qui proposent un ensemble visible et cohérent d'actions de prévention et de soins.

Dossier en Santé Publique [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 40-43. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹¹⁶⁴ F.-X. MERRIEN. La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et politiques* 1999 ; 41, p. 95-103.

Pour arriver à cela, il faudrait réunir en un même endroit le centre de prévention, le cabinet médical, la maison pluridisciplinaire, le centre de santé, la maison de santé, le pôle de santé et la PASS. C'est ce que réussit le concept de CSPP qui intègre le tout.

A l'instar des camions mobiles de mammographies ou des centres mobiles de la médecine du travail, certains imaginent aussi des semi-remorques abritant tous les services qui peuvent manquer dans certains territoires de santé publique, comme un centre pluridisciplinaire, un bureau de poste, une banque, un épicier, un boucher ou un service de formation (à l'informatique par exemple), qui sillonnaient ces territoires de santé publique en attendant le rétablissement de ces services de proximité¹¹⁶⁶.

La planification de la santé au niveau régional et infra-régional doit favoriser les soins primaires afin de permettre aux urgences et aux services hospitaliers de se centrer sur leurs cœurs de mission. L'ARS peut aider l'établissement de santé à améliorer l'organisation des services, sans prendre de risques de sélections, tout en favorisant la continuité des soins avec l'amont et l'aval¹¹⁶⁷. La recherche d'efficacité de l'établissement de santé ne doit pas se faire au détriment de la performance du système de santé et de l'accès aux soins des patients complexes. La concentration des activités ne doit pas les forcer au renoncement, car « trop loin », « trop compliqué » ou « trop cher ». Le temps d'accès aux soins, qui était globalement satisfaisant en 2011, doit être surveillé dans le contexte actuel de précarisation de la société, de mutation de l'établissement de santé et de réduction des effectifs. Des études spécifiques pour le temps d'accès aux soins des populations précaires ou des populations vivant en territoire rural doivent être réalisées régulièrement. D'autant plus que des inégalités d'accès persistent, notamment pour les régions rurales, tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares¹¹⁶⁸.

¹¹⁶⁵ En 2011, le schéma régional de mise en œuvre en matière d'organisation de soins englobait la médecine ambulatoire avec implantation des professionnels libéraux, pôles, maisons, centres de santé et missions de service publique.

¹¹⁶⁶ Discussion avec Evelyne Banas, cadre administratif de pôle, hôpital Saint-Antoine de l'APHP en 2011.

¹¹⁶⁷ ANTARES CONSULTING, ANAP, ARS ILE-DE-France. *Améliorer le parcours de santé des personnes âgées sur leur territoire*. ANTARES Consulting, ANAP, ARS Ile-de-France, 2011.

¹¹⁶⁸ M. COLDEFY, L. COM-RUELLE, V. LUCAS-GABRIELLI. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 164, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>

La démographie médicale et des professionnels de santé doit devenir une priorité de l'ARS. Cette priorité peut comprendre un diagnostic de la situation sur le territoire de santé publique, l'identification des manques et des propositions d'actions correctrices à mettre en œuvre. Ces éléments doivent permettre de construire une politique régionale et territoriale de démographie médicale, et ainsi tenter de passer d'une situation subie à un réel pilotage de ces ressources.

Un PRAPS retrouvant une place individualisée avec des dispositifs, dont les PASS, bénéficiant d'un modèle et de compte de résultats analytiques, ainsi que de financements sécurisés et dédiés, sont indispensables.

La mise en œuvre des réformes, avec leurs impacts et leurs effets collatéraux, doit être suivie sur le terrain par l'ARS et le responsable du territoire de santé publique. Les restructurations du continuum doivent être accompagnées pour que des offres nécessaires pour répondre à des besoins de santé de la population ne disparaissent pas. Par exemple, tel centre hospitalier universitaire avait, lorsqu'il était financé à budget global, un service d'ophtalmologie internationalement reconnu pour sa chirurgie de la rétine, mais il avait une consultation ouverte à tous, y compris aux personnes précaires. Il y avait même des consultations gratuites où des lunettes pouvaient être données. Après la mise en œuvre de la T2A à 100 %, les responsables de l'établissement ont décidé d'orienter l'activité vers la chirurgie qui est le plus « rentable ». Depuis, il n'y a plus de consultation. Quand les usagers se présentent à l'accueil du service, deux possibilités sont proposées : la carte de visite d'un ophtalmologiste en secteur 2, et une autre carte de visite d'un ophtalmologiste en secteur 1. Ce dernier part en retraite et n'aura pas de successeur. Il est le dernier en secteur 1 pour tout le territoire de santé. Il ne prend plus les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME car « la déclaration par minitel est trop complexe et le paiement trop long, de 3 à 6 mois après la consultation ». L'ARS ou le responsable du territoire de santé publique aurait pu être utiles pour amortir cet effet collatéral de la mise en place de la T2A à 100 %. Ils doivent aussi veiller à ce qu'il n'y a pas de sélection de patients qui sont possibles de deux manières : quand sont privilégiés des services et des activités potentiellement plus rentables que d'autres ; et quand est identifié avant l'admission des patients, ceux pour lesquels les coûts générés par le séjour seront bien pris en compte par les GHS, et les autres qui seront découragés car potentiellement moins rentables. Un autre effet collatéral doit aussi être pris en compte : celui du transfert de charge de travail du court séjour vers l'aval des soins, sorte d'effet domino, qui peut menacer la pérennité de la planification de la santé. Cette dernière, constituée d'actions et de dispositifs spécifiques coordonnés, peut

être menacée : les structures d'aval en nombre limité de façon récurrente peuvent être saturées alors que les demandes augmentent ; la prise en charge peut être souvent réduite à une gestion de l'urgence entraînant des réhospitalisations non voulues ; la déontologie peut être parfois interrogée et un risque de sélection des patientes existe¹¹⁶⁹. De plus, il n'y a pas de surveillance des réhospitalisations non voulues et les outils, comme les critères de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf), sont difficilement utilisables en routine. Les risques de sélection doivent être appréhendés et des outils de suivi doivent être élaborés¹¹⁷⁰.

L'ARS doit pouvoir mettre en concurrence des offreurs de soins tant publics que privés avant toute contractualisation¹¹⁷¹, comme c'est le cas dans la région de Catalogne en Espagne où sont « achetés » des services aux offreurs de soins publics et privés après mise en concurrence¹¹⁷².

Des spécialistes de la planification de la santé sont indispensables.

Si certains professionnels de santé publique du ministère en charge de la santé ou de l'Assurance maladie ont pu faire une partie de leur carrière dans ce domaine, il n'y a ni corps spécifique de fonctionnaires de l'État, ni spécialité reconnue, ni formation permettant cette spécialisation. Pourtant, il y a besoin de professionnels de santé publique qui puissent, sur le moyen et le long terme, organiser la mise en adéquation des offres du continuum et par déterminants de la santé par rapport aux besoins de santé de la population, déterminés par des enquêtes (socio-sanitaires, épidémiologiques), par région et par territoires de santé publique.

Pour cela, ils peuvent prendre en compte les conditions de réussite des interventions en santé publique pour le développement des programmes ainsi que les approches de T.-L. Hall¹¹⁷³.

Ces professionnels de santé publique spécialistes en planification de la santé sont rares et pluridisciplinaires. Ils ont déjà fait la preuve de leur efficacité lors de la mise

¹¹⁶⁹ C. MAINPIN, et alii. Précarité... (*op. cit.*), p. 356-357.

¹¹⁷⁰ R. ATETE-LEBLANC, P.-H. BRÉCHAT, O. MOREL, A. THOURY, A. FRATI, E. BARRANGER. Parturientes précaires, tarification à l'activité et réhospitalisation : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand - Widal de Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* [en ligne]. 2012, [réf. du 29 décembre 2011], sous presse. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹¹⁷¹ C. EVIN. Les agences régionales de santé en 2025. In : TABUTEAU D. (dir.). Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. Office de Prospective en Santé... (*op. cit.*), p. 63-68.

¹¹⁷² E. SALINES, et alii. Régionalisation... (*op. cit.*), p. 61-67.

en place des premiers PTS¹¹⁷⁴. Ils optent pour une définition opérationnelle de la santé qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Ils construisent, sans reproduire ni extrapoler, pour trouver les adaptations les plus porteuses de valeur pour que les offres répondent aux besoins. Pour cela, ils connaissent les démarches globales, les procédures et les méthodologies¹¹⁷⁵. Par une démarche projet avec tous les partenaires, des professionnels de santé aux usagers, ils innovent, expérimentent, créent, tout en « bricolant », pour intégrer les précédents dispositifs et programmes, et en tenant compte des particularités structurelles et conjoncturelles, afin d'aider à la décision pluridisciplinaire et à la concertation sociale¹¹⁷⁶. Ils organisent des concertations et des débats publics sur les besoins et les priorités de santé.

Ces stratèges adaptent les offres en fonction des besoins, et peuvent construire celles qui manquent, notamment en prévention et en promotion de la santé. Ils protègent les offres indispensables en menant ces travaux en lien avec le service médical de l'Assurance maladie en charge du contrôle, notamment de la T2A. Ils vérifient que les PASS et les PRAPS sont en place là où sont les besoins, et que les financements leurs parviennent. Ils développent les programmes nationaux et les programmes d'actions régionaux et territoriaux de santé publique, ainsi que les réseaux de services de santé et de services sociaux, tout en soutenant les innovations des acteurs de santé de terrain, comme le CSPP, les coopérations entre professionnels de santé ou le développement du bénévolat¹¹⁷⁷. Ils peuvent gérer des financements, tout en allant en trouver d'autres¹¹⁷⁸, et établir des contrats. Ils veillent à l'évaluation des nouveaux dispositifs et des nouvelles pratiques, tout en développant des liens avec les institutions de recherche et d'enseignement. Ils peuvent participer au pôle de compétitivité en santé publique.

Ces professionnels de santé publique spécialistes en planification de la santé « font de la santé publique » en favorisant l'appropriation de nouvelles données et de nouveaux

¹¹⁷³ T.-L. HALL. *The Political...* (*op. cit.*), p. 73-95.

¹¹⁷⁴ R. DEMEULEMEESTER. *Les articulations...* (*op. cit.*), p. 46.

¹¹⁷⁵ A. LOPEZ (dir.). *Méthode...* (*op. cit.*).

¹¹⁷⁶ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Pour un management...* (*op. cit.*), p. 429-433.

¹¹⁷⁷ E. BRUDER, et al. *Usagers...* (*op. cit.*), p. 229-230.

¹¹⁷⁸ Pour par exemple permettre aux non adhérents d'assurances maladies complémentaires de bénéficier de la Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS). Cet exercice est proposé lors

concepts, qui permettent de nouvelles représentations des domaines de santé publique et la mise en place des conditions socio-politiques de leur traitement par la société¹¹⁷⁹. Ils structurent l'action de l'Etat stratège. Ils « produisent de la santé » en allant sur le terrain pour évaluer, adapter, construire et suivre finement l'adaptation des offres aux besoins de santé par déterminant de la santé. Ils promeuvent « une action sociale de proximité, permettant une articulation souple entre le système de soins et les conditions de vie des gens »¹¹⁸⁰.

Pour parvenir à cela, ces professionnels doivent bénéficier de formations initiales et continues spécialisées, et pouvoir faire de la recherche pour se consacrer sur le moyen et long terme à la planification de la santé au sein du territoire de santé publique, de l'ARS et du ministère en charge de la santé. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur des dispositifs universitaires d'enseignements et de recherches coordonnés. Des postes de Patricien Hospitalier – Professeur des Universités (PU-PH) de santé publique et médecine sociale spécialistes en planification de la santé doivent être créés, et être épaulés par des chaires « planification de la santé » pour leur permettre de développer des liens avec le droit de la santé, la politique de santé, le management de la santé, les PASS et l'internationale. Il doit y avoir au moins un par EIRHESP et ERHESP.

Paragraphe 2 : La lutte contre la désertification médicale

Une lutte efficace contre les déserts médicaux nécessite une fédération des efforts de tous les acteurs impliqués, et non pas des actions dispersées comme cela a été le cas jusqu'en 2012. Cette lutte passe par la mise en place d'une organisation coordonnée par l'État, qui ne doit plus la déléguer aux professionnels de santé, comme cela a été aussi le cas jusqu'en 2012. La lutte contre les déserts médicaux doit être intégrée dans la lutte pour la préservation du service public.

Lutter contre les déserts médicaux, c'est permettre à ce foisonnement de dispositifs et de financements, mais aussi de professionnels d'origines différentes qui sont peu

de l'atelier « prévention » de l'Unité d'Enseignement (UE) « Régulation, aide à la décision, planification » de l'EHESP.

¹¹⁷⁹ D. FASSIN. *Faire...* (op. cit.), p. 36-51.

¹¹⁸⁰ R. SOUBIE. *Santé 2010...* (op. cit.), p. 29.

coordonnés entre eux, d'œuvrer à ce but en unissant et en fédérant leurs efforts sur un pied d'égalité¹¹⁸¹. L'ARS, l'Assurance maladie, les préfetures, les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les représentants d'associations d'usagers et les citoyens doivent davantage travailler de concert à l'élaboration du territoire infra-régional « pertinent » en santé publique. Cela favorisera une évaluation commune des besoins, ainsi que le choix des moyens à mettre en œuvre pour remédier aux déserts médicaux, mais également au maintien du service public. L'élaboration du territoire de santé publique, par une approche globale des besoins de la population en service public, est possible par la prise en compte des déterminants de la santé au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Cette approche permet d'intégrer les zonages existants, comme les bassins de vie de la loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales qui favorise le développement de l'intercommunalité rurale, les zonages de la politique de la ville, ou les différents découpages du territoire de santé de l'ARS de première génération. Cela permet à tous les intéressés de repérer les adaptations indispensables du service public, voire des services au public, nécessaires à la vie de la population sur un territoire donné à un moment donné. Ces travaux sont développés au sein du PSRS de l'ARS et des SDCI de la préfecture, au CAR. La loi HPST avec le PSRS leur donne déjà comme interface possible la santé au travail, la santé en milieu scolaire et celle des personnes en état de précarité ou d'exclusion, en même temps que la loi de réforme des collectivités territoriales de 2010 leur donne comme interface possible les équipements de la vie courante et à l'emploi. Pour le repérage des organisations de soins de premiers recours existantes, certains SROS ambulatoires peuvent servir d'exemple, comme celui des Bouches du Rhône¹¹⁸².

Cela permet de mieux coordonner les possibilités venant des ministères et des entreprises qui ne sont pas en charge de la santé (médecine du travail, médecine scolaire, La Poste, EDF, GDF, etc.), du conseil régional (site Internet, etc.), du conseil général (réseau MAIA, aidant familial, PMI, etc.), des communes (SCHS, EPODE, ville-santé de l'OMS, etc.)¹¹⁸³, et ceux du ministère en charge de la santé comprenant la prévention (professionnel libéral et professionnel de l'établissement de

¹¹⁸¹ Les collectivités territoriales ne sont pas seulement des co-financeurs, cité dans P. VILLENEUVE. Les compétences...(*op. cit.*), p. 97.

¹¹⁸² B. PASQUET. Les soins...(*op. cit.*), p. 37-43.

¹¹⁸³ P. VILLENEUVE. Les compétences...(*op. cit.*), p. 87-94.

santé - tabacologue, diététicien, etc.), le secteur ambulatoire (cabinet médical et paramédical, centre de santé, maison de santé, pôle de santé, etc.), le secteur hospitalier (PASS, centre de dépistages anonymes et gratuits, urgences, etc.) ou médico-social (établissement pour personnes âgées dépendantes et non dépendantes, etc.), des assurances maladies obligatoires (centre d'examen de santé, ASAC, sophia, CAPI, ASALEE, etc.), des assurances maladies complémentaires (maison de santé, etc.), et autres (centre de prévention Agirc-Arcco, etc.), afin de répondre aux besoins de santé de la population du territoire pertinent. Toutes les initiatives de l'État, de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales¹¹⁸⁴ peuvent ainsi être valorisées, mais également coordonnées et complétées pour atteindre la couverture des besoins partout et pour tous.

Les actions visant à renforcer le service public sont choisies et coordonnées avec les collectivités territoriales et la population (citoyens et usagers). L'égalité, la proximité et la continuité sont recherchées¹¹⁸⁵. Le développement de la maison de santé et du CSPP est favorisé par des prises en charges partagées.

Pour améliorer la coordination de ces engagements pour des populations au sein du territoire de santé publique, les possibilités de suivi partagé de la contractualisation sont développées. Cette contractualisation est simplifiée, sans devenir un outil de « dialogue de gestion », et ses contraintes sont réduites tout en respectant la libre négociation¹¹⁸⁶, cela pour les 15 contrats différents du champ sanitaire et social, mais également pour les autres déterminants de la santé.

L'ARS coordonne ces travaux pour aboutir à l'élaboration de l'unité territoriale de santé publique et du réseau de services de santé et de services sociaux, ainsi que du programme territorial de santé publique.

Une loi sur la santé peut être expérimentée, comme l'a fait le canton de Genève en Suisse [Annexe 5]. Cette loi, qui intègre la planification de la santé, permet de fixer dans le temps le consensus issu des travaux communs, tout en responsabilisant les élus, la population, les acteurs et les professionnels de santé. Cette loi peut être soumise à référendum.

¹¹⁸⁴ Contrat de Service Public (CSP) entre l'État et la Poste, EDF, GDF ; ASAC, sophia, CAPI, ASALEE, contrat santé solidarité et paiement à la performance de l'Assurance maladie ; accès à Internet pour tous dans des communes financées par les Conseils Régionaux ; MAIA pour les conseils généraux, EPODE et villes santé des maires

¹¹⁸⁵ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...* (op. cit.), p. 127.

¹¹⁸⁶ H. RIHAL. *Articulation...* (op. cit.), p 30-33.

Cet ensemble favorise la mise en place d'un État territorial performant et repositionné sur des périmètres pertinents d'intervention¹¹⁸⁷, comprenant l'ensemble des déterminants de la santé, reconnectant les moyens aux besoins, réduisant les inégalités en termes de service public en milieu rural et urbain¹¹⁸⁸, et répartissant mieux l'offre de soins, tant ambulatoire qu'hospitalière¹¹⁸⁹. La réduction des déserts médicaux et l'amélioration des relations entre les secteurs ambulatoire et hospitalier sont possibles¹¹⁹⁰. Les hôpitaux locaux peuvent à nouveau jouer leur rôle d'acteur territorial de l'aménagement du territoire¹¹⁹¹. Cela renforce la nouvelle démocratie participative au quotidien¹¹⁹².

L'État impose une orientation qualitative dès la formation initiale des médecins à partir de travaux prospectifs en terme de besoins en médecins par spécialité, ainsi que la démographie médicale et la régulation des disciplines entre elles. Il valorise la rémunération des actes cliniques et non plus seulement techniques, ce qui permet une prise en charge globale des patients complexes¹¹⁹³. Il encadre les dépassements d'honoraires et réduit la possibilité des honoraires libres¹¹⁹⁴.

L'ARS acquiert des moyens lui permettant de s'affirmer comme le gestionnaire et le régulateur du secteur ambulatoire. Cela nécessite qu'elle maîtrise les principaux outils pouvant peser sur l'organisation et les comportements des professionnels, et qu'elle ait la capacité de traitement et d'analyse des données détenues jusqu'à présent par l'Assurance maladie. Les médecins conseils de l'Assurance maladie en charge des relations avec les professionnels de santé, peuvent y travailler.

¹¹⁸⁷ N. KADA. La réforme...(*op. cit.*), p. 109.

¹¹⁸⁸ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement...*(*op. cit.*), p. 8.

¹¹⁸⁹ J.-M. MACE. *La menace...*(*op. cit.*), p. 50-54.

¹¹⁹⁰ Ce sont, pour les médecins hospitaliers, les deux priorités que devrait avoir le nouveau ministre de la santé, cité dans APM International. *Plus de 80 % des médecins hospitaliers mécontents de l'évolution de l'hôpital public (sondage)*. Le 22 mai 2012.

¹¹⁹¹ A. DELAS. L'hôpital...(*op. cit.*), p. 89-119.

¹¹⁹² J. CHEVALLIER. *Quelle légitimité...*(*op. cit.*), p. 138.

¹¹⁹³ Cette mesure, avec celle concernant le financement des prises en charge de ces patients en court séjour (proposition de GHS « social-isable », etc.) leur permettra de bénéficier d'une prise en charge globale pour des soins de premier et de second recours, ce qui n'est pas le cas. Cela doit aussi permettre la construction ou la reconstruction des offres permettant ces prises en charge (CSPP, services hospitaliers de gériatrie, de psychiatrie, de médecine interne, etc.).

¹¹⁹⁴ S. MAURY. *Réhabiliter...*(*op. cit.*), p. 86-87.

L'ARS a la possibilité de peser sur les conventions avec les professionnels de santé, et elle peut ainsi avoir des marges de manœuvre sur les rémunérations des professionnels¹¹⁹⁵.

L'ARS est « le guichet unique » des professionnels de santé¹¹⁹⁶, et elle coordonne ainsi les concours apportés par les collectivités territoriales aux conditions d'installation ou de maintien des professionnels de santé, particulièrement en zone rurale ou déficitaire en offre de soins¹¹⁹⁷. Elle peut à nouveau faire effectuer par contrat à des médecins libéraux une activité dans des zones sous-dotées, comme avant la loi HPST. Le schéma régional qui englobe la médecine ambulatoire devient opposable, et la liberté d'installation peut être remise en cause. L'ARS peut se servir de l'article 95 de l'exemple de proposition de loi sur la santé publique, qui concerne un état d'urgence sanitaire pour protéger la santé de la population, pour réduire rapidement des inégalités de santé tant sociales que territoriales jugées prioritaires¹¹⁹⁸.

Cet ensemble est maillé, tricoté, coordonné dans un souci de plus grande efficacité et de plus importante plus-value en fonction de la ressource investie (value¹¹⁹⁹), par la direction du territoire de santé publique, à partir des exemples de lois proposées tout en prenant en compte les réformes des collectivités territoriales et la politique de la ville.

En lien avec l'ARS et les collectivités territoriales, la direction du territoire de santé publique recueille les données disponibles pour proposer des réponses aux besoins de santé de la population selon l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Elle exploite les données issues de la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants (enquêtes socio-sanitaires, mise en place

¹¹⁹⁵ Même avec des contrats individuels, cité dans P.-L. BRAS. *La création...*(*op. cit.*), p. 1134.

¹¹⁹⁶ B. PASQUET. *Les soins...*(*op. cit.*), p. 44.

¹¹⁹⁷ Financement des structures de type maison médicale, indemnités de logement et de déplacements des étudiants (mairie et conseil général ; prise en charge partielle ou totale des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité des soins, mise à disposition de locaux, mise à disposition de logement, versement d'une prime à l'installation, versement d'une prime d'exercice forfaitaire au professionnels de santé exerçant à titre libéral et Contrats d'Engagement de Service Public – CESP (conseil régional), cité dans P. VILLENEUVE. *Les compétences...*(*op. cit.*), p. 87-94.

¹¹⁹⁸ Grâce à ses alinéas 5 à 8 : 5-ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de dispensation de services de santé et de services sociaux ; 6-requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés ; 7-faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires ; et 8-ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population [Annexe 3].

¹¹⁹⁹ La valeur peut correspondre à la production d'une plus grande plus-value en fonction de la ressource investie, cité dans J.-A. M. GRAY. *La création...*(*communication cit.*).

d'un système de collecte de renseignements et de registres), des études sur les besoins de santé ressentis par les citoyens et les usagers de la région et de ses territoires de santé publique (sollicitations des citoyens et des usagers, questionnaire d'handicap social), ainsi que de l'étude de satisfaction des usagers et des citoyens sur les précédentes actions. Ces travaux sont financés par l'ARS qui en a prévu les financements. La direction du territoire de santé publique propose un programme territorial de santé publique pour chacun des territoires infra-régionaux « pertinents » en santé publique de la région. L'élaboration de chaque programme est réalisée par une approche interdisciplinaire et en concertation avec l'union régionale des professionnels de santé, les responsables des PASS, des établissements de santé et des collectivités territoriales. Chaque programme territorial est conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et il définit les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au programme régional de santé publique, compte tenu des spécificités du territoire de santé publique considéré. Ce programme prend en compte les évolutions des unités territoriales de santé publique, des CSPP, des réseaux de services de santé et de services sociaux, ainsi que des coopérations entre professionnels de santé. Il contient un état prévisionnel des recettes et des dépenses et un cadre d'évaluation des résultats. Avant leurs mises en œuvre, les programmes territoriaux de santé publique sont soumis à l'approbation des intéressés. Tous les avis rendus doivent être considérés, et si cela n'est pas le cas, l'ARS doit l'argumenter et le justifier.

Le professionnel de santé publique de la direction du territoire de santé publique, le spécialiste de la planification de la santé « à maxima », ainsi que le directeur général de l'ARS, hauts responsables en santé publique, réduisent les inégalités d'accès aux soins et à la santé en participant, avec les collectivités territoriales, au développement de la solidarité sociale et « des activités d'intérêt général indispensables à la vie collective »^{1200,1201}.

Pour cela, ils bénéficient de financements, qui peuvent prendre le nom d'Objectif Territorial des Dépenses d'Assurance Maladie (OTDAM) qui comprend des enveloppes particulières pour développer des actions de prévention, des actions médico-sociales et sociales, ainsi que des actions en faveur d'autres déterminants de la santé. Ces financements sont ajustés à ceux des collectivités territoriales, et toutes

¹²⁰⁰ G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit... (op. cit.)*, p. 87.

ces actions sont coordonnées pour être complémentaires. Précisons que les 156 millions de fraudes récupérés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2010¹²⁰² pourraient par exemple servir à financer 14 CSPP¹²⁰³, ce qui peut aussi favoriser la réduction des déserts médicaux.

Le professionnel de santé publique de la direction du territoire de santé publique participe à la régulation de l'installation des médecins en secteur 1 et 2, à la limitation des dépassements d'honoraire et à la limitation pour les médecins spécialistes en médecine générale de la pratique exclusive de médecines particulières non conventionnelles (acupuncture, ostéopathie, etc.).

Il promeut la santé-environnement, les bâtiments à basse consommation (pour les CSPP, etc.) ou les aménagements du territoire favorable aux activités physiques et sportives, comme les pistes cyclables (au lieu de parkings inutiles, etc.). Il peut mettre en place le centre de soins de santé durables (Centre for Sustainable Healthcare).

Le professionnel de santé publique de la direction du territoire de santé publique et de l'ARS, comme celui des collectivités territoriales, mais également les professionnels de santé, les usagers et les citoyens peuvent également s'appuyer sur le « Comité interministériel national sur les inégalités de santé », le « service national des connaissances » avec ses atlas sur les besoins de santé et les consommations de soins, le « service national de l'innovation pour un meilleur système de santé publique ».

Lutter contre les déserts médicaux, c'est aussi permettre à chaque professionnel de santé de travailler dans un système infra-régional (system) organisé avec des réseaux (network) et des parcours de soins et de santé (pathway), leur permettant de faire de la santé publique¹²⁰⁴. Ce qui peut être préférable à un exercice en solitaire, devant assumer une délégation de l'État et de l'Assurance maladie sous couvert de libre installation, dans un « désert médical ».

¹²⁰¹ J. CHEVALLIER. *Le service...* (*op. cit.*), p. 22-23.

¹²⁰² F. MALYE. Les escrocs de la santé. *Le point* [en ligne]. 2011 ; n°2047 / 8 décembre, [réf. du 29 décembre 2011], p. 106-108. Disponible sur : http://www.lepoint.fr/economie/les-escrocs-de-la-sante-15-12-2011-1408696_28.php

¹²⁰³ E. BANAS, et alii. *Eléments...* (*op. cit.*), p. 371-376.

¹²⁰⁴ D. FASSIN. *Faire...* (*op. cit.*), p. 36-51.

Chaque professionnel de santé peut travailler dans un CSPP en coopération avec les autres professionnels de santé¹²⁰⁵, et se servir des recommandations de bonnes pratiques^{1206,1207}. Il est un des professionnels d'une unité territoriale de santé publique et oeuvre au sein d'un réseau de services de santé et de services sociaux, avec les dispositifs coordonnés et répartis sur le territoire de santé publique en fonction des besoins.

Chaque professionnel de santé est en lien avec le professionnel de santé publique de sa direction du territoire de santé publique. Ensemble, ils maillent, construisent, coordonnent, ajustent, pérennisent cet ensemble. Chaque professionnel de santé œuvre à la réalisation du programme territorial de santé publique, à la permanence des soins, à la continuité des soins et à la continuité de la santé. Il peut participer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du programme. Il peut réaliser des enseignements et des recherches de l'EIRHESP ou de l'ERHESP et participer au « pôle de compétitivité en santé publique ».

Chaque professionnel de santé, comme le professionnel de santé publique de la direction du territoire de santé publique ou des collectivités territoriales, mais également les usagers et les citoyens, peut s'appuyer sur des sites Internet : « Ministère en charge de la santé » et « Ministère en charge de la santé : votre santé, votre choix », pour les informations sur les symptômes, les options, les traitements ou les suivis par pathologie ; « Soins de santé durable » ; « Bibliothèque nationale de la santé » qui rassemble toutes les références faisant autorité ; et « le glossaire du 21^{ème} siècle ».

Cet ensemble permet à chaque professionnel de santé de devenir co-constructeur d'un système au sein du territoire de santé publique grâce à un fonctionnement en réseau interconnecté en permanence (network) avec les usagers, les citoyens et les professionnels de l'État, de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales. Ils

¹²⁰⁵ P.-H. BRÉCHAT, et al. *Eléments pour un concept...* (*op. cit.*), p. 355-369.

¹²⁰⁶ Y compris pour les parcours de soins : la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en février 2012, des guides de parcours de soins concernant la maladie rénale chronique de l'adulte, la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque et la broncho-pneumopathie obstructive. Ces guides mettent l'accent sur le rôle des professionnels impliqués dans la prise en charge globale des usagers ; mais aussi pour la pertinence des demandes de transfert et d'admission en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), etc. Disponible sur : www.has-sante.fr [consulté le 30 mai 2012].

¹²⁰⁷ L'avènement d'une logique évaluative des soins de premiers recours par la loi HPST, doit permettre de construire une nouvelle représentation « de la performance du système de santé puisqu'il s'agit désormais d'évaluer le degré de réalisation des références axiologiques posées », cité dans A.-S. GINON. La réorganisation de l'offre de soins en niveaux de recours : dits et non-dits d'une réforme d'ampleur. In : E. COUTY, et alii. *La loi HPST...* (*op. cit.*), p. 195.

produisent en continu des connaissances et des actions partagées en prenant en compte les mêmes données scientifiques. Le professionnel de santé peut innover pour favoriser le service public et expérimenter des formes de polyvalences au sein de services au public¹²⁰⁸. Le CSPP peut être par exemple dans les mêmes locaux qu'un dentiste, qu'une pharmacie, qu'une école, que La Poste, etc. Le professionnel de santé est aidé par la direction du territoire de santé publique qui assure la mise en cohérence des politiques publiques avec les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les usagers et les citoyens. Cette direction fournit un appui pour la gestion prévisionnelle des professionnels de santé.

C'est cet ensemble qui permet la construction d'un service public performant pour la population et le professionnel de santé. Lutter contre les déserts médicaux, c'est obliger le professionnel de santé et la population à participer à la mise en place de ce service public, qui peut être étayé par des services au public, afin de remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, comme celui du vieillissement et de la dépendance¹²⁰⁹. C'est aussi ainsi que l'on peut expliquer les réussites de la Province du Québec au Canada et de la région de Catalogne en Espagne.

¹²⁰⁸ J.-A. MARIOTTI. *Aménagement... (op. cit.)*, p. 108.

¹²⁰⁹ R. LAFORE. Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance. Dossier « vieillissement et territoire ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 4, p. 587-590, et M. LONG. Intercommunalité, communes et population âgée : la prise en compte du vieillissement par les territoires. Dossier « vieillissement et territoire ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 4, p. 607-610.

SOUS PARTIE 2 : LA REORGANISATION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE ET MANAGERIALE

Un des enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle est d'arriver à gérer l'augmentation des besoins de santé et des demandes des usagers avec des financements qui stagneront ou diminueront tout en réduisant les inégalités, les préjudices pour l'utilisateur et les gaspillages mais également en développant la prévention et en améliorant la qualité, la sécurité et la valeur¹²¹⁰. En complément, pour accompagner l'organisation du niveau-infra régional, une réorganisation administrative, financière (**Chapitre 1**) et managériale (**Chapitre 2**), est nécessaire.

Cette réorganisation est administrative car des objets intellectuels nouveaux, des outils pratiques et des innovations doivent être proposés pour faciliter la mise en place d'une politique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout

Cette réorganisation doit aussi être financière et proposer une loi sur l'Assurance maladie pour que les financements puissent être mis au service de la santé publique et de l'égalité d'accès aux soins et à la santé tout en comprenant des dispositions particulières en faveur des territoires de santé publique insuffisamment pourvus.

Cette réorganisation doit également être managériale car les hauts responsables en santé publique, tout comme les professionnels de santé, les acteurs de santé, les usagers et les citoyens, doivent pouvoir bénéficier d'enseignements, de formations et de recherches en santé publique, ainsi que de nouveaux outils et de nouveaux services.

Ces propositions concernent des possibilités de mise en place d'actions, de systèmes, de scénarios, de politiques de santé pour un service public ayant à la fois pour fondement l'ensemble des déterminants de la santé et la prise en compte des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité¹²¹¹.

¹²¹⁰ J.-A. M. GRAY. *How To Get...* (op. cit.), p. 1-136.

¹²¹¹ M. BORGETTO. *La notion de...* (op. cit.), p. 594-619.

Les propositions faites sont particulièrement étendues et complexes mais elles sont fondamentales pour promouvoir une égalité réelle exigeant de contrarier un héritage d'inégalités¹²¹².

¹²¹² A. SEN. *Repenser...*(*op. cit.*).

Chapitre 1 : LA REORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

Des objets intellectuels nouveaux, des outils pratiques et des innovations^{1213,1214} permettant un menu en fonction de l'urgence sont proposés (**Section 1**), afin de faciliter la mise en place d'une politique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout ayant des moyens financiers (**Section 2**).

Section 1 : La réorganisation administrative

Quatre-vingt une propositions sont faites. Elles sont composées de quinze objets intellectuels nouveaux¹²¹⁵, de quarante outils pratiques¹²¹⁶, de vingt-deux innovations¹²¹⁷

¹²¹³ D. FASSIN. *Faire...* (*op. cit.*), p. 36-50.

¹²¹⁴ D. FASSIN, A.-J. NAUDE. Plumbism reinvented : childhood lead poisoning in France, 1985-1990. *Am J Public Health* [en ligne]. 2004 ; 94, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1854-1863. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹²¹⁵ 1-territoire de santé publique, 2-unité territoriale de santé publique, 3-réseau de services de santé et de services sociaux, 4-direction de territoire de santé publique, 5-loi sur les services de santé et les services sociaux, 6-état d'urgence sanitaire pour protéger la santé de la population : alinéas 5 à 8 de l'article 95 de la loi sur la santé publique, 7-pôle de compétitivité en santé publique, 8-Ecole Interrégionale ou Régionale des Hautes Etudes en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP), 9-union régionale des professionnels de santé, 10-comité d'éthique de santé publique, 11-continuité de la santé, 12-égalité d'accès aux soins et à la santé, 13-programme national et programmes d'actions régionales et territoriales de santé publique, 14-égalité d'accès aux soins et à la santé de tous les êtres vivants, 15-haut responsable en santé publique.

¹²¹⁶ 1-un seul but pour 3 lois comprenant 193 articles : égalité d'accès aux soins et à la santé et amélioration de l'état de santé de toute la population,
2-fonctions et missions (du ministre, du directeur général d'agence régionale de santé, du responsable de direction de territoire de santé publique, des spécialistes de la planification de la santé, des médecins conseils et des hauts responsables en santé publique),
3-proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux,
4-continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social, réseaux de santé, sécurité sanitaire »,
5-déterminants de la santé,
6-référentiels de bonnes pratiques,
7-définition des prestations des services de santé et de services sociaux,
8-protocoles de fonctionnement entre les composantes des unités territoriales de santé publique
9-proposition de loi sur la santé publique,
10-surveillance continue de l'état de santé de la population (enquêtes socio-sanitaires et épidémiologiques),
11-programme national et programmes d'actions régionales et territoriales de santé publique,
12-comité d'éthique de santé publique,
13-déclaration d'état d'urgence sanitaire,
14-dispositions pénales,
15-indicateurs d'évaluation de la performance,

dont cinq sont mises en œuvre : le CSPP ; le compte de résultats analytiques (CREA) et des possibilités d'évolution¹²¹⁸ d'une PASS et d'un CSPP ; le financement des médecins

16-planification de la santé (besoins de santé, priorités, équité différentielle, « conditions de réussite ») par des spécialistes de la planification de la santé,
17-proposition de loi sur l'assurance maladie,
18-prime d'encouragement dans les territoires de santé publique insuffisamment pourvus,
19-respect de l'article L. 6154-2 du Code de la santé publique,
20-sources d'économies,
21-réduction des préjudices pour l'utilisateur,
22-amélioration des priorités et des financements nationaux,
23-amélioration des priorités et des financements régionaux
24-expérimentations (dans des territoires de santé publique),
De nouveaux outils pour les leaders et les mangeurs en santé publique, mais aussi les professionnels, acteurs, usagers et citoyens
25-site Internet « Ministère en charge de la santé : Votre santé, votre choix »,
26-site Internet « Je cherche un bon soin »,
27-site Internet « soins de santé durable »,
28-site Internet « Bibliothèque nationale de la santé »,
29-site Internet « le glossaire du 21^{ème} siècle »,
De nouveaux services pour les leaders et les mangeurs en santé publique, mais aussi les professionnels, acteurs, usagers et citoyens
30-un « comité interministériel national sur les inégalités de santé »,
31-un « service national des connaissances »,
32-un « service national de l'innovation pour un meilleur système de santé publique »,
33-un « concours national des innovations régionales et territoriales de santé publique »,
34-un lieu où la connaissance est rendue accessible par le débat scientifique et le débat de société,
35-un « Hôpital universitaire de santé publique »,
36-des récompenses,
Pour le développement des enseignements, des formations et des recherches en santé publique
37-identification des compétences essentielles pour les masters de santé publique,
38-ces formations doivent favoriser la gestion de la complexité par des travaux interdisciplinaires et interinstitutionnels,
39-ces formations doivent aussi se faire par la recherche.
40-développement de l'égalité d'accès aux soins et à la santé de tous les êtres vivants et économie sociale et solidaire.

¹²¹⁷ 1-concept d'« ordre public de santé publique » qui englobe et développe la notion d'ordre public sanitaire (hygiène, vaccination), 2-concept de la « continuité de la santé », 3-concept des « unités territoriales de santé publique », 4-concept des « réseaux des services de santé et de services sociaux », 5-concept des « directions de territoire de santé publique », 6-concept de l'« union régionale des professionnels de santé », 7-concept du « comité d'éthique de santé publique », 8-concept des « pôles de compétitivité en santé publique », 9-concept des « Ecoles interrégionales ou Régionales des Hautes Etudes en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP) » 10-coordination des EIRHESP ou ERHESP par l'EHESP qui reprend l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S). 11-concept du « comité interministériel national sur les inégalités de santé », 12-concept du « service national des connaissances », 13-concept du « service national de l'innovation pour un meilleur système de santé publique », 14-concept du « concours national des innovations régionales et territoriales de santé publique », 15-lieu où la connaissance est rendue accessible par le débat scientifique et le débat de société, 16-« Hôpital universitaire de santé publique », 17-des récompenses, 18-un site Internet « Ministère en charge de la santé : Votre santé, votre choix », 19-un site Internet « Je cherche un bon soin », 20-un site Internet « soins de santé durable », 21-un site Internet « Bibliothèque nationale de la santé », 22-un glossaires avec des références accessibles.

¹²¹⁸ Projet 1 : participation à la continuité des soins avec une ouverture de 7 heures 30 à 20 heures (au lieu de 18 heures) ; Projet 2 : participation à la planification du secteur ambulatoire ; Projet 3 : projets 1 + 2

de cette CSPP autrement que par l'acte¹²¹⁹ ; le GHS « social-isable » (voir plus loin) ; la répartition par péréquation pour favoriser le développement d'une politique de santé publique adaptée aux besoins de santé de la population par territoire de santé publique (voir plus loin).

Ces innovations permettent la reconnaissance des réalités favorisant la construction d'une problématique et d'une politique de santé publique. L'ensemble de ces propositions tend à prouver qu'une nouvelle « matrice cognitive et normative »^{1220,1221}, ainsi que des modèles nouveaux, sont indispensables pour apporter de nouvelles perspectives pour la réduction des inégalités de santé. La santé publique et le droit peuvent représenter une chance pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout.

Un menu gradué en fonction de l'urgence est mis à la disposition du ministre en charge de la santé, du directeur général de l'ARS et du responsable de la direction du territoire de santé publique. Ainsi, l'article 95 de l'exemple de proposition de loi sur la santé publique qui concerne un état d'urgence sanitaire pour protéger la santé de la population, peut être particulièrement intéressant pour réduire des inégalités de santé tant sociales que territoriales, grâce à ses alinéas 5 à 8 (5-ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de services de santé et de services sociaux ; 6-requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés ; 7-faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires ; et 8-ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population). De plus, l'attribution d'un « pôle de compétitivité en santé publique » peut favoriser l'attribution de financements et la mise en œuvre d'un cercle vertueux prenant en compte les déterminants de la santé (environnement, travail, éducation, logement, etc.). L'ensemble des autres propositions peut venir compléter ce menu.

Ces quatre-vingt une propositions peuvent être organisées afin de soutenir et de proposer une politique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout.

¹²¹⁹ E. BANAS, et alii. *Eléments...* (*op. cit.*), p. 371-376.

¹²²⁰ D. FASSIN. *Faire...* (*op. cit.*), p. 33-36.

¹²²¹ D. FASSIN, et al. *Plumbism...* (*op. cit.*), p. 1854-1863.

Tout est à faire pour mettre en place une telle politique ainsi qu'une organisation de la santé publique et de l'Assurance maladie au niveau infra-régional. Cela peut justifier l'ajout d'une loi sur l'assurance maladie qui permet aux financements de suivre la santé publique, au cadre précédemment proposé et qui est constitué : d'une loi sur la santé publique qui donne au système de santé comme direction l'égalité d'accès aux soins et à la santé et l'amélioration de l'état de santé de la population pour tous et partout, et ce à partir d'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants ; et d'une loi sur les services de santé et des services sociaux qui organise les territoires de santé publique.

De plus, un plan « Egalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout » est lancé à la place du plan Hôpital 2007. Les quatre axes retenus pour cette réforme sont : organiser le niveau infra régional et le territoire de santé publique ; garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout ; améliorer l'état de santé de toute la population et partout ; remporter les enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle. Ce plan est composé de quatre réformes complémentaires : surveillance continue de l'état de santé de la population (enquêtes socio-sanitaires, mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres) ; programme national et programmes d'actions régionales et territoriales de santé publique ; planification de la santé ; et création de valeurs en dépensant autrement.

Ce plan peut être soutenu par la mise en œuvre des trois lois qui sont complémentaires ainsi que par les mesures suivantes. La dichotomie entre l'État et l'Assurance maladie est supprimée¹²²². La « boîte à outils » de la loi HPST est utilisée pour un scénario de la renaissance¹²²³. La continuité entre le sanitaire le médico-social et le social est reconstruite, de même que la solidarité, par la loi sur les services de santé et des services sociaux notamment. La santé publique est à nouveau suivie par son financement comme avant 1945¹²²⁴, ce qui favorise de meilleurs partenariats entre professionnels de l'État et de l'Assurance maladie, notamment au sein de l'ARS¹²²⁵. Cet ensemble bénéficie de l'intégration du droit des personnes et

¹²²² J.-L. VIDANA. Les agences...(*op. cit.*), p. 273-279.

¹²²³ D. TABUTEAU. Loi HPST...(*op. cit.*), p. 79-80.

¹²²⁴ D. TABUTEAU. *Le Parlement...*(*communication cit.*).

¹²²⁵ F. PIERRU, et al. Planification...(*op. cit.*), p. 76.

d'une organisation interrégionale et régionale pour des formations et des enseignements de haut niveau en santé publique (EIRHESP et ERHESP), ce qui favorise la discussion et les débats pour la définition des priorités et des financements d'une politique de santé publique. Cela peut favoriser l'ancrage de débats électoraux et la construction d'une tradition politique dans le champ de la santé publique¹²²⁶. Ces propositions favorisent la mise en œuvre d'une politique, d'un système de santé ainsi que d'une culture¹²²⁷ de santé publique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, et de l'amélioration de l'état de santé de la population partout et pour tous. Le centre de gravité du système passe des soins à la santé, puis à la santé publique. Pour cela, ces propositions permettent l'organisation de programmes (system), de réseaux (network), de parcours de soins et de santé (pathway) à plus-value plus importante en fonction de la ressource investie (value) au niveau du territoire de santé publique¹²²⁸. Cet ensemble favorise la prise des bonnes décisions pour remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle¹²²⁹.

L'ensemble des 81 propositions faites pourrait participer à la constitution d'une seule loi comprenant la loi sur la santé publique, la loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que la loi sur l'assurance maladie (voir plus loin).

Quelques indicateurs au sein d'un cadre général d'une telle politique de santé publique¹²³⁰ sont proposés : nombre de territoires de santé publique en fonction des 3 types de territoires de santé publique qui délimitent des besoins de santé de populations : par zone géographique particulière, par découpage administratif, par découpage en fonction d'un nombre d'habitants (au minimum, retour sur le désengagement du territoire par les ARS à hauteur de 32,1 %¹²³¹) ; nombre d'habitants couverts (passage des 605 000 actuels¹²³² à 250 000 habitants par exemple¹²³³) ; d'unités territoriales de santé publique, de CSPP ou équivalent (temps d'accès [inférieur à 30 minutes], nombre d'habitants couverts [5 000 à 25 000, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes]), de réseaux de services

¹²²⁶ D. TABUTEAU. *Le Parlement...*(communication cit.).

¹²²⁷ Disponible sur : <http://www.ocht-glossary.net/culture-and-leadership> [Consulté le 29 novembre 2011].

¹²²⁸ J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(communication cit.).

¹²²⁹ J.-A. M. GRAY. *How To Build Healthcare...*(op. cit.), p. 38-39.

¹²³⁰ A. BÉRARD, et al. Pour un cadre général...(op. cit.), p. 51-52.

¹²³¹ B. BASSET. *Les projets...*(communication cit.).

¹²³² B. BASSET. *Les projets...*(communication cit.).

de santé et de services sociaux et de directions des territoires de santé publique (pourcentage de population couverte [98 %] ; passage du système actuel à cinq vitesses à une seule) ; mise en place des EIRHESP, des ERHESP et des pôles de compétitivité en santé publique ; indicateurs de la performance selon l’OMS¹²³⁴ (par direction de territoire de santé publique, par ARS et au niveau national) ; appauvrissement des ménages suite à l’utilisation du système ; satisfaction des usagers¹²³⁵ ; économies réalisées (notamment pour les dépenses de santé consacrées aux maladies chroniques [40 %]) ; taux de remboursement des dépenses présentées au remboursement (retrouve son précédent niveau de 82 %^{1236,1237}), particulièrement pour les soins dentaires et les traitements ophtalmologiques, comme les lunettes ; nombre de personnes devant s’imposer des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux (moins des 3 % d’il y a 30 ans¹²³⁸) ; nombre de bénéficiaires d’une assurance maladie universelle (fin de l’exclusion des 4 millions de français, souvent dans les catégories sociales dont les revenus dépassent de peu le seuil fixé pour l’accès à la CMU et qui demeurent exclus d’une assurance complémentaire) ; nombre de personnes ayant accès à Internet, etc.

Le modèle « égalité d’accès aux soins et à la santé et amélioration de l’état de santé de la population pour tous et partout » peut venir contrebalancer le modèle actuel « libéralisation du système de santé » mis en œuvre notamment par le plan Hôpital 2007.

¹²³³ E. SALINES, et alii. Régionalisation...(*op. cit.*), p. 61-67.

¹²³⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...*(*op. cit.*), p. xi.

¹²³⁵ A. CAMPANA. *Italy reforms...*(*communication cit.*).

¹²³⁶ P.-L. BRAS, et al. *Les assurances maladie...*(*op. cit.*), p. 80.

¹²³⁷ C’est la première proposition de la première partie « Pour le financement » de la « Pétition Pacte pour une Santé Egalitaire et Solidaire » : « Le retour à un taux de remboursement par la Sécurité sociale de 80 % pour les soins et les produits de santé courants alors que ce taux n’est plus que de 55 %. Ce retour à un taux de remboursement élevé est financièrement possible dans le cadre d’une négociation avec les organismes de protection complémentaire. Ces derniers prennent en effet déjà en charge ces dépenses pour 94% de la population mais au prix d’un financement inégalitaire car en général indépendant des revenus, et croissant avec les charges de famille et l’âge. La prise en charge des dépenses de santé pour les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et pour les patients reconnus en Affections de Longue Durée (ALD) doit rester à 100%. Les franchises et forfaits devront être supprimées ». Disponible sur : <http://www.petitionpublique.fr/PeticaoVer.aspx?pi=SANT2012> [consulté le 12 décembre 2012], A. GRIMALDI, et alii. *Manifeste...*(*op. cit.*).

Le tableau ci-après peut montrer les différences entre le plan « Hôpital 2007 » et le plan « égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout ».

COMPARATIF

DU PLAN « HÔPITAL 2007 » ET DU PLAN « EGALITE D'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE »

Plan « Hôpital 2007 »		Plan « Égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout »	
SROS III		Planification de la santé	
	Garantir l'accès aux soins pour tous		Garantir l'accès aux soins et à la santé pour tous et partout
	Territoire de santé		Territoire de santé publique
	Contrat d'objectifs et de moyens		Organisation et contrat simplifié (déterminants de la santé)
	Coopération		Réseau de services de santé et de services sociaux
Certification		Valeur	
	Gestion des risques		Gestion de la valeur
	Evaluation des pratiques professionnelles		Références de bonnes pratiques professionnelles et protocoles de fonctionnement entre les composantes des unités territoriales de santé publique
	Améliorer qualité et sécurité		Améliorer la valeur, la qualité et la sécurité
Nouvelle gouvernance		Nouvelle gouvernance	
	Pilotage		Organisation
	Accroître l'efficience		Accroître la performance ¹²³⁹
	Contractualisation interne		Contractualisation pour des actions concernant l'ensemble des déterminants de la santé
ONDAM-T2A-EPRD		ORDAM - enveloppes prévention, médico-sociale et sociale - T2A « social-isable » - EPRD	
	Mieux utiliser les ressources		Mieux utiliser les ressources (valeur ; péréquation)
	Equilibrage		Equilibrage : patients « complexes » ; ambulatoire ; médico-social et social ; ensemble des déterminants de la santé
	Adaptation		Adaptation (équité différentielle)

Source : d'après MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble modernisons l'hôpital, dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. Quelle place pour l'établissement de santé dans l'organisation territoriale de l'offre de soins ?* Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2007, p. 37-

¹²³⁸ R. BIGOT. *L'opinion... (op. cit.)*, p. 4.

¹²³⁹ Pour l'OMS, la performance des systèmes de santé correspond à leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la réactivité et

Le plan Hôpital 2007 comprend quatre axes : « moderniser les structures hospitalières en accordant davantage de confiance à la capacité de décision de leurs responsables ; desserrer le carcan des règles d'achats publics pour accélérer les investissements et simplifier la gestion ; redonner aux établissements leurs capacités d'innovation et d'adaptation, mais aussi leur fournir les moyens de leur développement ; disposer de davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes », ainsi que quatre réformes complémentaires : le SROS, la nouvelle gouvernance avec les pôles d'activité hospitaliers, T2A et état prévisionnel des recettes et des dépenses, et certification. Ce plan est soutenu par la mise en œuvre de trois lois complémentaires : loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; et loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La santé publique n'est pas suivie par les financements¹²⁴⁰. Le droit des personnes n'est pas intégré et il y a peu d'organisation interrégionale et régionale pour des formations et des enseignements de haut niveau en santé publique. Il y a peu de démocratie sanitaire.

Le modèle « égalité d'accès aux soins et à la santé et amélioration de l'état de santé de la population pour tous et partout » met en place l'unité territoriale de santé publique, composée notamment d'un service public, comme le réseau de centres de santé et d'hôpitaux publics des États-Unis d'Amérique¹²⁴¹. Si la notion de service public doit représenter l'avenir du système de santé comprenant le continuum et l'ensemble des déterminants de la santé, elle doit également représenter l'avenir de l'Assurance maladie et de la sécurité sanitaire¹²⁴². Ce modèle et les propositions sont présentés pour un État plus démocratique que libéral qui met en œuvre un service public et la « refondation de l'idée d'égalité »¹²⁴³. Une « renationalisation » du système de santé, comprise comme le renforcement de la cohésion des membres qui

l'équité de la contribution financière, cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...* (op. cit.), p. xi.

¹²⁴⁰ D. TABUTEAU. *Le Parlement...* (communication cit.).

¹²⁴¹ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 55 et 140.

¹²⁴² D. TABUTEAU. *Santé et assurance...* (op. cit.), p. 1277-1282.

¹²⁴³ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (op. cit.), p. 11-23.

le composent et la réappropriation par ceux-ci du politique, est possible¹²⁴⁴. Cela permet la reconstruction d'un service public de qualité, sûr, efficace, porteur d'amélioration de l'état de santé de la population et d'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout, et qui n'a pas de bénéfices financiers à réaliser. L'État doit être un acteur de choix pour atteindre un développement harmonieux et éthique, en prenant en compte les normes sociales et culturelles dans le développement économique¹²⁴⁵. Pour cela, les propositions faites sont autant de possibilités d'expérimentations pour l'ARS pour voir ce qui pourrait ensuite être généralisé¹²⁴⁶. La question du développement d'un service privé-privé pouvant faire des bénéfices financiers aux côtés du service public mais sans être financé par l'Assurance maladie, peut être posée. Comme nous l'avons vu, les urgences peuvent être trop grandes pour que l'Assurance maladie puisse financer un service public qui ne l'est plus et un service privé qui n'en a que le nom.

Des exemples peuvent montrer qu'un ancrage d'une politique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout est possible. En 1793, la Loi du 28 juin 1789 relative à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfans, aux vieillards et aux indigens¹²⁴⁷, a mis en place la première organisation de santé

¹²⁴⁴ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (op. cit.), p. 397-411.

¹²⁴⁵ A. SEN. *Repenser...* (op. cit.), et A. SEN. *Un nouveau...* (op. cit.).

¹²⁴⁶ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 142.

¹²⁴⁷ Loi du 28 juin 1789 = 8 juillet 1793 – Décret relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfans, aux vieillards et aux indigens. (L. 15, 6 ; B. 31, 255.)

Titre I^{er}. Des secours à accorder aux enfans.

§ I^{er}. Secours aux enfans appartenant à des familles indigentes.

§ II. Secours à accorder aux enfans abandonnés.

§ III. Secours à accorder aux vieillards et indigens.

Titre III. Moyens d'exécution.

§ I^{er}. Formation des rôles de secours.

§ II. Des agences de secours.

Art. I^{er}. Les agences de secours qui seront formées dans l'arrondissement de chaque assemblée primaire, seront composées d'un citoyen et d'une citoyenne pris dans chaque commune.

Art. 2. S'il existait dans l'arrondissement une ville ayant six mille individus, il y aurait deux agences, l'une pour la ville, l'autre pour la campagne.

Art. 3. Cette première agence sera composée de huit citoyens et de huit citoyennes pris dans la ville.

[...]

Art. 7. Les fonctions des agences seront de différentes espèces. Elles consisteront :

-I^o A distribuer, chaque trimestre, aux personnes portées dans les rôles de chaque municipalité, le secours qui leur auront été assignés ; à en surveiller l'emploi ; à examiner si les pensions ne sont point détournées dans leur destination ; à visiter ces citoyens dans leurs maladies ; à leur assurer les secours de l'officier de santé : toutes ces dernières fonctions seront particulièrement confiées aux citoyennes ;

[...].

publique en France qui est infra-régionale, et ce à partir des agences de secours¹²⁴⁸. Entre 1970 et 2000 les politiques démographiques sont passées par la recherche d'efficacité (contrôle des naissances) à celle de l'équité (égalité entre les sexes). Les politiques de santé publique ont pendant la même période, trouvé leur justification moins dans leur impact sur la mortalité que dans la réduction des inégalités de santé entre les différents groupes sociaux¹²⁴⁹. En France, quatre ans avant la charte d'Ottawa, Jacques Ralitte, ministre en charge de la santé et Jacques Roux, directeur générale de la santé de ce ministère, ont mis en place en 1982 des comités consultatifs de promotion de la santé tant locaux, départementaux que régionaux. Pour Jean-Pierre Deschamps, ils sont considérés comme « un exemple réussi de mobilisation des populations, des associations et des responsables politiques et sociaux dans des programmes multisectoriels de santé publique bien conçus, planifiés, réalisés et évalués »¹²⁵⁰. En 1984, le ministère en charge de l'Éducation nationale a créé des « services de promotion de la santé en faveur des élèves » pour son système de santé scolaire. Entre 1991 et 2001, un système de santé publique favorisant l'élaboration de données, de priorités, de débats a commencé à être mis en œuvre¹²⁵¹.

Un exemple de SROS de troisième génération a pu montrer que l'équité différentielle peut être l'un des socles d'une politique de santé publique ainsi que de la planification de la santé « à maxima », afin de ne pas accroître les inégalités de santé. Les promoteurs ont pu passer d'une approche en termes d'accessibilité (équité égalitariste) à une approche par les besoins (équité différentielle) d'une population précaire afin de donner une autorisation de maternité de type 2¹²⁵².

C'est l'ensemble de ces propositions qui peut participer à la mise en place d'un système de santé et d'assurance maladie publics¹²⁵³. L'État et l'Assurance maladie y investissent le niveau infra-régional, et y organisent un système pour l'ensemble du

¹²⁴⁸ D. TABUTEAU. *Le Parlement... (communication cit.)*.

¹²⁴⁹ A. JOURDAIN. *Le principe d'équité... (op. cit.)*, p. 157.

¹²⁵⁰ J.-P. DESCHAMPS. *La promotion... (op. cit.)*. In : F. BOURDILLON. *Traité de prévention... (op. cit.)*, p. 91.

¹²⁵¹ M. CAILLOL, et alii. *Réformes... (op. cit.)*, p. 628.

¹²⁵² P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Équité... (op. cit.)*, p. 91.

¹²⁵³ D. TABUTEAU. *Santé et assurance... (op. cit.)*, p. 1277-1282.

continuum et des déterminants de la santé, partout et pour tous, particulièrement où les besoins de santé de la population ne sont pas couverts¹²⁵⁴.

La direction du territoire de santé publique peut expérimenter la possibilité d'adapter ces lois aux réalités et aux possibilités financières du territoire de santé publique. Cette direction peut s'inspirer de ce qui est réalisé en Suisse, où des éléments législatifs nationaux sont utilisés par les cantons pour élaborer leur propre loi. Cela leur permet de définir leurs priorités en fonction des besoins de santé de leur population, et de réaliser une planification par concertation. Les besoins ressentis de la population peuvent être pris en compte. L'évaluation est encouragée. Les financements sont négociés tous les ans. Des juristes du droit de la santé participent à ces travaux¹²⁵⁵. Ils peuvent prendre en compte le droit de la santé international et les spécificités infra-régionales en travaillant en interdisciplinarité, afin d'enrichir une approche essentiellement développée par les économistes, les philosophes ou les spécialistes de santé publique. C'est ce qu'a fait le canton de Genève avec la loi sur la santé [Annexe 5]¹²⁵⁶. Si l'on considère nos propositions, cette loi est un « petit bijou d'intégration » en 138 articles. En plus, elle prend en compte la planification de la santé et la police sanitaire. Il y a en filigrane une prise en compte des déterminants de la santé, qui ne peut être qu'incomplètement traduite dans une loi sur la santé, le droit au logement ou à l'éducation (etc.) relevant d'autres instruments législatifs. Cet exemple montre que des travaux favorisant un décloisonnement juridique couvrant l'ensemble des déterminants de la santé est souhaitable. La loi a été soumise à référendum, mais aucune demande de référendum n'a été lancée. Cette loi permet d'affirmer la décision politique et ses enjeux au niveau infra-régional. Elle est symbolique et engage la responsabilité politique des élus tout en informant les citoyens. La loi infra-régionale permet de fixer dans le temps le consensus issu des travaux de démocratie sanitaire, d'analyse des besoins et de négociations sur les

¹²⁵⁴ En 2012, l'association Ville et Banlieue qui regroupe une cinquantaine de maires de tous bords politiques, a proposé la création d'un ministère d'État à l'égalité et à la cohésion des territoires, soit un super ministère qui devrait englober les quartiers difficiles, les campagnes désertées et les DOM-TOM.

¹²⁵⁵ Ils doivent aussi pouvoir considérer qu'il a pu y avoir des tentatives d'emploi du droit de la santé contre la protection de la santé, cité dans S. DAGRON. *Droit à la santé et protection des droits de la personne humaine en Europe*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

¹²⁵⁶ Disponible sur : [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Fr](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Fr) [consulté le 4 mai 2012].

priorités, tout en responsabilisant les élus, la population, les acteurs et les professionnels de santé¹²⁵⁷.

Ces propositions peuvent compléter ce qu'avait proposé la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour les orientations de la politique de santé¹²⁵⁸.

Ces propositions donnent des moyens d'arriver à la mise en œuvre de ce que propose le « Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » de 2011¹²⁵⁹ car pour « répondre aux défis de la santé publique des prochaines décennies, il faut conforter et développer résolument les services publics ». Mais aussi, reconstruire le système conventionnel pour la médecine libérale ou de la refondation d'une « politique de santé [...] s'articul[ant] autour de quatre ambitions : l'amélioration des résultats sanitaires, la réduction des inégalités, l'efficacité du système de santé et l'avancée de la démocratie sanitaire » de Didier Tabuteau^{1260,1261}.

Ces propositions peuvent aussi donner des moyens pour : « promouvoir une approche globale, une offre intégrée et des actions de proximité ; veiller à assurer une accessibilité pour tous ; chercher la participation des personnes concernées ; réaffirmer le rôle de l'État, garant de la solidarité nationale » comme proposé par Véronique Herzog en 1995¹²⁶² ou pour mettre en œuvre le scénario « santé organisée » de Raymond Soubie en 1993¹²⁶³, dans lequel la dépense médicale et sociale reste élevée, mais les économies faites permettent au système de se développer.

¹²⁵⁷ O. GUILLOD. *Présentation des actualités du droit suisse de la santé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

¹²⁵⁸ Article 34 du Chapitre V qui a été modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (par exemple l'article L. 1411-1 concernait en 2002 l'évaluation de la politique de santé par les conseils régionaux de santé et le Haut conseil de la santé qui était prise en compte au sein d'un rapport par le Gouvernement pour être ensuite débattu par le Parlement du rapport réalisé par le Gouvernement, ce qui disparaît en 2004).

¹²⁵⁹ A. GRIMALDI, et alii. *Manifeste...* (*op. cit.*).

¹²⁶⁰ D. TABUTEAU. *Loi de santé publique...* (*op. cit.*), p. 262.

¹²⁶¹ Ces propositions peuvent favoriser la mise en œuvre des sept recommandations issues de la mobilisation contre les inégalités sociales de santé de : A. FLAHAULT, M. SETBON. *Egalité, Solidarité. La mobilisation contre les inégalités sociales de santé*. In : C. DREUX, J.-F. MATTEI. *Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé*. New York : Editions Springer 2011, p. 176.

¹²⁶² V. HERZOG. *Système de soins, système de santé et précarité : quelles perspectives ? Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1995 ; 12, [réf. du 29 décembre 2011], p. XXIV-XXVI. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹²⁶³ R. SOUBIE. *Santé 2010...* (*op. cit.*), p. 67-69.

Ces propositions peuvent aussi donner les moyens d'arriver à la mise en œuvre des scénarios (notamment de III à V) de « la santé choisie » du Commissariat général du Plan de 1983¹²⁶⁴.

Cet ensemble intégré doit accompagner l'évolution du modèle « revenu, précarité, accès aux soins » vers le modèle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé » tout en le rendant efficace¹²⁶⁵.

Section 2: La réorganisation financière

La réduction des inégalités financières d'accès aux soins et à la santé nécessite que le taux de remboursement global pour les soins courants retrouve au moins le niveau de 82 % (il ne dépassait vraisemblablement pas les 50 % pour les soins courants – hors Affections de Longue Durée et hospitalisations)¹²⁶⁶.

Cela permettra que le reste à charge du patient (ou de sa mutuelle ou de son assurance) qui était proche de 50 % en 2011 ne pèse plus sur les 8 millions de personnes qui devaient s'imposer en 2010 des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux en raison de leur coût, contre seulement 3 % il y a 30 ans¹²⁶⁷.

Le relèvement du plafond de la CMU doit permettre aux 4 millions de français, souvent dans les catégories sociales dont les revenus dépassent de peu le seuil fixé pour l'accès à la CMU et qui demeurent exclus d'une assurance complémentaire, d'en bénéficier.

Pour cela, en plus du fait que le principe de solidarité doit être à nouveau le fondement du dispositif de protection sociale, l'assurance maladie obligatoire doit redevenir le pivot de la prise en charge des dépenses de santé pour toute la population¹²⁶⁸.

¹²⁶⁴ GIRAUD, et alii. *La santé choisie...*(*op. cit.*), p. 107-119.

¹²⁶⁵ P.-H. BRÉCHAT. Pour la construction...(*op. cit.*), p. 135-143.

¹²⁶⁶ P.-L. BRAS, et al. *Les assurances maladie...*(*op. cit.*), p. 80, et D. TABUTEAU. Santé et assurance-maladie...(*op. cit.*), p. 1278.

¹²⁶⁷ R. BIGOT. *L'opinion...*(*op. cit.*), p. 4.

Des arguments peuvent montrer qu'une loi sur l'Assurance maladie est nécessaire pour que ces dépenses soient mises au service de la loi sur la santé publique et de la loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette loi sur l'assurance maladie doit notamment comprendre des dispositions particulières en faveur du territoire de santé publique insuffisamment pourvu, et des propositions complémentaires sont ensuite faites.

La question des financements doit être posée. Pour Didier Tabuteau : « il faut réaffirmer la notion de service public de santé, notamment de service public hospitalier, et leur vocation à garantir à tous une égale prise en charge. Il faut revenir aux principes de tarifs opposables, de reste à charge limité, d'accès équitable à la même protection complémentaire mais aussi généraliser le tiers payant et organiser la coordination sanitaire et sociale »¹²⁶⁹. Les financements du système de santé ne doivent plus être générateurs d'inégalités de santé tant sociales que territoriales, ni de ruptures de la continuité des soins et de la santé.

Il faut revenir aux fondamentaux des revenus de l'État et de la sécurité sociale.

Selon l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen du 10 décembre 1948 : « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensable à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays »¹²⁷⁰. Même si cette déclaration et cet article ont une portée déclarative, et non pas juridique, ils ont joué un rôle depuis 1948 en participant au souci d'éthique, de justice et d'équilibre durable pour contrebalancer la pensée productiviste dans les domaines financier, des sciences, des techniques et de la santé¹²⁷¹.

Selon le préambule de la Constitution de la IV^{ème} République du 27 octobre 1946 : « [il est] garanti à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...]. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état

¹²⁶⁸ D. TABUTEAU. Santé et assurance...(*op. cit.*), p. 1282, et D. TABUTEAU. *Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025*. La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, 2009, p. 46-47 et 76-77.

¹²⁶⁹ D. TABUTEAU. *Tribune*. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover...*(*op. cit.*), p. 419.

¹²⁷⁰ DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DU 27 AOUT 1948. In : *Les déclarations des droits de l'homme*. Les livres qui ont changés le monde. Paris : Le Monde Flammarion, 2009, p. 160.

physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales »¹²⁷².

Selon l'article 34 –Sécurité sociale et aide sociale du chapitre IV -Solidarité de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000 : « 1. L'Union reconnaît et respecte le droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux assurant une protection dans des cas tels que la maternité, la maladie, les accidents du travail, la dépendance ou la vieillesse, ainsi qu'en cas de perte d'emploi, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales. 2. Toute personne qui réside et se déplace légalement à l'intérieur de l'Union a droit aux prestations de sécurité sociale et aux avantages sociaux, conformément au droit communautaire et aux législations et pratiques nationales. 3. Afin de lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Union reconnaît et respecte le droit à une aide sociale et à une aide au logement destinées à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales »¹²⁷³.

La protection sociale doit permettre à tous les assurés sociaux d'être égaux devant la maladie, et le droit à la sécurité sociale doit être une réalité¹²⁷⁴.

Une proposition de loi peut être faire pour permettre que l'article L. 111-2-1. de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, que le préambule de la Constitution de la IV^{ème} République du 27 octobre 1946, que l'article 34 –Sécurité sociale et aide sociale du chapitre IV - Solidarité de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000, que l'article 22 de la déclaration universelle des droits de

¹²⁷¹ S. HESSEL. Indignez-vous...(*op. cit.*), p. 9-22.

¹²⁷² CONSTITUTION DE LA IV^e REPUBLIQUE DU 27 OCTOBRE 1946. In : *Les déclarations des droits de l'homme*. Les livres qui ont changés le monde. Paris : Le Monde Flammarion, 2009, p. 153.

¹²⁷³ CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPEENNE. In : *Les déclarations des droits de l'homme*. Les livres qui ont changés le monde. Paris : Le Monde Flammarion, 2009, p. 198-199.

¹²⁷⁴ L. DELPRAT. Vulnérabilité, handicap et protection sociale : que dit le droit ? In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...*(*op. cit.*), p. 247-248.

l'homme et du citoyen du 10 décembre 1948¹²⁷⁵, et que les Paragraphe 8¹²⁷⁶, 12 [b) iii)]¹²⁷⁷ et 19¹²⁷⁸ de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies qui étaient remis en cause, ne le soient plus.

Cette loi symbolise le retour de la Sécurité sociale, comme défendue par le Conseil de la Résistance le 15 mars 1944 pour assurer à tous les citoyens des moyens pour tous les soins dont ils pourraient avoir besoin. Cette Sécurité sociale fait partie des principes et des valeurs sur laquelle repose la démocratie¹²⁷⁹. Cette loi participe aussi à la refondation du système de santé¹²⁸⁰ et d'Assurance maladie. Les enjeux nécessitent le retour de la solidarité entre les bien-portants et les malades, le financement par des cotisations établies en fonction des revenus et non plus en fonction des risques encourus, et l'accès de tous aux mêmes services, qui sont les fondements de l'Assurance maladie. Comme par exemple dans la Province du Québec, où l'utilisateur bénéficie d'un système de santé universel et gratuit et dans lequel la coordination sanitaire et sociale est organisée. Les coûts des soins médicaux et de la majorité des services de santé y sont assurés par l'État et l'Assurance maladie. Ainsi, les patients ne paient ni les services de premiers recours ni les services hospitaliers. Comme le Haut Comité de la Santé Publique en 1998, une assurance maladie universelle^{1281,1282} est retenue. Elle couvre des biens et des services sous forme de

¹²⁷⁵ « Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ».

¹²⁷⁶ « Les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible ».

¹²⁷⁷ « Les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés ».

¹²⁷⁸ « L'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé est un aspect du droit à la santé sur lequel il convient d'insister. Les États ont pour obligation spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, ainsi que d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins de santé et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé ».

¹²⁷⁹ S. HESSEL. *Indignez-vous...* (op. cit.), p. 10.

¹²⁸⁰ D. TABUTEAU. *Dis, c'était quoi la Sécu ? ...* (op. cit.), p. 46 et 76-77.

¹²⁸¹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité...* (op. cit.), p. XIII et 316-317.

¹²⁸² L'OMS a proposé en 2010, la réalisation d'une couverture universelle de santé qui permette aux usagers d'utiliser tous les types de services de santé (promotion, prévention, traitement et rééducation) sans encourir de difficultés financières. En effet, « des millions de personnes sont privées de services de santé car elles doivent payer au moment où elles en bénéficient. Et nombre des personnes qui utilisent des services souffrent de difficultés financières, voire d'appauvrissement, du

règlements et dont le contenu fait l'objet d'une redéfinition concertée à l'intérieur des principes généraux définis par cette loi¹²⁸³.

Un exemple de proposition de loi sur l'Assurance maladie qui comprend 18 articles¹²⁸⁴ est fait en l'état actuel des connaissances [Annexe 4]. Elle s'inspire principalement de la Loi sur l'Assurance maladie de la Province du Québec¹²⁸⁵. Après lecture complète de cette loi, les articles pouvant correspondre aux sujets de notre recherche ont été sélectionnés. Ces articles sélectionnés ont ensuite été repris un à un pour être adaptés aux particularités de nos travaux et des lois prises en compte. La trame de la loi étudiée a été conservée pour pouvoir repérer ce qui a été abordé par rapport à ce qui n'a pas été retenu, comme cela a été précisé à chaque fois en note de bas de page. A la fin de ce travail, le nombre d'articles sélectionnés a été comparé avec le nombre total d'articles de la loi étudiée, afin de donner une idée des autres possibilités d'études complémentaires. Le nombre des articles ajoutés par rapport à la loi étudiée a ensuite été indiqué.

Cet exemple de proposition de loi incite à donner du sens vertueux, de la cohérence et de l'efficacité à l'Assurance maladie en proposant un cadre composé : des définitions des termes des soins tant médicaux, que dentaires, ophtalmologiques, médicamenteux ou d'appareils ou autres équipements qui sont financés par l'Assurance maladie et déterminés par des règlements spécifiques - ce cadre et ces règlements doivent permettre à l'Assurance maladie de ne plus être un « payeur aveugle » ; mais aussi de dispositions pénales et d'autres sanctions ; ainsi que des dispositions favorables à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé dans le territoire de santé publique.

fait de ces débours », cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève : Éditions de l'OMS, 2010, p. 2.

¹²⁸³ R. SOUBIE. *Santé 2010... (op. cit.)*, p. 74-78.

¹²⁸⁴ Il y a eu 18 articles retenus sur les 107 qui composent la Loi sur la Loi sur l'assurance maladie de la Province du Québec. Il n'y a pas eu d'article ajouté.

¹²⁸⁵ LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur l'Assurance maladie*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2011.

Cette proposition de loi sur l'assurance maladie, commence ainsi par donner les définitions des termes : « services assurés », « professionnel de santé », « personne assurée », « centre hospitalier » : « établissement » ou « ministre ». Elle précise ensuite ce qu'est le coût des services assurés, la INTRODUCTION).

SECTION I). L'assurance maladie est tenue de vérifier périodiquement, par voie d'échantillonnage, si les services assurés dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus SECTION II).

Les règlements sont précisés, et l'article 12 concerne les SECTION III).

Si les dispositions pénales et les autres sanctions ne sont que citées (SECTION IV), les primes d'encouragement sont précisées SECTION V).

Cet exemple de proposition de loi permet l'allocation de ressources dans le territoire de santé publique ou dans les lieux d'exercice situés dans celui-ci quand ils sont insuffisamment pourvus en professionnels de santé. L'octroi d'une prime d'encouragement à un professionnel de santé qui accepte de fournir des services aux personnes assurées dans un territoire de santé publique reconnu comme étant insuffisamment desservi en services, fait partie de cette proposition de loi. Des dispositions relevant de l'équité différentielle sont rendues possibles, notamment pour le

Cet exemple de proposition de loi doit être complété par d'autres propositions complémentaires.

Financer l'égalité d'accès aux soins et à la santé ne nécessite pas uniquement des financements supplémentaires¹²⁸⁶. Des financements peuvent par exemple être dégagés grâce à l'amélioration de l'organisation de l'accès aux soins, à la réduction des gaspillages et des fraudes, à la réduction des préjudices pour l'utilisateur, et à l'amélioration des priorités et des financements tant nationaux que régionaux. C'est aussi un enjeu de démocratie sanitaire, car il faudra arriver à faire des choix collectifs sur ce qui ne peut plus être remboursé¹²⁸⁷.

L'amélioration de l'organisation de l'accès aux soins et l'utilisation de services de santé bien coordonnés au niveau des régions et du territoire de santé publique est

¹²⁸⁶ E. LANDRAIN. *Information... (op. cit.)*, p. 99.

source d'économies : près de 40 % des dépenses de santé consacrées aux maladies chroniques pourraient ainsi être économisées comme aux États-Unis d'Amérique¹²⁸⁸. Des économies peuvent être réalisées en développant la prévention ou des prises en charge alternatives, comme en psychiatrie¹²⁸⁹. L'amélioration de l'organisation passe par le développement de systèmes ou de programmes, de réseaux et de parcours de soins et de santé¹²⁹⁰. Ce peut être un des objectifs des professionnels de santé publique de la direction du territoire de santé publique qui peuvent, comme les MISP, évaluer, contrôler les organisations mais aussi réaliser des inspections en fonction de problématiques spécifiques et de dysfonctionnements signalés, par exemple par les usagers.

Faire des économies en réduisant les gaspillages ainsi que les fraudes tout en augmentant la valeur sont des enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle¹²⁹¹. Deux tiers des français pensaient en mars 2012 que la lutte contre la fraude permettrait de résorber le déficit de l'Assurance maladie¹²⁹². Ces fraudes étaient jugées importantes et en augmentation par la Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude¹²⁹³. Ces fraudes proviennent des établissements de santé (71 millions), mais aussi de fraudes des professionnels de santé (65 millions d'euros) comme les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les ambulanciers ou des assurés (20 millions d'euros), soit 156 millions. Cela représentait 16 559 dossiers en 2010 pour la CNAMTS¹²⁹⁴. En 2010, pour les établissements de santé, suite aux contrôles lors de la campagne 2009 principalement et des campagnes antérieures, il y a eu 367 notifications d'indus pour un montant de 38,7 millions d'euros, et 213 notifications de sanctions financières pour un montant de 44,9 millions d'euros. Au titre de l'article L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale, l'Assurance maladie a prononcé, au cours de l'exercice 2010, 1 132 pénalités financières (560 en 2009, 521

¹²⁸⁷ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 148-149.

¹²⁸⁸ J. WENBERG. *Time to tackle...* (op. cit.), p. 687-690.

¹²⁸⁹ A. MAILLARD. *Plus qu'une pénurie...* (op. cit.), p. 12.

¹²⁹⁰ J.-A. M. GRAY. *Quel système...* (communication cit.).

¹²⁹¹ J.-A. M. GRAY. *How To Build...* (op. cit.), p. 39.

¹²⁹² APM International. *Assurance maladie : deux tiers des Français pensent que la lutte contre la fraude permettrait de résorber le déficit (sondage)*. Le 10 avril 2012.

¹²⁹³ DELEGATION NATIONALE A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE. *Lutte contre la fraude : Bilan 2010*. Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, 2011.

en 2008 et 201 en 2007) dont 378 à des professionnels de santé, 722 à des assurés et 32 à des employeurs pour un montant global de 1,4 million d'euros. La fraude sous forme de « bande organisée » (pluralité d'acteurs, notion d'entente commune, recherche d'un profit) a augmenté.

Mais le taux de recouvrement global des indus notifiés est de 75,5 % pour 127,4 millions d'euros notifiés. Concernant le contrôle de la T2A, les campagnes 2007, 2008 et 2009 avaient donné lieu à des récupérations d'indus pour l'hospitalisation de court séjour, respectivement, de 26 millions d'euros, de 14 millions d'euros et de 30 millions d'euros, ainsi qu'à des sanctions financières d'un montant de 4 millions d'euros en 2007, de 14 millions d'euros en 2008 et de l'ordre de 42 millions d'euros en 2009. Pourtant, les établissements ont été sensibilisés à la nécessité d'établir un codage sincère et conforme à la réglementation en vigueur¹²⁹⁵. Des progrès sont nécessaires pour accentuer la récupération des sommes fraudées et leur sanction¹²⁹⁶. L'ARS et la direction du territoire de santé publique doivent être les garants de l'anti-gaspillage, et être « anti-gaspi ».

Le contrôle est réalisé au niveau infra-régional et notamment départemental par les médecins conseils de l'Assurance maladie. Une de leur mission, selon l'article L. 315.1 du Code de la sécurité sociale est de « constater les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations »¹²⁹⁷. Ils participent aux récupérations d'indus par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). Cette mission est réalisée à moyens limités du fait de la réduction des effectifs sans révision à la baisse du nombre des missions. Les constats peuvent amener à penser que les contrôles sont de plus en plus efficaces. Pourtant, ils ne peuvent concerner qu'une partie de l'ensemble des abus et des fraudes. La partie émergée d'un iceberg¹²⁹⁸. Afin de réduire la part des dépenses médicalement injustifiées, les gaspillages et les fraudes, ce contrôle doit être optimisé par une augmentation des moyens humains, des pouvoirs et de sa visibilité pour être plus dissuasif, et ce, par région et par territoire de santé publique. A cette fin, et après

¹²⁹⁴ F. MALYE. Les escrocs...(*op. cit.*), p. 106-108.

¹²⁹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*. Ministère de la santé et des sports, 2010.

¹²⁹⁶ COUR DES COMPTES. Chapitre VIII - La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général. Rapport public annuel de la Cour des Comptes, 2010, p. 183-206.

¹²⁹⁷ Modifié par le loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 – Article 90.

une formation initiale en santé publique et en droit, les professionnels en charge de ces contrôles doivent bénéficier de formations continues. Ils pourraient bénéficier de primes en fonction des sommes récupérées, mêmes si ce sont des médecins conseils ou des administratifs de l'Assurance maladie. Le fonctionnement des services responsables de l'application des sanctions des fraudes et des abus, et de la récupération des sommes indues, doit être optimisé, afin d'approcher un taux de recouvrement global des indus notifiés proche de 100 %.

Un rapport dans lequel est précisé le montant de chaque abus et de chaque fraude avec le nom du responsable et son taux de recouvrement pourrait être mis en ligne tous les ans sur le site de l'ARS.

Les professionnels du contrôle doivent pouvoir travailler en étroite collaboration avec les professionnels en charge de la planification de la santé et de l'organisation de l'ARS et du territoire de santé publique. Cela, afin de partager des informations et d'éviter une régulation financière par le biais du contrôle de la T2A. Certains responsables d'établissements peuvent être amenés, concernant des services « peu rentables » mais répondant à des besoins de santé, à courir le risque d'un codage non sincère et non conforme à la réglementation en vigueur qui, en cas de contrôle pourrait devoir fermer pour raison financière.

Les financements récupérés pourraient être utilisés par l'ARS pour des actions de prévention qui ne pourront pas être hospitalières. Ce serait une source régionale de l'État et de l'Assurance maladie pour financer des actions de prévention et de redistribution de financements du soin vers la prévention.

La réduction des préjudices pour l'utilisateur est un des enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle¹²⁹⁹.

Pour favoriser l'égalité d'accès aux soins, davantage de contrôles doivent être diligentés pour s'assurer que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens hospitaliers¹³⁰⁰, et pour s'assurer que les honoraires du médecin sont bien déterminés avec tact et mesure, en tenant

¹²⁹⁸ F. MALYE. Les escrocs... (*op. cit.*), p. 106-108.

¹²⁹⁹ J.-A. M. GRAY. *How To Build Healthcare...* (*op. cit.*), p. 39.

¹³⁰⁰ Article L. 6154-2 du Code de la santé publique.

compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières¹³⁰¹.

Pour favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité, davantage de contrôles concernant les réhospitalisations évitables notamment pour les usagers complexes, doivent également être diligentées. Un outil de repérage des réhospitalisations évitables doit être conçu, par exemple à partir des critères de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf)¹³⁰².

Les effets indésirables graves associés aux soins à l'hôpital en France doivent être réduits. La moitié de ces effets indésirables sont liés à des produits de santé. Ils représentent 1 séjour sur 20 en établissement de santé et ils sont évitables dans la moitié des cas. Le nombre de séjours hospitaliers qui peut leur être attribué est estimé entre 330 000 et 490 000 séjours. Le médicament y a représenté la majorité des causes d'admissions à l'hôpital. Les anticoagulants ont été la cause d'un tiers des effets indésirables graves médicamenteux à l'origine d'une hospitalisation ou survenant pendant l'hospitalisation. Il n'y a pas d'amélioration depuis 2004¹³⁰³. En 2007, le coût total de prise en charge de neuf événements indésirables associés aux soins à l'hôpital a coûté entre 682 et 733 millions d'euros¹³⁰⁴, et c'est probablement sous-estimé car seulement neuf événements indésirables sont étudiés, et les coûts de soins hors hôpital, les coûts de perte de productivité, et les conséquences économiques d'une perte de qualité de vie ne sont pas pris en compte¹³⁰⁵. Une attention particulière doit être portée à la polymédication chez les patients âgés qui apparaît comme le seul facteur associé à un risque accru d'hospitalisation pour des effets indésirables de médicaments¹³⁰⁶. La lutte contre les infections nosocomiales

¹³⁰¹ Article R. 4127-53 du Code de la santé publique.

¹³⁰² R. ATETE-LEBLANC, et alii. Parturientes précaires... (*op. cit.*), sous presse.

¹³⁰³ PRESCRIRE. Effets indésirables graves des soins en France, suite : l'étude Eneis 2. *Prescrire* 2011 ; 31, p. 913-917.

¹³⁰⁴ Concentré à 90 % sur quatre événements indésirables : désordres physiologiques et métaboliques postopératoires ; septicémies postopératoires ; escarres et embolies pulmonaires postopératoires.

¹³⁰⁵ C. NESTRIGUE, Z. OR. Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 171, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

¹³⁰⁶ Z. A. MARCUM, M. E. AMUAN, J. T. HANLON, S. L. ASPINALL, S. M. HANDLER, C. M. RUBY, M. J. V. PUGH. Prevalence of Unplanned Hospitalizations Caused by Adverse Drug Reactions in Older Veterans. *J Am Geriatr Soc* [en ligne]. 2011 ; Dec 8, [réf. du 29 décembre 2011], doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03772.x. [Epub ahead of print]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03772.x/pdf>

doit être améliorée : il a été estimé à 3 500 le nombre annuel de décès attribuables aux infections nosocomiales, dont 800 sont évitables¹³⁰⁷.

Une meilleure prise en compte de la qualité, de la sécurité est d'ailleurs une des préconisations faite lors d'un des bilans du plan Hôpital 2007, qui montrait que la mise en œuvre de la T2A, de la nouvelle gouvernance ou du SROS éclipsait la prise en compte de la qualité et de la certification¹³⁰⁸.

D'autres évolutions sont nécessaires, comme l'amélioration des priorités et des financements nationaux. Comme le rappelle François Bourdillon et al : « une politique de lutte contre les inégalités de santé, qui s'arrêterait aux portes des compétences sanitaires serait par nature vouée à l'échec »¹³⁰⁹. Le rapport de Donald Acheson de 1998 a lui aussi défendu une politique d'abord centrée sur la lutte contre la pauvreté monétaire et déclinée sur le champ sanitaire, car l'instrument le plus efficace pour lutter contre les inégalités de santé est la redistribution du revenu¹³¹⁰.

En plus, les priorités et les financements nationaux doivent prendre en compte les besoins de santé de la population. La surveillance continue de l'état de santé de la population basé sur des enquêtes socio-sanitaires et la mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres doit être développée, comme cela est proposé dans l'exemple de loi sur la santé publique. Ces priorités doivent prendre en compte les enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle¹³¹¹. Ces priorités avec leurs financements doivent être mises en œuvre par des programmes ayant les conditions de réussite et des actions ayant fait la preuve de leur efficacité, ce qui permet de faire des économies sur les autres priorités, programmes ou actions. Par exemple, la réduction du nombre de médicaments pris en charge par l'Assurance maladie sans détériorer la prise en charge sanitaire peut permettre de réaliser des économies¹³¹². C'est un exemple de la valeur ajoutée par la prise

¹³⁰⁷ A. DECOSTER, B. GRANDBASTIEN, M.-F. DEMORY, V. LECLERCQ, S. ALFANDARI. A prospective study of nosocomial-infection-related mortality assessed through mortality reviews in 14 hospitals in Northern France. *Journal of Hospital Infection* 2012 ; 80 (4), [réf. du 12 avril 2012], p. 310-315. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/S0195670111004518/1-s2.0-S0195670111004518-main.pdf?_tid=ae85450ce67c0e7061b7300de942e1af&acdnat=1334218782_70cada2ae46a02307867b36bb84d28b0

¹³⁰⁸ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Eléments pour un premier bilan...(*op. cit.*), p. 618.

¹³⁰⁹ F. BOURDILLON, et al. *Quelle politique...*(*op. cit.*), p. 16.

¹³¹⁰ F. BOURDILLON, et al. *Quelle politique...*(*op. cit.*), p. 16.

¹³¹¹ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 39.

¹³¹² M. HIRSCH. Gare à la dislocation sociale ! *Le Monde*, mardi 12 décembre 2011, p. 22.

des bonnes décisions qui permet de remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle¹³¹³.

Le financement de ces programmes et de ces actions doit bénéficier d'une plus grande transparence dans la fixation des enveloppes financières et des tarifs, notamment pour les GHS. Ces tarifs doivent être garantis pendant une période convenue, pour que la seule marge d'ajustement des établissements et des pôles d'activité hospitaliers, ne soit plus uniquement le personnel, ce qui peut amoindrir la qualité, la sécurité et la couverture des besoins de santé de la population¹³¹⁴.

Ces tarifs doivent permettre d'inverser les logiques en cours qui favorisent le désengagement de la prévention (dépendance ou santé mentale par exemple), la prise en charge globale des patients complexes, le développement des services et des disciplines nécessaires à ces patients (gériatrie, psychiatrie, médecine interne et pédiatrie par exemple), ainsi que la prise en compte économique plutôt que la qualité, la sécurité, la valeur ou la santé publique. Développer la prévention et améliorer la qualité et la sécurité tout en augmentant la valeur sont des enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle¹³¹⁵.

Pour permettre à nouveau le financement d'une prise en charge globale des soins et l'amélioration de la T2A¹³¹⁶, tout en prenant en compte les déterminants de la santé, deux propositions complémentaires permettant de répartir des financements supplémentaires au niveau des hôpitaux, des régions et du territoire de santé publique, ont été faites :

- premièrement, afin de desserrer l'étau qui pèse sur la prise en charge en court séjour des patients complexes, de nouveaux modes de financement doivent être développés, et ce même si la T2A ne doit concerner dans l'avenir que quelques spécialités comme la cardiologie ou l'orthopédie¹³¹⁷. La tendance actuelle doit être inversée en instituant un intérêt financier à la prise en charge globale de tout usager. La « social-isation » des GHS, qui est une solution patient par patient prenant en compte différents

¹³¹³ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 39.

¹³¹⁴ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Des pôles...(*op. cit.*), p. 576-577.

¹³¹⁵ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 38-39.

¹³¹⁶ D. CASTIEL, et al. New changes...(*op. cit.*), p. 17-31, et J. HOLSTEIN, et alii. Lien précarité...(*op. cit.*), p. 205-211.

¹³¹⁷ A. GRIMALDI. *L'éthique et le système de financement*. Communication orale. Quinzième séminaire de l'étude nationale des coûts (ENCC 2011), Grenoble, 2 décembre 2011.

niveaux de précarité ou d'handicap social, doit être développée^{1318,1319} : le questionnaire d'handicap social permet d'identifier dans un territoire de santé publique et sur une population donnée les patients présentant un handicap social modéré (classe 2) à fort (classe 3) et ceux qui n'en présentent pas (classe 1), tout en permettant une allocation de ressources supplémentaire qui peut prendre la forme d'un « forfait social » comme il existe un « forfait réanimation ». Ce forfait peut être attribué en plus de la recette du GHS correspondant à l'hospitalisation du patient, quand il est en classe 2 ou 3. Il peut y avoir un tarif supérieur prévu pour la classe 3 par rapport à la 2¹³²⁰. Cette proposition prend en compte l'expérience de la Belgique où la T2A est mise en œuvre depuis 1995. Il y a été montré qu'un nombre fixe de jours payés à chaque admission, sur la base des caractéristiques du patient, à savoir le diagnostic, l'âge et le profil gériatrique, ne peut pas suffire à réduire la sélection entre patients ayant des revenus et les non-actifs ; et que la prise en compte des facteurs socio-économiques dans le financement des hôpitaux et leur mise en œuvre reste une priorité en Belgique¹³²¹. Une tarification aux coûts réels du séjour¹³²² accompagnée de la suppression des majorations des GHS instituées pour favoriser leurs développements, ainsi que les minorations des GHS instituées pour minorer leurs développements, est possible. La planification de la santé, avec les SROS et les CPOM, doit ensuite encadrer les autorisations et les volumes d'activités pour protéger

¹³¹⁸ D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT. Pour un GHS « socialisable ». *Presse Med* [en ligne]. 2009 ; 38, [réf. du 29 décembre 2011], p. 142-145. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹³¹⁹ C'est complémentaire de la troisième proposition de la première partie « Pour le financement » de la « Pétition Pacte pour une Santé Egalitaire et Solidaire » : « La réforme du mode de financement des hôpitaux par le remplacement du « tout T2A » par un financement mixte associant la T2A pour les actes techniques programmés, le prix de journée pour certaines activités comme les soins palliatifs, et une dotation notamment pour les affections chroniques, les urgences, l'éducation thérapeutique et la prévention... La convergence tarifaire entre le public et le privé, véritable machine de guerre contre l'hôpital public, doit être remplacée par une convergence tarifaire segmentée prenant en compte le statut, les missions, la taille, le contexte immobilier ainsi que les populations prises en charge. De même doit être revue la convergence tarifaire des établissements médico-sociaux publics et privés ». Disponible sous : <http://www.petitionpublique.fr/PeticiaoVer.aspx?pi=SANT2012> [consulté le 12 décembre 2012].

¹³²⁰ D. CASTIEL, P.-H. BRÉCHAT, J. LEBAS. Besoins de santé, politique de santé publique, territoires de santé et allocation de ressources : approche opérationnelle par la notion d'« handicap social ». In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 387-402.

¹³²¹ J. PERELMANN, et al. *Hospital... (op. cit.)*, p. 200-209, et J. PERELMANN, et alii. *Deriving... (op. cit.)*, p. 88-98.

¹³²² Proposé en 2012 par Pierre-Louis Bras, Inspecteur générale des affaires sociales, lors de son audition par la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du Sénat le mercredi 11 avril, cité dans APM International. *T2A : l'Igas prône un plus grand respect entre les coûts et les tarifs*. Le 18 avril 2012.

les activités et les services nécessaires à la couverture des besoins de santé de la population (particulièrement la gériatrie, la psychiatrie, et la médecine interne),

- deuxièmement, afin de favoriser le développement d'une politique de santé publique adaptée aux besoins de santé de la population par territoire de santé publique, la répartition par péréquation^{1323,1324} doit être développée. Il est possible d'approcher des régions et des territoires de santé publique où il y a plus de personnes présentant des handicaps sociaux ou précaires, par rapport à d'autres. Il est possible aussi d'y approcher comment se construit ce handicap social, et ce par déterminant de la santé. Le budget différentiel qui peut être alloué pour prendre en charge le handicap social peut bénéficier aux régions et aux territoires de santé publique ayant le plus de patients de la classe 3. Il est aussi possible de pondérer cette répartition en fonction du nombre de déterminants de la santé et de personnes effectivement concernées dans chaque territoire de santé publique. Des contrats doivent favoriser des actions permettant d'améliorer la santé en fonction des déterminants de la santé concernés. Ce modèle permet une remise en cause chaque année du pourcentage de péréquation en fonction des évolutions éventuelles qui peuvent être observées, dans une région et un territoire de santé publique donné, car les situations peuvent évoluer dans le temps et dans l'espace. Cela suppose que ce suivi soit régulièrement réalisé dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Une allocation par enveloppe supplémentaire, selon la complexité de la maladie ou selon différentes autres causes de dépassement du financement comme cela se fait aux États-Unis d'Amérique, est à envisager. Elle est calculée par établissement et en fonction de sa localisation et des facteurs socio-économiques des patients pris en charge. Les responsables d'établissements de santé vont négocier à l'ARS (ou à la direction du territoire de santé publique) le volume financier de ces enveloppes sur la base de ces données validées par l'échelon régional. Cette enveloppe supplémentaire peut faire partie du MIGAC et être complémentaire de la CMU et de la PASS. Elle est directement gérée par l'ARS (ou par la direction du territoire de santé publique)¹³²⁵.

¹³²³ Qui pourrait être issu de l'article 72-2 alinéa 5 nouveau de la Constitution autorise un mécanisme de péréquation financière entre les collectivités territoriales, cité dans M. BORGETTO. *Les enjeux...* (*op. cit.*), p. 11.

¹³²⁴ Même si « la conciliation entre les principes constitutionnels de liberté, d'égalité et de péréquation révèle un équilibre subtil mais encore précaire », cité dans V. BARBE. La péréquation, principe constitutionnel. *Revue française de droit constitutionnel* 2010 ; 1 (81), p. 19.

¹³²⁵ D. CASTIEL, et al. *Besoins de santé...* (*op. cit.*), p. 398.

Ces propositions sont compatibles avec une T2A insérée dans un « système de budget global négocié sur la base des besoins de santé »¹³²⁶ et un ORDAM (voir plus loin).

Le financement de la PASS et du PRAPS doit être transparent, sécurisé et bénéficier d'un pilotage et d'un suivi coordonnés entre les niveaux national, régional et le territoire de santé publique¹³²⁷.

L'ONDAM peut bénéficier d'enveloppes par domaine du continuum. La prévention bénéficie ainsi d'un transfert de financements venant du système de soins (medical care)¹³²⁸ à hauteur de 10 % en cinq ans par exemple¹³²⁹, qui sera ensuite distribué par péréquation entre régions. Rappelons que si la logique d'allocation des ressources des dépenses se faisait au prorata des résultats attendus, soit en nombre de décès évitables par exemple, et à efficacité égale du préventif et du curatif, la dépense de prévention devrait avoisiner 33 % de la dépense courante de santé, alors qu'elle est aux alentours de 7 %. Ce financement ne peut pas être utilisé autrement que pour des actions de prévention (comportements favorables à la santé : health behaviors). Une enveloppe pour les autres déterminants de la santé est également constituée¹³³⁰ (10 % en cinq ans par exemple), pour être ensuite répartie par péréquation entre régions. Ce financement est destiné aux programmes et aux actions nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population pour l'ensemble des déterminants de la santé autres que le système de soins (medical care) et les comportements favorables à la santé (health behaviors)^{1331,1332}. Ces financements doivent prioritairement participer à

¹³²⁶ APM International. *Hôpital : Didier Tabuteau pour une T2A matinée d'un financement global*. Le 22 mai 2012.

¹³²⁷ P.-H. BRÉCHAT. La planification de la santé : déterminants de santé, précarité, inégalités de santé et innovations. In : P.-H. BRÉCHAT, et al. *Innover... (op. cit.)*, p. 283-325.

¹³²⁸ A.-R. TARLOV, et al. Introduction... (op. cit.), p. IX-XXV.

¹³²⁹ C'est complémentaire de la proposition de la troisième partie « Pour la prévention » de la « Pétition Pacte pour une Santé Egalitaire et Solidaire » : « Le développement de la prévention par la fixation d'un objectif de croissance de 7 à 10 % de sa part dans le budget de la santé au cours de la mandature. L'ambition doit être d'améliorer les actions sur les facteurs de risque individuels et collectifs et de promouvoir des politiques favorables à la santé à tous les âges de la vie et dans tous les lieux de vie (PMI, crèches, nutrition, activité physique, contraception, sexualité, IVG, médecine du travail, addictions, environnement...). L'objectif de réduction des inégalités de santé doit faire l'objet d'un suivi permettant une évaluation rigoureuse des résultats des politiques publiques nationales et régionales en ce domaine ». Disponible sur : <http://www.petitionpublique.fr/PeticaoVer.aspx?pi=SANT2012> [consulté le 12 décembre 2011].

¹³³⁰ D. CASTIEL. Investir dans le social pour réduire les inégalités. *Le Concours Médical* 2005 ; 127-39, p. 2266-2269.

¹³³¹ Comme les actions de la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui ont été votées à l'unanimité par L'Assemblée nationale du Québec, le 13 décembre 2002. Disponible sur :

l'amélioration de l'égalité d'accès aux soins et à la santé et à l'amélioration de l'état de santé pour tous et partout.

Les données, les priorités, les programmes nationaux de santé publique ainsi que les financements doivent être débattus avec les professionnels de santé et les participants de la CNS, comme cela est proposé par l'exemple de la loi sur la santé publique [Annexe 3]. Cette possibilité a été jugée souhaitable par le HCAAM dans son rapport annuel de 2011, qui a proposé trois débats : le contenu du panier de soins remboursables, la régulation des prix des biens et services partiellement financés par l'Assurance maladie, et le lien entre le reste à charge et la qualité des trajets de santé des malades¹³³³. Les débats au sein de la CNS, peuvent être enregistrés et mis sur le site Internet du ministère en charge de la santé, ainsi que son argumentation quand le ministère en charge de la santé refuse de prendre en compte les avis des citoyens, des usagers ou d'autres intervenants.

La réalisation de programmes doit être faite une fois la priorité et les financements décidés, ce qui générera des économies, comme cela aurait pu être le cas pour le déterminant de la santé activités physiques et sportives qui a bénéficié de quinze rapports entre 2001 et 2006, et d'un programme national qui n'a pas été mis en œuvre¹³³⁴.

L'amélioration des priorités et des financements régionaux est aussi nécessaire.

<http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete/loi.asp> [consulté le 10 avril 2012].

¹³³² L'institut of Medicine des États-Unis d'Amérique, dans son rapport « For the public's health : Investing in a Healthier Future » du 10 avril 2012, propose de taxer les soins pour contrebalancer « l'augmentation des dépenses de santé [qui] distraient les financements des secteurs de l'éducation, mais aussi de tous les autres secteurs économiques et commerciaux qui rendent les nations compétitives ». D'autres propositions concernent la réduction des actes non médicalement justifiés ou l'accès universel à l'assurance maladie, cité dans le blog de A. FLAHAULT, « Une taxe sur les soins pour financer la santé publique ? » publié le 14 avril 2012. Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/> [consulté le 16 avril 2012].

¹³³³ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *L'assurance maladie face à la crise...* (op. cit.), p. 126.

¹³³⁴ A. BÉRARD, P.-H. BRÉCHAT, R. RYMER, J. LONSDORFER. Coûts de construction du programme de « promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PNAPSD - 2002-2007 ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. 2009 ; 57, (1) [réf. du 29 décembre 2011], p. 11-15. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Si pour donner plus de marges de manœuvres financières à l'ARS, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 crée un Fonds d'Intervention Régional (FIR)¹³³⁵ pour les ARS, ce dernier est basé sur des parts régionales de fonds existants : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), et Fonds pour la Modernisation des Établissements Publics et Privés de Santé, qui seront à disposition des ARS. Cette création fait suite aux propositions du HCAAM qui ajoutait l'identification d'enveloppes d'aide à la contractualisation pour permettre de financer des projets de coordinations impliquant des établissements médico-sociaux au sein de l'ONDAM, des objectifs de suivi des dépenses, notamment pour la prévention et le social¹³³⁶, ainsi que des expérimentations dans des régions¹³³⁷. Il ne s'agit pas d'une nouvelle répartition de l'ONDAM en faveur de la prévention ou du médico-social, mais d'une délégation de gestion entre le niveau national et le niveau régional.

Pourtant, comme l'a proposé le scénario III du Commissariat général du plan en 1983, et comme cela a été par exemple réalisé en Italie par une déconcentration directe, la région peut devenir le maître d'œuvre de sa politique en ayant la pleine responsabilité d'une enveloppe financière. En France, des marges de manœuvres doivent être vraiment données à l'ARS¹³³⁸, au moins comme elles le furent pour l'ARH¹³³⁹. Pour cela, un ORDAM¹³⁴⁰ doit être constitué, comme cela a été proposé par Jean-Pierre Fourcade¹³⁴¹, et comme cela est mis en œuvre en Espagne¹³⁴².

¹³³⁵ La circulaire n°SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du Fonds d'Intervention Régional (FIR) pour 2012 décrit les missions financées par le FIR, les orientations nationales pour 2012, les ressources, les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS, les modalités de suivi des dépenses et les principes d'évaluation des missions financées.

¹³³⁶ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *L'assurance maladie face à la crise...* (op. cit.), p. 70.

¹³³⁷ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Assurance et perte d'autonomie*. Rapport. Paris : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie [en ligne]. 2011. [réf. du 3 janvier 2012], p. 73. Disponible sur : http://www.espace-ethique.org/doc2011/rapport_HCCAM.pdf

¹³³⁸ L'ARS serait amenée à gérer cette enveloppe fermée unique (ORDAM) et les conseils régionaux pourraient avoir deux possibilités : gérer un financement par concours de l'État aux régions reposant sur une dotation spécifique « santé », ou un financement reposant sur l'attribution d'impôts d'État. L'impératif de péréquation étant mieux respecté par la première, cité dans S. LE BOULER. *Un contenu...* (op. cit.), p. 40.

¹³³⁹ L'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées des dépenses hospitalières avait montré que l'utilisation par les ARH des crédits de péréquation alloués était satisfaisante. Elles devaient cependant mieux définir les délégations à l'échelon départemental, cité dans H. BONAN, J.-P. DARNIS, J.-F. CHADELAT, F. SCHECHTER. *La péréquation régionale des dépenses hospitalières. Analyse dans quatre régions*. Rapport. Paris : Inspection générales des affaires sociales, 2011, p. 5.

¹³⁴⁰ Que nous retiendrons dans notre recherche, mais qui peut prendre un autre nom.

¹³⁴¹ J.-P. FOURCADE. *Comité...* (op. cit.), p. 29.

L'ORDAM est issu d'une fraction de l'ONDAM. Le montant de cet ORDAM est fixé après péréquation entre régions par vote du Parlement, et bénéficie d'enveloppes par domaine du continuum. Ce mode d'allocation de moyens doit également concerner d'autres déterminants de la santé, comme l'éducation¹³⁴³. Le Haut Comité de la Santé Publique recommandait en 1998, dans son rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, que des mesures d'intégration et de cohésion sociale soient soutenues pour l'éducation, mais aussi l'emploi et le travail (pôle de compétitivité en santé publique), et le logement (logement durable)¹³⁴⁴.

La prévention bénéficie année après année d'un transfert de financements venant du système de soins (10 % en cinq ans par exemple), pour être ensuite distribué par péréquation entre les territoires de santé publique. Ce financement ne pourra pas être utilisé autrement que pour des actions de prévention.

Une enveloppe pour les autres déterminants de la santé, que le système de soins (medical care) et les comportements favorables à la santé (health behaviors), est également constituée (10 % en cinq ans par exemple), pour être ensuite répartie par péréquation entre territoires de santé publique. Ce financement sera uniquement destiné aux programmes et aux actions nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population de la région et de ses territoires de santé publique^{1345,1346}. Ce

¹³⁴² E. SALINES, et alii. Régionalisation...(*op. cit.*), p. 61-67.

¹³⁴³ M. BAUMARD. Ecole : les moyens attribués renforcent les inégalités...(*op. cit.*).

¹³⁴⁴ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité...*(*op. cit.*), p. 295-313.

¹³⁴⁵ Cela pourrait permettre d'identifier des services sociaux d'intérêt général, cité dans M. DEGUERGUE. De quelques difficultés de la notion de service social. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2008 [réf. du 29 décembre 2011], p. 179. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

¹³⁴⁶ Ce financement pourrait par exemple servir à financer des actions régionales et infra-régionales comme celles qui ont été proposées le 2 octobre 2010 par les représentants d'associations d'usagers francs-comtois. En voici quelques exemples. Pour la priorité « Disposer d'un logement » : le Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées - PAPA ; le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) « Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées – IMPA » ; la construction d'une politique régionale en faveur du logement qui permette la mise en synergie des actions des associations et des collectivités en lien avec l'État (agence régionales de santé, préfecture, etc.) dans un esprit de réduction des inégalités (aides au logement, diminution du saturnisme), de solidarité inter populationnelle et de mixité sociale (logements intergénérationnels, logements sociaux et étudiants, « Bonjour voisins », etc.) et d'innovations (micro crédits, logement durable, etc.) Pour la priorité « Se nourrir convenablement » : une campagne d'information régionale peut être menée concernant le réel impact du nuage de Tchernobyl aujourd'hui ; le financement d'actions permettant la banalisation d'une alimentation saine et de qualité pour ceux qui ne peuvent pas bénéficier, et cela de leur logement jusqu'aux restaurants collectifs (équité différentielle) ; des formations à la cuisine de ces aliments. Pour la priorité « Disposer d'une eau de qualité » : pour que chacun puisse bénéficier de récupérateurs d'eau de pluie, des élargissements des offres de récipients de grande capacité de

financement peut doter les collectivités territoriales de nouvelles ressources par péréquation^{1347,1348}. Des financements croisés entre les collectivités territoriales peuvent aussi venir en complément, car ces programmes répondent à des motifs de solidarité et d'aménagement du territoire¹³⁴⁹.

L'ARS doit bénéficier d'un affinement du périmètre et de la maîtrise des MIGAC, d'une meilleure articulation avec les autres financements (FIQCS, MERRI, aide à la contractualisation), ainsi que d'une intensification du rééquilibrage géographique des dotations régionales¹³⁵⁰. La fongibilité des enveloppes pour permettre la transversalité des missions de l'ARS doit être encadrée, pour éviter que les enveloppes pour la prévention et

stockage (pour des particuliers, des collectivités ou des villages) et des aides de financement doivent être développées. Pour la priorité « Accéder à l'éducation » : les enfants et leurs parents doivent pouvoir continuer de bénéficier d'actions de prévention comme la culture de légumes sans additifs et la cuisine de ces aliments ; les aides à l'alphabétisation et à la parentalité doivent être soutenues et suivies.

Suite à une sollicitation des citoyens francs-comtois pour le choix de priorités de santé pour la Franche-Comté, 40 représentants d'associations d'usagers et des usagers francs-comtois ont discuté ces résultats le 2 octobre 2010 pour voir s'il leur était possible de porter les priorités choisies par les citoyens et proposer des actions concrètes de mise en œuvre. Ils retiennent les 5 mêmes priorités et dans le même ordre que celles des citoyens (disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, disposer d'une eau de qualité et développer le dépistage et le contrôle du cancer) et en ajoutent 5 autres : accéder à l'éducation, développer la prise en charge des personnes âgées, prendre en compte le stress et la santé mentale, préserver la sécurité sociale et maintenir l'effectif des personnels hospitaliers. Cinquante-sept actions sont proposées pour ces 10 priorités. Les déterminants de la santé sont retenus en priorité et des actions sont proposées dans le cadre d'une politique de santé interministérielle favorisant l'égalité des chances en santé. De tels travaux publics peuvent être utiles aux agences régionales de santé pour identifier ou valider des priorités et des actions régionales complémentaires des priorités nationales.

Cela peut correspondre à : « créer des fonds souverains régionaux dédiés aux projets d'économie sociales et solidaire sur les territoires » et à « l'aide à la création d'entreprises (associatives, coopératives, etc.) par les habitant-es [des quartiers populaires], cité dans EUROPE, ECOLOGIE, LES VERTS. *Vivre mieux. Vers une société écologique... (op. cit.)*, p. 85-88.

Voir plus loin : site Internet « soins de santé durable », sur le modèle du « Center for sustainable healthcare » du Royaume-Uni. Ces financements peuvent par exemple permettre la réalisation de bilans énergétiques pour les patients âgés atteints de pathologies bronchiques et pulmonaires, etc. Des centres de soins de santé durables (Centre for Sustainable Healthcare) permettant des travaux entre professionnels de santé publique formés, professionnels de santé, acteurs de santé, usagers et citoyens favoriserait ce dispositif au sein des territoires de santé publique. Ces centres pourraient être mis en place par les directions des territoires de santé publique.

Voir aussi les actions de la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui ont été votées à l'unanimité par L'Assemblée nationale du Québec, le 13 décembre 2002. Disponible sur : <http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete/loi.asp> [consulté le 10 avril 2012].

¹³⁴⁷ A. VINSONNEAU. La régulation... (*op. cit.*), p. 44.

¹³⁴⁸ Qui prend en compte le fonds de péréquation des recettes fiscales intercommunales et communales qui a vu le jour depuis le premier janvier 2012, cité dans Mise en place d'un fonds de péréquation des recettes fiscales intercommunales et communales. Droit administratif 2012 ; 2, alerte 10.

¹³⁴⁹ M. BORGETTO. La décentralisation du « social » en débat(s). *Informations sociales* 2010 ; 6 (162), p. 17.

¹³⁵⁰ J.-J. JEGOU. *Les MIGAC... (op. cit.)*, p. 7.

pour tous les déterminants de la santé (autres que medical care et health behaviors) ne soient absorbées pour réduire le déficit d'établissements de santé, comme cela a pu être le cas avec les enveloppes prévues pour le financement de PASS¹³⁵¹.

L'ARS de deuxième génération, « plus démocratique que libérale », dite « de projets »¹³⁵², doit, ainsi que la direction du territoire de santé publique, avoir des marges de manœuvres suffisantes pour répondre aux besoins de santé de la population, après concertation, par des actions et des dispositifs, surtout là où il y a des besoins non couverts, où qui ne le sont plus. Elles doivent développer le service public sur tout le continuum, et quand cela n'est pas possible contractualiser des services au public, après mise en concurrence de tous les partenaires¹³⁵³. La contractualisation peut être simplifiée sans devenir un outil de « dialogue de gestion », et ses contraintes réduites tout en respectant la libre négociation¹³⁵⁴. Le but est de pouvoir allouer des financements, issus d'une répartition par péréquation, pour réduire les inégalités de santé tant sociales que territoriales, et de pouvoir contractualiser avec des collectivités territoriales, pour investir tous les déterminants de santé, y compris dans certains départements comme Mayotte¹³⁵⁵.

L'ARS de deuxième génération doit être le moteur du scénario de la renaissance de Didier Tabuteau : « les ARS sont opérationnelles, les services de l'assurance maladie et de l'État se sont répartis harmonieusement [...]. La santé publique est devenue le pivot de la programmation en santé [...]. Les effets sanitaires et financiers de cette politique volontariste se font sentir et les comptes de l'assurance maladie s'améliorent [...]. Médecine générale de premier recours et médecine de second recours ont rationalisé l'accès aux soins [...]. Les conférences régionales de santé et de l'autonomie jouent le rôle de véritables « parlements sanitaires » où sont débattues en toute transparence les priorités régionales de la politique de santé [...] »¹³⁵⁶.

¹³⁵¹ J. ROCHEFORT. *Etat des lieux...*(*op. cit.*), p. 330-334.

¹³⁵² M. TOURAINÉ. *Conclusion*. Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

¹³⁵³ Cette concurrence doit pouvoir être loyale et positive, cité dans D. CRISTOL. *La concurrence...*(*op. cit.*), p. 481-539.

¹³⁵⁴ H. RIHAL. *Articulation...*(*op. cit.*), p 30-33.

¹³⁵⁵ J. BAILLOT. *Problèmes d'accès aux soins...*(*op. cit.*), p. 37-52.

Les ARS qui s'appuient sur des entrepreneurs privés pour développer des réflexions et des actions doivent avoir avantage, afin de réduire les conflits axiologiques¹³⁵⁷, à développer un système¹³⁵⁸ ainsi qu'un fonctionnement en réseau interconnecté en permanence (network¹³⁵⁹) avec leurs services et les directions des territoires de santé publique.

Les données, les priorités, les programmes régionaux et territoriaux de santé publique, ainsi que les financements, doivent être débattus avec l'union régionale des professionnels de santé et les participants de la CRSA, comme cela est proposé par les exemples de la loi sur les services de santé et les services sociaux et de la loi sur la santé publique¹³⁶⁰. Les débats au sein des CRSA ou des « parlements sanitaires », peuvent être enregistrés et mis sur le site Internet de l'ARS ainsi que son argumentation quand elle refuse de prendre en compte les avis des citoyens, des usagers ou d'autres intervenants (Article 22 de l'exemple de la proposition de Loi sur la santé publique).

Cela permettra à l'ARS ainsi qu'à la direction du territoire de santé publique d'avoir les moyens de devenir l'organisateur d'une politique de santé publique infra-régionale, tout en adaptant les offres aux besoins, y compris pour la PASS et le PRAPS. Cela permettra d'engager des économies en faisant attention que les consultations à l'hôpital des personnes précaires ne se fassent pas plutôt aux urgences, afin que l'établissement puisse récupérer un supplément de 27,05 euros par le forfait Accueil et Traitement des Urgences (ATU) en supplément de la consultation aux urgences à 23 euros, plutôt que dans une PASS qui ne rapportera que 23 euros. L'ARS doit davantage agir pour améliorer les comptes de l'Assurance maladie.

¹³⁵⁶ D. TABUTEAU. Loi HPST...(*op. cit.*), p. 80.

¹³⁵⁷ H. BERGERON, et alii. Un entrepreneur...(*op. cit.*), p. 201-229, et H. BERGERON. Les Politiques...(*op. cit.*), p. 79-111.

¹³⁵⁸ Un système est un ensemble d'activités dont le but est commun, qui bénéficient d'un ensemble commun d'objectifs et de critères en fonction desquels les progrès vers les objectifs peuvent être modifiés. Un système produit aussi un rapport annuel, in : J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 8-36.

¹³⁵⁹ 21st Century Glossary. Disponible sur : www.oacht-glossary.net/network [consulté le 21 novembre 2011].

¹³⁶⁰ L'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, Associations sanitaires et Hôpitaux de Franche Comté (ARUCAH), et la maison régionale de santé publique de Franche-Comté sont prêts à tester cette possibilité, cité dans P.-H. BRÉCHAT, et alii. Priorités de santé...(*op. cit.*), p. 179-180.

Les régions pourraient aussi faire appel à la fiscalité locale pour compléter les enveloppes¹³⁶¹. Les investissements de l'établissement de santé ou du CSPP pourraient être supportés par les collectivités territoriales¹³⁶², comme en Allemagne, et non plus par les bénéficiaires liés à la T2A notamment. Les collectivités territoriales qui s'appuient sur des entrepreneurs privés pour développer des actions de prévention doivent bénéficier des soutiens de l'État et l'Assurance maladie pour réduire les conflits axiologiques¹³⁶³. De plus, la mise en place du mécanisme de solidarité financière entre communes riches et pauvres dit de « péréquation horizontale », qui est prévue dans le projet de loi de finances pour 2012, doit être développée.

Des expérimentations dans le territoire de santé publique sont possibles.

Pour que l'unité territoriale de santé publique et le territoire de santé publique soient le socle de la reconstruction d'une égalité d'accès aux soins et à la santé, des directions du territoire de santé publique peuvent expérimenter un OTDAM, constitué d'une fraction de l'ORDAM.

Des « MIGAC de continuité territoriale » peuvent être expérimentés pour financer l'accès aux soins lié à certains territoires de santé publique n'atteignant pas les mêmes seuils d'activités qu'ailleurs¹³⁶⁴.

Ces financements, leurs utilisations et leurs suivis doivent être rendus transparents. Ces données doivent pouvoir être disponibles et discutées dans les CRSA ou les parlements sanitaires, y compris celles destinées à la prise en compte de la taxe carbone et de la santé environnement. Cette dernière peut favoriser l'égalité d'accès aux soins et à la santé de tous les êtres vivants, ainsi que l'économie sociale et solidaire.

Une autre source d'économies provient de la prise en compte de la taxe carbone qui est un des enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle¹³⁶⁵. Afin de réduire les émissions de dioxyde de carbone (CO₂), une taxe carbone s'applique depuis le premier janvier 2010 à la consommation d'énergie des ménages et des entreprises, dont les établissements de

¹³⁶¹ GIRAUD, et alii. La santé choisie...(*op. cit.*), p. 107-112.

¹³⁶² Le 21 novembre 2011, François Fillon, premier ministre, a annoncé que le futur pôle de financement des collectivités locales allait concerner également le secteur hospitalier.

¹³⁶³ H. BERGERON, et alii. Un entrepreneur...(*op. cit.*), p. 201-229, et H. BERGERON. Les Politiques...(*op. cit.*), p. 79-111.

¹³⁶⁴ Proposition de Claude Evin, cité dans M. BERNIER. *Rapport...*(*op. cit.*), p. 134.

santé. Cet impôt est calculé sur la base de 17 euros par tonne de CO2 émise, dont : 4,5 cents par litre de diesel (soit une hausse de prix d'environ 5 %) ; 4 cents par litre d'essence (augmentation de prix d'environ 3 %) ; 0,35 cents par kilowattheure de gaz naturel (augmentation de prix d'environ 7 %). En 2007, dans les hôpitaux publics, à l'exception de l'électricité, les dépenses d'énergie s'élevaient à 377 millions d'euros. L'impact de la taxe carbone devrait osciller entre 11,6 et 27,2 millions d'euros, et ce seulement pour les établissements de santé publics (estimation basse). La consommation énergétique des bâtiments ne serait que d'environ 25 %. Des efforts devront également être réalisés sur les achats de matériel et de médicaments (40 %), et sur les transports du personnel (25 %). Si seulement 22 établissements de santé publics étaient impliqués en 2011 (17 euros / tonne), tous devront l'être en 2030 (100 euros / tonne). La prise en compte de la taxe carbone va plus loin.

Investir l'égalité d'accès aux soins et à la santé et le territoire de santé publique, c'est prendre en compte, au sein d'une politique environnementale, la biodiversité et la santé environnementale¹³⁶⁶, l'interconnexion constante des organismes vivants et des écosystèmes ainsi que des gènes qui est un des déterminants de la santé, et l'économie sociale et solidaire¹³⁶⁷. Cela permet d'évaluer les impacts des activités humaines pour favoriser la biodiversité, en réhabilitant par exemple des habitats en régression, et en y augmentant les populations animales et végétales menacées. C'est investir le maintien de la biodiversité qui est la composante essentielle du développement durable¹³⁶⁸. C'est investir la responsabilité de la survie de cet ensemble fragile. L'être humain peut être considéré comme une espèce parmi d'autres, mais qui peut avoir comme responsabilité la survie des autres espèces pour protéger sa propre survie, et la mise en place d'un équilibre favorisant une amélioration de la santé pour tous. La biodiversité peut être un moteur à l'innovation en entreprise¹³⁶⁹, et ce, au sein d'un pôle de compétitivité en santé publique et du

¹³⁶⁵ J.-A. M. GRAY. *How To Build...*(*op. cit.*), p. 38.

¹³⁶⁶ J. LE MOAL, et alii. La santé environnementale...(*op. cit.*), p. 281-289.

¹³⁶⁷ D. CASTIEL. L'économie sociale et solidaire : une réponse à la précarité et à l'exclusion dans des zones prioritaires de santé ? In : D. CASTIEL, et al. *Solidarités...*(*op. cit.*), p. 195-204.

¹³⁶⁸ E. O. WILSON. *La diversité de la vie*. Paris : Editions Odile Jacob, 1993.

¹³⁶⁹ M. DEGUERGUE. La biodiversité dans le Grenelle de l'environnement. *Bulletin de Droit de l'Environnement industriel* 2010 ; NS, p. 53-56.

« pôle territorial de coopération économique »¹³⁷⁰ qui peuvent être couplés. Comme dans le CAP, un vétérinaire peut venir exercer avec l'équipe pluridisciplinaire du CSPP. Prendre soins de la santé de tous les habitants de la planète terre¹³⁷¹, peut correspondre à la nécessité du développement de l'égalité d'accès aux soins et à la santé de tous les êtres vivants et de la sécurité sanitaire.

Dans son premier article, la loi sur la santé du canton de Genève du 7 avril 2006 a comme premier but : « de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population *et des animaux*, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun » [Annexe 5].

Le 2 octobre 2010, quarante représentants d'associations d'usagers et usagers francs-comtois ont proposé la mise en œuvre de l'égalité d'accès aux soins et à la santé de tous les êtres vivants, et d'une économie sociale et solidaire.

C'est aussi ce que nous rappelle Jean-Jacques Rousseau, pour que les générations futures puissent aussi écrire : « quels temps croiriez-vous, monsieur, que je me rappelle le plus souvent et le plus volontiers dans mes rêves ? [...] avec mon chien bien-aimé, ma vieille chatte, avec les oiseaux de la campagne et les biches de la forêt, [...] en me levant avant le soleil [...], aller voir, contempler son lever dans mon jardin. [...] Avec quel battement de cœur, avec quel pétillement de joie, je commençais à respirer en me sentant sauvé [...]. J'allais alors d'un pas plus tranquille chercher quelque lieu sauvage dans la forêt, quelque lieu désert où rien ne montrant la main des hommes n'annonçât la servitude et la domination, quelque asile où je pusse croire avoir pénétré le premier, et où nul tiers importun ne vînt s'interposer entre la nature et moi. C'était là qu'elle semblait déployer à mes yeux une magnificence toujours nouvelle. L'or des genêts la pourpre des bruyères frappaient mes yeux d'un luxe qui touchait mon cœur ; la majesté des arbres qui me couvraient de leur ombre, la délicatesse des arbustes qui m'environnaient, l'étonnante variété des herbes et des fleurs que je foulais sous mes pieds, tenaient mon esprit dans une

¹³⁷⁰ EUROPE, ECOLOGIE, LES VERTS. *Vivre mieux...*(*op. cit.*), p. 85.

¹³⁷¹ « Une loi sur les droits et la protection des animaux sera proposée au Parlement :Elle définira un nouveau statut de l'animal dans le Code civil. Il passera du statut de « bien meuble » ou « immeuble » à celui d'être vivant », in : EUROPE, ECOLOGIE, LES VERTS. *Vivre mieux...*(*op. cit.*), p. 31-32.

alternative continue d'observation et d'admiration [...]. Bientôt, de la surface de la terre, j'élevais mes idées à tous les êtres de la nature, au système universel des choses [...] »¹³⁷².

La mise en œuvre de l'ensemble de ces propositions nécessite des professionnels de haut niveau en santé publique, de nouveaux outils et de nouveaux services ainsi que des enseignements.

¹³⁷² J.-J. ROUSSEAU. Troisième lettre à Malesherbes. La défense personnelle. *Extraits*. Paris : Editions Hachette 1936, p. 294-302.

Chapitre 2 : LA REORGANISATION MANAGERIALE

L'administration de la santé doit être professionnalisée en santé publique. Ses professionnels, qu'ils soient appelés professionnels de haut niveau en santé publique, hauts responsables en santé publique, dirigeants en santé publique, leaders en santé publique ou managers en santé publique, qu'ils exercent au niveau national, régional ou au sein du territoire de santé publique, et dont les missions sont définies par la loi¹³⁷³, doivent être professionnalisés en santé publique. Ils doivent pouvoir bénéficier d'enseignements, de formations et de recherches en santé publique (**Section 1**). Ils doivent aussi pouvoir avoir accès, comme les professionnels de santé, les acteurs de santé, les usagers et les citoyens, à de nouveaux outils et à de nouveaux services (**Section 2**).

Section 1 : La professionnalisation de haut niveau en santé publique

Dans les années 1870 : « L'administration de la santé publique, tout en étant intimement unie aux rouages du gouvernement [se devait d'être exercée] par des personnes d'une compétence spéciale et reconnue. Elle aurait besoin pour appliquer les données d'une science spéciale [...] d'hommes spéciaux aux compétences élargies, experts sur les questions d'utilité collective, population, assistance, économie sociale, du ressort de la puissance publique »¹³⁷⁴.

Entre 1996 et 2010, le directeur d'ARH devait avoir des exigences de justice, de rationalisation et avoir la capacité à conduire le changement¹³⁷⁵.

Depuis le début des années 2000, un besoin de leaders¹³⁷⁶ et de managers¹³⁷⁷ en santé publique exerçant un leadership¹³⁷⁸ afin de transformer le système de santé, s'est manifesté.

¹³⁷³ Proposition de loi sur l'Assurance maladie [Annexe 4].

¹³⁷⁴ L. MURARD, P. ZYLBERMAN. *L'hygiène...* (*op. cit.*), p. 114.

¹³⁷⁵ V. FARGEON, et alii. *Les agences...* (*op. cit.*), p. 49.

¹³⁷⁶ Un leader est une personne qui est capable d'unir les gens dans la poursuite d'un but, in : 21st Century Glossary. Disponible sur : www.ocht-glossary.net/leader [consulté le 21 novembre 2011].

Le manager en santé publique a été consacré par le ministère en charge de la santé entre 2001 et 2004, lors de l'organisation de deux cycles de formation au « management des politiques régionales de santé »¹³⁷⁹. Ces formations ont été destinées à des professionnels de santé publique du ministère en charge de la santé tant du niveau national que régional. Le but était de former des professionnels pouvant garantir une bonne articulation entre les différents niveaux de la mise en œuvre d'une politique de santé publique¹³⁸⁰, et pouvant donner un sens aux différentes réformes¹³⁸¹. L'animation de projet a été privilégiée afin de défendre des objectifs à moyen et long terme¹³⁸² qui peuvent se trouver en concurrence avec des objectifs à court terme liés à des enjeux économiques et ou politiques, tout en favorisant des changements de paradigme pour d'autres politiques concernant l'ensemble des déterminants de la santé. Ces professionnels devaient favoriser la construction d'un projet collectif garantissant l'intérêt général, par la concertation avec tous les professionnels, acteurs, usagers concernés ainsi qu'avec les citoyens. Des principes guidant ces managers de santé publique ont été identifiés : le sens permanent de l'intérêt général, et l'impératif de la cohérence des actions d'une politique de santé publique. Pour cela, de nouvelles compétences à acquérir ont été déterminées : pouvoir produire, du point de vue du service public, des données ainsi qu'une analyse pluridisciplinaire concernant les besoins de santé ; pouvant être utilisée lors de débats publics ; afin de construire un continuum « prévention, ambulatoire, soins, médico-social, social, sécurité sanitaire, réseau de santé, enseignement et recherche » qui soit articulé, financé et évalué par priorité et

¹³⁷⁷ Un manager est celui qui impulse une dynamique et permet une production, in : 21st Century Glossary. Disponible sur : www.ocht-glossary.net/manager [consulté le 21 novembre 2011].

¹³⁷⁸ Le leadership est la capacité d'une personne à influencer, in : 21st Century Glossary. Disponible sur : www.ocht-glossary.net/leadership [consulté le 21 novembre 2011].

¹³⁷⁹ F. JABOT, C. NICOLAS. La formation au management des politiques régionales de santé. In: J.-H. HENRARD, P.-H. BRÉCHAT (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 46, [réf. du 29 décembre 2011], p. 59. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>, et F. JABOT, F.-P. DEBIONNE, P.-H. BRÉCHAT, C. NICOLAS, A. JAKOWLEF, J.-M. LANEYRIE. *La formation au « management des politiques régionales de santé » en France : un espace pour la capitalisation de la réflexion et de l'action de l'Etat*. Communication orale. Deuxième colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, Québec, 12 au 15 octobre 2004.

¹³⁸⁰ Locale, régionale, nationale, européenne en lien avec l'OMS.

¹³⁸¹ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, loi n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

territoire de santé publique ; de contractualiser avec les décideurs des collectivités territoriales et d'autres partenaires, les actions utiles aux stratégies de développement durable des territoires ; d'évaluer l'impact et les transformations générées par les différents projets de développement sur les territoires de santé publique et auprès des populations concernées ; et de garantir les conditions de réalisation des projets et le bon usage des deniers publics par des missions d'inspection, de contrôle et d'évaluation¹³⁸³.

Les professionnels de santé publique de l'État, de l'Assurance maladie et des établissements de santé, notamment au niveau des pôles d'activités¹³⁸⁴, doivent trouver ainsi une nouvelle légitimité : exiger un niveau élevé de cohésion sociale tout en encourageant les initiatives de développement durable des territoires.

Si, en 1997, les premiers directeurs des ARH nouvellement créées ont bénéficiés de séminaires organisés par l'ENSP, et si en 2010, les nouveaux directeurs généraux des ARS nouvellement créées ont bénéficiés d'une formation par l'EHESP et l'EN3S, cela n'a pas été le cas pour les responsables des pôles d'activités hospitaliers. Un équilibre reste à trouver entre santé publique et régulation économique, entre impératifs d'efficacité, de performance, et d'égalité.

Depuis 2001, des séminaires « Prospectives santé 2020 » sont organisés par Didier Tabuteau et Antoine Flahault au Pres Sorbonne Paris Cité pour les hauts responsables en santé publique.

La construction et la reconnaissance d'un leadership du ministère en charge de la santé, allant du national au territoire, est à consolider. Les hauts responsables en santé publique, comme le directeur général d'ARS, doivent davantage travailler à la réalisation et au développement de la solidarité sociale, en prenant en compte les « activités d'intérêt général indispensables à la vie collective »¹³⁸⁵, au sens de

¹³⁸² Liés à des changements de comportements, à la transformation d'un environnement défavorable à la santé, à l'amélioration de la santé d'une population, à la qualité du système de soins, etc.

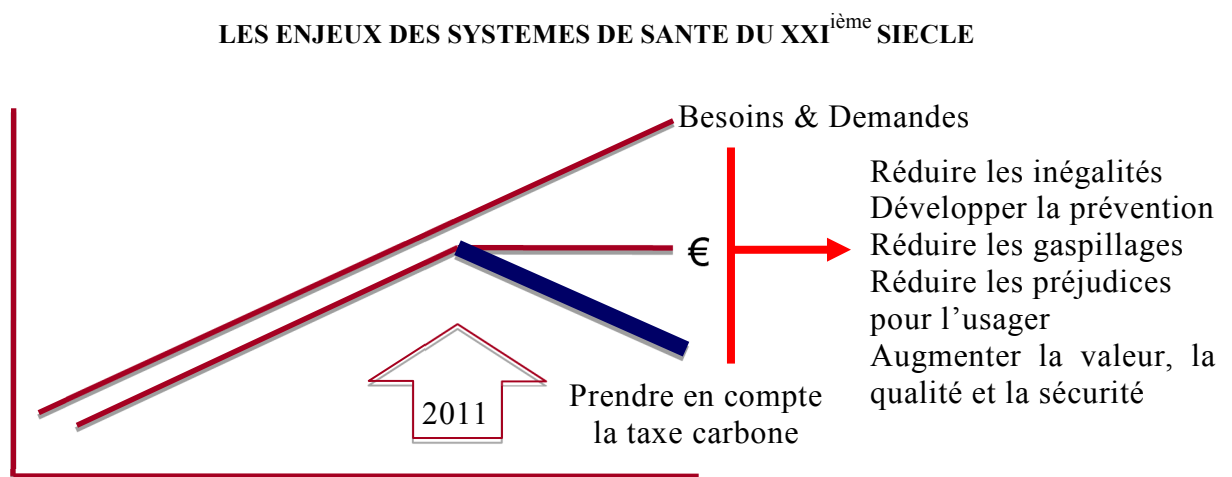
¹³⁸³ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Pour un management...(*op. cit.*), p. 427-434.

¹³⁸⁴ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Des pôles...(*op. cit.*), p. 571-580.

¹³⁸⁵ J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 22-23.

l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, ainsi que les enjeux des systèmes de santé actuels et de demain.

En 2011, pour J.-A. Muir Gray, les enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle nécessitent des hauts responsables en santé publique qui puissent exercer un leadership, afin de gérer l'augmentation des besoins de santé et des demandes des usagers, avec des financements en diminution et la prise en compte de la taxe carbone, tout en réduisant les inégalités¹³⁸⁶, les gaspillages et les préjudices pour l'utilisateur, mais également en développant la prévention et en améliorant la valeur, la qualité et la sécurité¹³⁸⁷, comme peut le montrer la figure ci-après.



Source : J.-A. M. GRAY. *La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI^{ème} siècle*. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011.

L'amélioration des résultats passe par la mise en place à la fois d'un système de santé organisé en réseau et bénéficiant de recommandations de bonnes pratiques et de parcours de soins et de santé, mais aussi par la production de la plus grande efficacité et de la plus importante plus-value en fonction de la ressource investie (value). Pour John R. Kimberly, ces hauts responsables en santé publique devront avoir, comme première qualité essentielle, une implication personnelle forte pour réduire les inégalités de santé. Pour cela,

¹³⁸⁶ Pour Didier Tabuteau aussi, la politique de santé publique peut avoir comme ambition la réduction des inégalités sociales face à la santé, in : D. TABUTEAU. *Loi HPST... (op. cit.)*, p. 79-90.

¹³⁸⁷ J.-A. M. GRAY. *How To Build... (op. cit.)*, p. 38-39, J.-A. M. GRAY. *Quel système... (communication cit.)*.

ils doivent avoir une capacité à travailler en équipe interdisciplinaire afin de trouver des solutions à des problèmes complexes et obtenir des résultats. Mais ils doivent également avoir une propension à l'innovation et à la recherche ainsi qu'à la lecture d'articles scientifiques, une capacité à la prise en compte globale et dans le temps, ainsi que des compétences d'écoute et de négociation qui leur permettront notamment de réagir de façon positive et constructive face aux mouvements d'opposition qu'ils pourront être amenés à rencontrer^{1388,1389}.

Les hauts responsables en santé publique doivent organiser des concertations, des débats publics et favoriser une démocratie participative demandée, voire déjà initiée par des représentants d'usagers et des citoyens¹³⁹⁰. Pour Pierre-Gerlier Forest : « il faut s'intéresser à la question de la confiance, sans laquelle l'action collective est vouée à l'impasse. Car il ne suffit pas d'appeler au leadership des élites politiques ; il faut aussi qu'elles soient écoutées et suivies...La confiance peut revenir. Mais elle repose en dernière instance sur le consentement actif de la population. Il s'agit de l'accord qui vient en réponse à l'engagement des gouvernements de changer les politiques, les responsables administratifs et les façons de gouverner, si telle est la conséquence de la participation publique. Par une sorte de vice de fonctionnement dans nos démocraties, nos dirigeants cèdent plus volontiers aux sautes d'humeur de l'opinion publique qu'aux demandes sagement pesées issues des consultations »¹³⁹¹. Ces hauts responsables en santé publique doivent bénéficier de statuts uniques et attractifs, de suivi et de mobilités facilitées.

Comme pour les hauts responsables en santé publique de la Province du Québec¹³⁹², un haut niveau de formation en santé publique (master), des travaux de recherche en santé

¹³⁸⁸ J. R. KIMBERLY. Preparing leaders in public health for success in a flatter, more distributed and collaborative world. *Public Health Reviews* 2011 ; 33 (1) p. 289-299.

¹³⁸⁹ Disponible sur : <http://blog.ehesp.fr/> [Consulté le 18 novembre 2011].

¹³⁹⁰ P.-H. BRÉCHAT, et alii. Priorités... (*op. cit.*), p. 169-182.

¹³⁹¹ P.-G. FOREST. Le pouvoir... (*op. cit.*), p. 58-59.

¹³⁹² Deux exemples de biographie de directeur de santé publique de régions du Québec :

LESSARD Richard, Directeur de santé publique de la région de Montréal :

« Richard Lessard est médecin spécialiste en santé communautaire. Depuis août 1992, il est directeur de santé publique à l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et professeur agrégé de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et au Département d'épidémiologie et de biostatistiques de l'Université McGill. Le docteur Lessard a reçu de nombreux prix tels « Des médecins de cœur et d'action » pour la catégorie médecin du domaine communautaire en 1998 et le prix « Jean Rochon » décerné par l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire en 1999.

publique (doctorat) ainsi que des expériences en santé publique doivent aussi être exigés en France pour pouvoir devenir haut responsable en santé publique. Des fiches de postes doivent être établies¹³⁹³. Ces professionnels doivent avoir leurs missions précisées par la loi pour mettre en œuvre les nombreuses réformes en cours et à venir¹³⁹⁴.

Plus récemment, en octobre 2010, il a été récompensé du prix Excellence Hector-L.-Bertrand, catégorie Accomplissement, pour son travail exemplaire en santé publique. Au cours de sa carrière, il a acquis une solide réputation en santé publique. Ses compétences sont reconnues au Canada et en Europe. Invité à siéger à plusieurs conseils d'administration d'organismes québécois et canadiens, le docteur Lessard est considéré comme une référence en santé publique. Son poste de directeur de santé publique l'a amené à diriger des équipes qui ont développé des expertises dans de nombreux secteurs et à publier huit rapports sur l'état de santé de la population montréalaise, dont un rapport récent sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Tout au long de son parcours, le docteur Lessard s'est démarqué par sa vision avant-gardiste et ses prises de positions éclairées en santé publique. Très impliqué dans de nombreux dossiers, il a participé en 2006, au développement du Plan global de stratégie sur la lutte au cancer pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et en 1998, au développement d'un programme sur la santé dédié aux 20 pays en sous-développement, en tant que consultant en santé publique pour l'OMS ». Disponible sur : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/biographie.html [Consulté le 25 août 2010].

DESBIENS François, Directeur de santé publique de la Capitale-Nationale :

« Le docteur Desbiens a terminé ses études de médecine en 1980 et sa résidence en médecine familiale en 1982 à l'Université de Sherbrooke. De 1982 à 1985, il complète sa résidence en santé communautaire, toujours à l'Université de Sherbrooke puis une maîtrise en santé publique de l'Université de Californie, Berkeley. Puis, en 1989, il termine le Programme intégré de gestion pour les organismes publics (PIGOP) de l'École nationale d'administration publique (ENAP).

Depuis septembre 2000	Directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale
Avril 1993 à août 2000	Directeur régional de santé publique de la région de Chaudière-Appalaches
Février 1992 à mars 1993	Directeur par intérim du Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement
Janvier 1991 à février 1992	Médecin-conseil au Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement et adjoint au chef du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis
Septembre à décembre 1990	Médecin-conseil, secteur maladies infectieuses du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis
Janvier 1987 à décembre 1990	Directeur par intérim du Département de santé communautaire du CRSSS Côte-Nord
Juin 1996 à décembre 1986	Coordonnateur de l'équipe de planification et promotion de la santé du Département de santé communautaire du CRSSS Côte-Nord
Depuis septembre 2000	Directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale
Avril 1993 à août 2000	Directeur régional de santé publique de la région de Chaudière-Appalaches
Février 1992 à mars 1993	Directeur par intérim du Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement

Disponible sur : http://www.dspq.qc.ca/SP_directeur.html [Consulté le 25 août 2011].

¹³⁹³ Voici ce que pourrait être la fiche de poste d'un directeur général d'ARS « de deuxième génération » sur le modèle de celle pour un emploi de directeur de santé publique d'agence régionale de la santé ou de régie régionale du Québec :

Missions : Vous favoriserez le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région et assurerez la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en conformité avec les orientations et les politiques ministérielles (loi sur la santé publique).

Vous informerez la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions que vous jugerez les plus efficaces et en suivrez l'évolution. Le cas échéant vous

conduirez des études ou recherches nécessaires à cette fin. Vous identifierez les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et verrez à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection. Vous assurerez une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseillerez sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable. Vous identifierez les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsque vous le jugerez approprié, prendrez les mesures nécessaires pour favoriser cette action. Vous assurerez la gestion et la coordination des services et assumerez également l'ensemble des fonctions de directeur ou directrice de santé publique pour la région.

Qualifications exigées : Vous êtes titulaire d'un doctorat en médecine et êtes membre du Collège des médecins du Québec. Vous avez un diplôme de médecin spécialiste en santé communautaire reconnu par la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Une expérience pertinente et significative en santé publique ou en santé communautaire peut compenser l'absence de diplôme de spécialiste en santé communautaire ou une formation universitaire en santé publique. Vous avez au moins dix (10) ans d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux dont trois (3) ans dans des fonctions de gestion en santé publique. Vous possédez une connaissance des enjeux et des programmes de santé publique du réseau québécois de la santé et des services sociaux, de solides compétences en santé publique, d'excellentes habiletés de leader ainsi qu'en relations interpersonnelles et en communication.

Disponible sur : <http://v1.santemontreal.qc.ca/rh/pub/fr/details.asp?ID=90511> [consulté le 25 août 2011].

¹³⁹⁴ Voici ce que pourrait être liste des Lois mises en œuvre par le ministre et ses directeurs généraux d'agences régionales de santé, comme celle des 27 Lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la santé et des services sociaux :

- Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale,
- Loi sur l'assurance-hospitalisation,
- Loi sur l'assurance maladie,
- Loi sur l'assurance médicaments,
- Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis,
- Loi sur les cimetières non catholiques,
- Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être,
- Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec,
- Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux,
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale,
- Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance,
- Loi sur les inhumations et les exhumations,
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec,
- Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation, des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres,
- Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux,
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux,
- Loi assurant la mise en oeuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale,
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux,
- Loi sur la protection de la jeunesse,
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui,
- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec,
- Loi sur les sages-femmes,
- Loi sur la santé publique,
- Loi sur les services de santé et les services sociaux,
- Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris,
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence,
- Loi sur le tabac,
- Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales.

La complexification des contraintes liée aux enjeux des systèmes de santé du XXI^{ème} siècle interroge les organisations, les modalités de travail, les enseignements et les formations. Développer l'approche interdisciplinaire, travailler en réseau, coordonner les besoins avec les offres et les actions ou développer des partenariats, sont essentiels pour accompagner et participer aux changements, tout en tenant compte des enjeux et des spécificités du territoire de santé publique, et pour éviter les risques de marginalisation, voire d'exclusion de populations du système de soins et de santé. De nouvelles compétences, comme la gestion de la complexité dans des environnements complexes sont requises. Les enseignements et les formations en santé publique doivent être un levier pour accompagner cela, et ce doit être une occasion pour repenser et harmoniser la formation avec la mise en place du Licence-Master-Doctorat santé et des accords de Bologne¹³⁹⁵.

La constitution d'un corps de hauts responsables en santé publique de l'État ainsi que le développement d'une culture de santé publique partagée avec les professionnels, les usagers et les citoyens notamment, nécessitent la mise en place d'enseignements et de formations en santé publique organisés et coordonnés au niveau national, interrégional ou régional mais également au niveau du territoire de santé publique.

En 2006, l'Association of Schools of Public Health a identifié les compétences essentielles pour les masters de santé publique. En 2008, 119 compétences ont été identifiées et regroupées en 12 domaines. Ces 12 domaines sont par ordre alphabétique : les biostatistiques, la communication et l'information, la diversité et la culture, l'épidémiologie, la génétique et la santé publique, le leadership, la planification, la politique de santé et le management, le professionnalisme, la santé environnement, les sciences sociales et comportementales¹³⁹⁶, et le système de pensée. Ces travaux doivent permettre d'améliorer la qualité des enseignements et des formations pour préparer au mieux les professionnels de santé publique et les hauts

In : SANTE ET SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC. *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. Québec : Santé et services sociaux du Québec, 2011, p. 12.

¹³⁹⁵ R. AUBRY, D. MALLET. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie médicale* 2008 ; 2, p. 94-102.

¹³⁹⁶ C'est la neuvième recommandation du Haut conseil de la santé publique, in : HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités...*(*op. cit.*), p.16.

responsables en santé publique aux défis en santé publique de la prochaine décennie¹³⁹⁷.

Les hauts responsables en santé publique, qu'ils soient appelés professionnels de haut niveau en santé publique, dirigeants en santé publique, leaders en santé publique ou managers en santé publique, doivent au moins acquérir les compétences des domaines suivants : la politique de santé et le management, la planification, la santé environnement, la communication et l'information, la diversité et la culture, le leadership, le professionnalisme, et le système de pensée, etc. Les spécialistes en planification de la santé doivent au moins acquérir les compétences des domaines suivants : la planification¹³⁹⁸, la politique de santé et le management, la santé environnement, la communication et l'information, ainsi que la diversité et la culture, etc.¹³⁹⁹.

Ces formations, qu'elles soient initiales ou continues, doivent favoriser la gestion de la complexité par des travaux interdisciplinaires et interinstitutionnels, pour permettre aux étudiants d'apprendre à construire en équipe et à « faire de la santé publique »¹⁴⁰⁰. Des formations interprofessionnelles et interinstitutionnelles bénéficiant d'études de cas, de travaux dirigés et de stages en milieu professionnel doivent être développées. Ce type de formation existe, comme le Module interprofessionnel de santé publique (MIP)¹⁴⁰¹ et

¹³⁹⁷ J.-G. CALHOUN, K. RAMIAH, E. M. McGEAN WEIST, S. M. SHORTELL. Development of a core competency model for the master of public health degree. *Am J Public Health* [en ligne]. 2008 ; 98 (8), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1598-1607. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

¹³⁹⁸ L'Unité d'Enseignement (UE) « Régulation, aide à la décision, planification » sur une semaine du master II professionnel « Pilotage des politiques et actions en santé publique » de l'EHESP et de l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) de Rennes est la formation française et universitaire historique en planification de la santé.

¹³⁹⁹ L'EHESP a entrepris cette appropriation lors du séminaire de rentrée « Les perspectives de l'année 2011-2012 » qui a eu lieu à Dinard les 31 août et premier septembre 2011.

¹⁴⁰⁰ D. FASSIN. *Faire... (op. cit.)*, p. 36-54.

¹⁴⁰¹ Présentation du Module interprofessionnel (MIP) de santé publique de l'EHESP, cité dans F.-X. SCHWEYER, E. GUEVARRA. *Module interprofessionnel (MIP) de santé publique 2011. Dossier de présentation*. Rennes, EHESP, 2011, p. 2-6 :

Présentation

Les professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé publique sont nombreux et d'horizons divers. On compte parmi eux les cadres supérieurs du système sanitaire et social formés à l'EHESP. Dans leurs fonctions, ces derniers participent à l'organisation et à la mise en oeuvre de la politique de santé publique dans ses dimensions de promotion, de prévention, de prise en charge curative et de réadaptation. Les logiques utilisées peuvent varier d'un professionnel à l'autre, selon qu'il exerce au sein d'une tutelle ou d'un établissement, selon que ses responsabilités sont d'ordre managérial ou technique, selon que son champ d'intervention est plutôt sanitaire ou social... Au-delà de ces diversités, l'important est de collaborer pour améliorer la santé des populations. La confrontation de logiques différentes est un fait incontournable dans l'univers professionnel. Elle invite constamment à

l'unité d'enseignement « régulation, aide à la décision, planification » de l'EHESP¹⁴⁰².

Les enseignements du domaine « santé environnement » peuvent être articulés avec des « séminaires entrepreneuriat social » d'une semaine, comme ceux organisés pour les

adapter, à faire évoluer les pratiques, de façon à permettre la collaboration. C'est dans le but de préparer les cadres à cet exercice difficile que l'EHESP organise chaque année un module interprofessionnel (MIP) de santé publique. Fondé sur une pédagogie active, le MIP est un module original à deux titres : d'une part, il s'agit d'une formation par la recherche et, d'autre part, il offre aux professionnels des différentes filières la possibilité de partager leurs savoirs et leurs approches vis-à-vis de questions de santé publique. Celles-là sont proposées par des animateurs et animatrices qui sont experts d'un domaine et qui encadrent un groupe pluriprofessionnel en introduisant une problématique accompagnée d'orientations bibliographiques. Le sens du travail en équipe, les capacités d'analyse critique et de formulation d'orientations pour l'action sont les qualités développées à travers le MIP de santé publique.

Les objectifs du MIP de santé publique

La mise en oeuvre de ce module amène les élèves à définir et à étudier une problématique de santé publique en permettant un décloisonnement entre les filières de formation et un brassage des cadres de références professionnels. La démarche participe d'une volonté de faire partager des repères communs aux futurs cadres supérieurs du secteur sanitaire et social, de favoriser une meilleure connaissance et reconnaissance réciproques et de créer ainsi les conditions d'une meilleure appréhension partagée de l'environnement professionnel futur, favorable à la coopération interprofessionnelle. Ce temps de réflexion collective vise donc à faire percevoir l'intérêt des approches pluriprofessionnelles des problèmes et à initier des habitudes de travail concerté. Il est possible de structurer les objectifs de cette formation autour de leurs dimensions méthodologique et pédagogique. Les objectifs méthodologiques : Le MIP de santé publique s'articule autour de plusieurs phases qui devront guider le travail de chaque groupe : identifier et s'approprier le problème de santé publique à étudier, préciser et recueillir l'information nécessaire au traitement du problème posé, repérer les différents acteurs impliqués dans sa résolution, traiter cette information en la resituant dans son environnement pertinent. Cela suppose une réflexion au sujet des acteurs et notamment sur : leur perception du problème et de ses enjeux, les relations qu'ils entretiennent entre eux, les stratégies qu'ils développent, présenter les résultats de l'analyse fondée sur l'investigation en mettant clairement en évidence les éléments de réponse au problème identifié ainsi que les questions et enjeux posés en matière de santé publique. Le temps imparti exclut la mise en oeuvre d'une enquête systématique et, d'une manière plus générale, le recours à une méthodologie lourde d'investigation (ex. : étude systématique sur un territoire). Les objectifs pédagogiques : Au terme du module, les élèves seront évalués par un jury sur leur capacité à : travailler collectivement et mobiliser les ressources du groupe, construire une démarche d'investigation en santé publique (c'est-à-dire : exposer une problématique cohérente s'appuyant sur des concepts rigoureux, définir et mettre en oeuvre une méthodologie pertinente, sélectionner l'information utile, analyser les informations en veillant à situer les discours d'acteurs), proposer une lecture critique des situations étudiées en soulignant les points positifs et les marges de progrès possibles, présenter synthétiquement dans un document écrit les analyses et les conclusions du groupe et en débattre devant un jury.

L'orientation du MIP de santé publique pour 2011

Sur un plan général, l'orientation thématique du MIP s'intègre dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, adoptée le 9 août 2004. Ce cadre permet, par son étendue, de proposer des thèmes divers qui correspondent aux champs d'intérêt, d'expertise ou de recherche des animateurs.

¹⁴⁰² Cette UE, qui est co-habilitée au master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » puis « analyse et management des établissements de santé (AMES) » de l'Université Paris 7, propose pendant deux journées, le même dispositif que le MIP, mais sur des sujets de planification de la santé.

doctorants depuis 2011 par l'EHESP, afin de favoriser le développement des partenariats entre industries et santé public en faveur d'un environnement durable¹⁴⁰³.

Ces formations doivent aussi se faire par la recherche¹⁴⁰⁴ afin de favoriser l'innovation et la créativité, la production de données, l'analyse, le questionnement, le doute, le travail en équipe, la discussion et les débats. Ces formations auraient avantage à pouvoir se faire en des lieux¹⁴⁰⁵ où la connaissance est rendue accessible à la fois aux hauts responsables en santé publique¹⁴⁰⁶, tout en favorisant le débat scientifique, mais également aux usagers et aux citoyens, tout en favorisant le débat de société¹⁴⁰⁷.

Rappelons, comme le Haut Comité de la Santé Publique en 1994, qu'il est indispensable d'agir avec les professionnels de santé qui sont en relation avec les individus, les familles et les milieux de vie, afin de leur permettre de recentrer leurs activités sur les problèmes de santé de la population et les déterminants de ces problèmes. En complément de la structuration de la politique de santé publique une place plus importante doit être faite, dans les formations initiales et continues, aux « dimensions relationnelles et [aux] aspects sociaux, [...] à la culture de santé publique et aux pratiques de santé communautaires, de prévention et d'éducation pour la santé. [...] Enfin, les professionnels de santé devraient avoir développé, à l'issue de leurs études, des capacités à évaluer l'impact de leurs actes et prescriptions sur la santé des personnes qui ont recours à leurs soins et à éviter la prescription d'actes de dépistage, de diagnostic ou de traitement dont l'utilité ne serait pas démontrée »¹⁴⁰⁸. Cela doit participer à la responsabilisation des professionnels¹⁴⁰⁹.

¹⁴⁰³ Disponible sur : <http://www.ehesp.fr/2011/02/07/1ere-formation-doctorale-entrepreneuriat-social/> [consulté le 7 décembre 2011].

¹⁴⁰⁴ J.-F. GIRARD. *Le Pres Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé*. Communication orale. Journée de travail du Département des politiques de santé. Paris, le 23 novembre 2011.

¹⁴⁰⁵ Comme le Département des Politiques de Santé du Pres Sorbonne Paris Cité qui est aussi un lieu d'analyse de la capacité de l'action publique.

¹⁴⁰⁶ J.-F. GIRARD. *Le Pres... (communication cit.)*.

¹⁴⁰⁷ D. TABUTEAU. *Le Pres Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé*. Communication orale. Journée de travail du Département des politiques de santé. Paris, le 23 novembre 2011.

¹⁴⁰⁸ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général... (op. cit.)*, p. 315.

¹⁴⁰⁹ P. BATIFOULIER, et al. *Quand... (op. cit.)*, p. 59-70.

Au vu des enjeux, l'effort consenti en France doit être similaire à celui réalisé aux États-Unis d'Amérique de l'enseignement, de la formation et de la recherche en santé publique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé¹⁴¹⁰.

Pour cela de nouveaux outils, qui puissent permettre des économies pour financer l'égalité d'accès aux soins et à la santé dans le territoire de santé publique, sont nécessaires. Ils doivent également s'inscrire dans la construction du concept de système de santé publique durable.

Section 2 : De nouveaux outils et de nouveaux services

Améliorer l'égalité d'accès aux soins ou réduire les inégalités d'accès aux soins, nécessite de pouvoir avoir des données destinées à l'action. Il existe peu d'outils en France le permettant d'une manière transparente et libre, au contraire de ce que fait par exemple le Royaume-Uni. Le National Health Service (NHS), système de santé publique du Royaume-Uni, a mis en place un « NHS atlas » permettant de visualiser sur une carte les variations injustifiées d'activités et de coûts afin d'améliorer la qualité et d'augmenter la valeur. Les variations observables indiquent la nécessité de se concentrer sur la pertinence de certains soins, et d'étudier les possibilités de sur utilisation de certaines interventions et de l'utilisation d'activités de moindre valeur. Aux États-Unis d'Amérique, le « Dartmouth Atlas Project »¹⁴¹¹ permet de mettre en évidence des inégalités d'accès à des soins efficaces et à des sous-utilisations des services de santé, qui sont aussi des sources d'économies. Cela donne des possibilités au haut responsable en santé publique pour réduire les inégalités, tout en s'attaquant aux variations non justifiées et en améliorant la qualité pour les usagers et la valeur pour le système.

Améliorer l'égalité d'accès à la santé ou réduire les inégalités d'accès à tous les déterminants de la santé, nécessite de pouvoir les visualiser pour agir. Le Haut Conseil de la Santé Publique n'a pu en 2010, réaliser l'évaluation de l'Objectif 34 (réduction des

¹⁴¹⁰ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 25, 55 et 140.

¹⁴¹¹ Disponible sur : <http://www.dartmouthatlas.org/> [consulté le 25 novembre 2011].

inégalités devant la maladie et la mort) de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, faute d'outils et de données¹⁴¹².

Ces données doivent pouvoir être disponibles en France afin de permettre la réduction des inégalités territoriales de pratiques médicales et d'organisation, et de générer des changements majeurs en montrant ces variations aux décideurs, mais aussi aux cliniciens et aux usagers. Des travaux universitaires, pour plus d'indépendance, doivent être poussés en France à l'instar du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique¹⁴¹³. Ils peuvent aussi s'appuyer sur plusieurs outils qui sont en voie de développement en France et qui pourraient être testés et mis en place au niveau national, régionale et du territoire de santé publique¹⁴¹⁴. Le partage des connaissances doit ensuite être poussé.

Un site Internet « Ministère en charge de la santé : votre santé, votre choix »¹⁴¹⁵, sur le modèle de « NHS Direct »¹⁴¹⁶ et de « NHS Choices Your health, your choices »¹⁴¹⁷ du Royaume-Uni, à partir du site « Ameli-Santé » de l'Assurance maladie¹⁴¹⁸, peut être développé. Ce site est d'accès libre, facile et gratuit, et il donne des informations sur les symptômes, les options, les traitements ou les suivis par pathologie. Des témoignages filmés sont disponibles. Cela permet au patient de pouvoir peser le pour et le contre entre traitements et qualité de vie avant la consultation médicale. Il peut faire des choix de vie et renoncer à des soins proposés par le médecin qui n'a pas forcément le temps d'en discuter. Cela contribue à l'amélioration et à l'efficacité du système de santé publique.

¹⁴¹² HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*. Collection Avis et Rapport. Haut conseil de la santé publique, 2010.

¹⁴¹³ Un groupe piloté par Antoine Flahault, directeur de l'EHESP, leur a emboîté le pas en 2011, afin de construire un Atlas français.

¹⁴¹⁴ Comme le questionnaire d'handicap social ou le score EPICES. L'élaboration d'un outil unique et efficace était testée en 2012 par Arnaud Fouchard et Pierre Chauvin de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (UMRS 707, INSERM, Université Paris 6).

¹⁴¹⁵ Un site Internet sur le modèle du site britannique « Healthtalkonline » peut aussi être développé. Ce site est destiné aux patients, à leur entourage et aux professionnels de santé. En rassemblant des entretiens de patients, des réponses avec des informations fiables fondées sur des preuves, ce site facilite une meilleure communication soignants-patients. Disponible sur : www.healthtalkonline.org [consulté le 25 juillet 2012], cité dans PRESCRIRE. *www.healthtalkonline.org : un site britannique de partage de vécus personnels de patients*. Numéro spécial « Travailler ensemble pour mieux soigner. Pourquoi ? Quand ? Comment ? ». *Prescrire* 2012 ; 32, p. 566-567.

¹⁴¹⁶ Disponible sur : <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴¹⁷ Disponible sur : <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴¹⁸ Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/> [consulté le 29 novembre 2011].

Un site Internet « Je cherche un bon soin », sur le modèle de « iWantGreatCare »¹⁴¹⁹ du Royaume-Uni, et à partir du site « Ameli-Direct » de l'Assurance maladie¹⁴²⁰, peut être développé. Ce site est d'accès libre, facile et gratuit pour tous ceux qui cherchent le meilleur soin pour eux, leur famille ou ceux dont ils s'occupent. Ce site permet de trouver un médecin ou un dentiste par nom, spécialité ou région, et de lire les commentaires et les notes d'utilisateurs. Cela permet à l'utilisateur de savoir si le médecin à une écoute attentive, combien d'utilisateurs ont confiance en lui et combien d'utilisateurs le recommandent à d'autres. Ce site permet à l'utilisateur de trouver une pharmacie ou des soins infirmiers qui puissent être en adéquation avec ses besoins. L'utilisateur peut aussi bénéficier de l'expérience d'autres utilisateurs pour la prise de traitements ayant des effets secondaires, et trouver ainsi des moyens plus tolérables d'y faire face. Il peut à son tour laisser une note sur ce site. L'utilisateur peut s'assurer d'obtenir les meilleurs soins lui correspondant le mieux. Cela favorise les économies de traitements car l'utilisateur n'est plus seulement respectueux de la décision thérapeutique du médecin, mais il peut devenir co-producteur de ses soins et de sa santé. Il peut, en dehors des urgences, grâce aux recommandations de bonnes pratiques pour des soins réputés efficaces et les témoignages des utilisateurs, se faire une idée des bénéfices et des risques du traitement, ce qui peut l'amener à décider de renoncer à des soins initialement proposés. Cela contribue à l'amélioration et à l'efficacité du système de santé publique.

Un site Internet « Soins de santé durable », sur le modèle du « Center for sustainable healthcare »¹⁴²¹ du Royaume-Uni, peut être mis en place. Ce site permet à ceux qui le consultent de réaliser que « le changement climatique est la plus grande menace pour la santé de ce siècle », et l'importance des enjeux opposants bien-être et environnement durable, particulièrement dans le domaine de la santé. Au Royaume-Uni, le système de santé publique est responsable de 25 % des émissions de dioxyde de carbone du secteur public, et 22 % des émissions de ce système de santé publique sont attribués aux consommations de traitements pharmaceutiques. Ce site participe à la réduction de ces émissions tout en promouvant des pratiques durables, en cherchant notamment à réduire les consommations non médicalement justifiées (examens,

¹⁴¹⁹ Disponible sur : <http://info.iwantgreatcare.org/> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴²⁰ Disponible sur : <http://ameli-direct.ameli.fr/> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴²¹ Disponible sur : <http://sustainablehealthcare.org.uk/> [consulté le 29 novembre 2011].

médicaments, prothèses, etc.). Le système de santé a aussi été choisi car il prend en charge des millions d'usagers, emploie des millions de personnes, et représente un fort potentiel pour toucher la population. Des programmes concernant l'engagement, le partage des connaissances et de transformation ont été mis en place. Par exemple, des conseils aux professionnels de santé et aux usagers sont donnés, avec les références scientifiques consultables, pour faire à la fois de la prévention tout en réduisant l'emprunte carbone : faire de la marche ou du vélo plutôt que se déplacer en voiture, manger moins de viande et de produits laitiers, demander un bilan énergétique pour les patients âgés atteints de pathologies bronchiques et pulmonaires, etc. Des centres de soins de santé durables (Centre for Sustainable Healthcare) permettent des travaux entre professionnels de santé publique formés, professionnels de santé, acteurs de santé, usagers et citoyens, et favorisent ce dispositif au sein du territoire de santé publique. Ces centres sont mis en place par la direction du territoire de santé publique.

Un site Internet « Bibliothèque nationale de la santé », sur le modèle de « The National Library for Health (NLH) » du Royaume-Uni¹⁴²², peut aussi être mis en place. C'est une bibliothèque et un service d'information pour tout le personnel du système de santé, étudiants, usagers, acteurs et professionnels. Elle est ouverte 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7. Cette bibliothèque rassemble toutes les références faisant autorité et les rend disponibles n'importe où et n'importe quand. Ce site permet aux utilisateurs de trouver les mêmes informations de haute qualité rapidement et facilement pour les aider à prendre les bonnes décisions. Ce site permet également un développement professionnel continu. L'Institut des données de santé¹⁴²³ et le site Internet de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP)¹⁴²⁴ de l'EHESP, pourraient évoluer en « Bibliothèque nationale de la santé ».

Pour une égalité d'accès à l'information et le développement d'une culture commune sur les mêmes bases, un site Internet « Le glossaire du 21^{ème} siècle » sur le modèle du « 21st

¹⁴²² Disponible sur : <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/resources/systserv/national> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴²³ Qui a peu évolué depuis sa création (Article L. 161-36-5 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie).

¹⁴²⁴ Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/> [consulté le 29 novembre 2011].

Century Glossary » du Royaume-Uni¹⁴²⁵, doit aussi pouvoir être accessible au haut responsable en santé publique, de même qu'aux professionnels, acteurs, usagers et citoyens.

Ces outils favorisent la réduction des inégalités d'accès à l'information (6-2 à 6-7)¹⁴²⁶, si les inégalités d'accès à Internet sont bien sûr réduites (6-1). Ces nouveaux outils sont complémentaires du développement de la démocratie sanitaire et de la citoyenneté sociale, via les CRSA et les CSPP par exemple. Pour mettre en place et développer ces outils, de nouveaux services sont nécessaires.

Au niveau national, un « Comité interministériel national sur les inégalités de santé »¹⁴²⁷, sur le modèle de la « Health Inequalities Unit » au Royaume-Uni¹⁴²⁸, doit promouvoir une coordination interministérielle de la politique de santé publique prenant en compte les déterminants de la santé. L'ARS conduit, en lien avec ce comité et avec les collectivités territoriales, les usagers et les citoyens, un programme d'expérimentations fondé sur des recherches et des preuves, comme l'avait réalisé le ministère en charge de la santé néerlandais¹⁴²⁹ au milieu des années 1980¹⁴³⁰, et

¹⁴²⁵ Sur le modèle du Royaume-Uni. Disponible sur : www.ocht-glossary.net [Consulté le 25 novembre 2011].

¹⁴²⁶ Voir le tableau ci-dessous :

6- Inégalités d'accès à l'information	
6-1	Inégalités d'accès à Internet, etc.
6-2	Information pour pouvoir choisir d'adopter des comportements favorables à la santé
6-3	Information pour pouvoir choisir le professionnel de santé, l'établissement ou le traitement le plus adapté
6-4	Information et le suivi pour avoir une bonne observance
6-5	Information la plus adaptée aux particularités socioculturelles
6-6	Information concernant l'ensemble des déterminants de la santé
6-7	Information pour bénéficier de tout cela dans le territoire de santé

Source : P.-H. BRÉCHAT, 2012.

¹⁴²⁷ C'est aussi la quinzième recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique, cité dans HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités...* (op. cit.), p.16.

¹⁴²⁸ F. BOURDILLON, et al. *Quelle politique...* (op. cit.), p. 16.

¹⁴²⁹ Un programme de développement de 12 études d'intervention a été mené. Les résultats ont été discutés avec des experts et des décideurs. Un comité consultatif du ministère a ensuite élaboré une stratégie visant à réduire les inégalités socio-économiques et augmenter l'espérance de vie sans handicap de 25 % en 2020. Cette stratégie couvre quatre points d'entrée différents pour réduire les inégalités socioéconomiques en matière de santé, contient 26 recommandations précises, et comprend 11 objectifs de politique quantitative. Des efforts de recherche et développement sont également recommandés. L'approche néerlandaise est unique car elle met l'accent sur le renforcement systématique des données factuelles pour les interventions et les politiques visant à réduire les inégalités de santé. Les chercheurs et les décideurs politiques ont été impliqués dans le processus. Les recommandations ont été plus prises en compte au niveau local que national.

¹⁴³⁰ J. P. MACKENBACH, et al. *The development...* (op. cit.).

comme le proposent François Bourdillon et al¹⁴³¹. Pour cela, le ministère en charge de la santé organise un colloque international afin de faire le point sur les travaux menés par le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède qui ont proposé des stratégies globales fondées sur des preuves pour réduire les inégalités de santé, notamment à partir d'approches novatrices dans les cinq domaines suivants : les mécanismes de pilotage de la politique ; le marché du travail et les conditions de travail ; la consommation de santé liée à un comportement ; les soins de santé ; et les approches territoriales¹⁴³². Ce colloque permet la présentation des travaux nationaux qui correspondent à ces cinq domaines. Un guide de bonnes pratiques pour des expérimentations est réalisé et diffusé aux ARS et aux directions du territoire de santé publique. Leurs travaux sont accompagnés et évalués par la Comité. Des « concours nationaux des innovations régionales et des territoires de santé publique » sont organisés pour favoriser des échanges et des améliorations. Le programme d'expérimentations fondé sur des recherches et des preuves permet de développer de nouveaux « pôles de compétitivité en santé publique », dans les domaines de l'égalité d'accès aux soins et à la santé ou sur la santé environnement par exemple. Les travaux de la Commission européenne sont utilisés, comme la communication d'octobre 2009 sur les politiques de réduction des inégalités¹⁴³³.

Un « service national des connaissances », sur le modèle du « National Knowledge Service »¹⁴³⁴ du NHS du Royaume-Uni est indispensable. Il est en charge du développement de la « comparative effectiveness research » comme aux États-Unis d'Amérique¹⁴³⁵. Il participe à la surveillance continue de l'état de santé de la population. Il est notamment en charge d'un Atlas sur le modèle du « NHS atlas » et du « Dartmouth Atlas Project ». Il permet l'obtention de données pour tous les déterminants de la santé¹⁴³⁶. Ce service fait des liens avec les autres dispositifs et les organismes producteurs de données¹⁴³⁷. Il est également en charge de la

¹⁴³¹ F. BOURDILLON, et al. *Quelle politique...* (*op. cit.*), p. 20-21.

¹⁴³² J. P. MACKENBACH, et al. *Tackling...* (*op. cit.*).

¹⁴³³ COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES. *Solidarité...* (*op. cit.*).

¹⁴³⁴ Disponible sur : <http://www.ocht.net/products/better-value-healthcare-programme/> [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴³⁵ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (*op. cit.*), p. 134-135.

¹⁴³⁶ Outil issu notamment des travaux menés à la fois par Antoine Flahault mais aussi par Pierre Chauvin.

¹⁴³⁷ Comme l'Institut des Données de Santé (IDS). Disponible sur : <http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/> [consulté le 12 décembre 2011].

« Bibliothèque nationale de la santé ». Il participe à l'élaboration des priorités du système de santé publique. Ce service alimente des correspondants « des connaissances » dans les établissements de santé, qui les relaient en organisant des débats. Ces correspondants font remonter des demandes et des questionnements au « service national des connaissances ». Ce circuit favorise notamment le partage et le développement d'une culture commune. Ce service peut être attaché au département des politiques de santé du Pres Sorbonne Paris Cité et à l'« hôpital universitaire de santé publique » de l'Hôtel-Dieu à Paris ¹⁴³⁸.

Un « service national de l'innovation pour un meilleur système de santé publique », sur le modèle du « Better Value Healthcare Programme » d'Oxford au Royaume-Uni, est également indispensable. Ce « laboratoire de recherches & développements en santé publique » a pour mission d'aider au développement des connaissances et des compétences pour permettre au haut responsable en santé publique, mais aussi aux professionnels et aux usagers, de prendre les bonnes décisions afin d'accroître la valeur du système de santé. La valeur est l'une des priorités des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle ¹⁴³⁹. Ce « service national de l'innovation pour un meilleur système de santé publique » participe à la mise en place des sites Internet « Je cherche un bon soin » et « Soins de santé durable » ¹⁴⁴⁰. Il repère ¹⁴⁴¹ et soutient, impulse, propose ou met en œuvre des innovations suite à des recherches visant à améliorer le système de santé publique. Ces recherches peuvent concerner les dispositifs (CSPP ou le centre de soins de santé durable ¹⁴⁴²), les interventions de santé publique ¹⁴⁴³, comme celles de planification de la santé (programme national et programmes d'actions régionales et territoriales de santé publique), les organisations (réseau de services de santé et de services sociaux, management care organization, health maintenance

¹⁴³⁸ J.-L. POURRIAT. L'Hôtel-Dieu est un hôpital universitaire de santé publique... avant tout ! *Le Monde* [en ligne]. 28 décembre 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/12/28/l-hotel-dieu-est-un-hopital-universitaire-de-sante-publique-avant-tout_1458018_3232.html

¹⁴³⁹ J.-A. M. GRAY. *How To Get Better Value...* (op. cit.), p. 1-136, et J.-A. M. GRAY. *La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI^{ème} siècle*. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011.

¹⁴⁴⁰ L'Assurance maladie dans son site disponible sur : <http://www.ameli.fr/> [consulté le 29 novembre 2011] a pu commencer ce développement.

¹⁴⁴¹ Comme celles de la CPAM de la Sarthe où un certain nombre d'initiatives locales : Plate-forme téléphonique, délégués de l'Assurance maladie, concept santé active.

¹⁴⁴² Disponible sur : www.sustainablehealthcare.org.uk [consulté le 29 novembre 2011]

¹⁴⁴³ C. BLUM-BOISGARD, et alii. *Quelles conditions...* (op. cit.), p. 569-582.

organization¹⁴⁴⁴), les allocations de ressources (modèle d'handicap social, contractualisation simplifiée), les actions de démocratie sanitaire (priorités de santé des citoyens) et de politique de santé¹⁴⁴⁵ (MIGAC pour que la prise en charge globale des usagers hospitalisés continue de pouvoir être réalisée suite à la mise en place de la T2A¹⁴⁴⁶). Il participe au développement des coopérations entre professionnels de santé, des recommandations de bonnes pratiques, ainsi que des protocoles de fonctionnement entre les composantes des unités territoriales de santé publique. Il assure l'évaluation et le suivi d'expérimentations¹⁴⁴⁷ menées avec les ARS et les directions des territoires de santé publique, comme les pôles de compétitivité en santé publique, mais aussi l'Assurance maladie (ASAC, sophia, etc.). Il impulse et participe à un programme d'expérimentations fondé sur des recherches et des preuves pour réduire les inégalités de santé impulsé par le Comité interministériel national sur les inégalités de santé. Il anime des réunions nationales de « promoteurs d'innovations territoriales » pour favoriser des échanges et des améliorations. Ce service réalise tous les deux ans un « concours national des innovations régionales et territoriales de santé publique » pour permettre aux professionnels de santé, acteurs de santé, usagers et citoyens des territoires de santé publique et des régions de présenter leurs travaux. Ces remontées d'expériences et d'expérimentations ont déjà été organisées, comme celle pour le déterminant de la santé activités physiques et sportives et la prévention des conduites dopantes¹⁴⁴⁸. Cela a favorisé des innovations, comme la Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS)¹⁴⁴⁹. Ce concours permet de décerner un prix « recherches, développements & innovation » ainsi qu'un financement pour les trois

¹⁴⁴⁴ D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (op. cit.), p. 55-60, et V. RODWIN. *La révolution...* (op. cit.). In : P.-L. BRAS, et alii. *Traité...* (op. cit.), p. 215-223.

¹⁴⁴⁵ A. BÉRARD, et al. *Pour un cadre...* (op. cit.), p. 50-51.

¹⁴⁴⁶ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Etude de l'ATIH...* (op. cit.), p. 269-274.

¹⁴⁴⁷ Cela rejoint la huitième proposition de Martin Hirsch : « La réforme par expérimentation. Le mode d'élaboration des politiques sociales est facteur de coûts. Combien de réformes ont été a posteriori épinglées par la Cour des comptes pour avoir des coûts démesurés et des effets incertains ? Il est toujours difficile de remettre en cause ce qui a été créé : résultat, les dispositifs s'empilent et l'efficacité s'amenuise. Les gouvernements devraient s'imposer, sous le contrôle du Parlement, d'initier des réformes par des expérimentations permettant de mesurer le rapport entre le coût et l'efficacité de mesures nouvelles et de pouvoir remettre en cause des mesures anciennes, parfois obsolètes. Une grande entreprise ne survivrait pas longtemps sans un département de recherche et développement capable de tester ses innovations avant de les introduire sur le marché. C'est pourtant ce qui manque aux politiques sociales où seul existe le contrôle a posteriori, qui intervient pour évaluer une réforme déjà plusieurs fois réformée », cité dans M. HIRSCH. *Gare...* (op. cit.).

¹⁴⁴⁸ B. COTARD, P.-H. BRÉCHAT, A. JOURDAIN, G. EINSARGUEIX. *La santé par le sport : une réalité de terrain. Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 47, [réf. du 29 décembre 2011], p. 9-15. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹⁴⁴⁹ J. LONSDORFER, et al (dir). *Consultation...* (op. cit.).

premiers afin de leur permettre de poursuivre les travaux (un à deux doctorants pendant 3 ans : 150 000 à 300 000 euros pour chacun). Ce prix peut être remis par le ministre en charge de la santé ou par le président du « Comité interministériel national sur les inégalités de santé ». Un site Internet « banque des expérimentations et des innovations, réussies ou non » est créé. Ce service peut être attaché au département des politiques de santé du Pres Sorbonne Paris Cité et à l'« hôpital universitaire de santé publique » de l'Hôtel-Dieu à Paris¹⁴⁵⁰. Il est en lien étroit avec le « Comité interministériel national sur les inégalités de santé », le « Service national des connaissances », le centre Cochrane Français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu (APHP)¹⁴⁵¹, l'EHESP et les EIRHESP et ERHESP.

Un lieu où la connaissance est rendue accessible à la fois aux hauts responsables en santé publique tout en favorisant le débat scientifique, mais également aux usagers et aux citoyens tout en développant le débat de société, comme le département des politiques de santé du Pres Sorbonne Paris Cité, est à développer. Les doyens de facultés de médecine, les directeurs des établissements de santé, les présidents des Commissions Médicales d'Établissements (CME), les élus et les participants aux séminaires « prospective santé 2020 », y sont invités.

L'« Hôpital universitaire de santé publique » à mettre en place peut devenir un Veterans Health Administration (VHA) français qui, comme aux États-Unis d'Amérique, est un véritable laboratoire de médecine intégrée¹⁴⁵².

¹⁴⁵⁰ J.-L. POURRIAT. L'Hôtel-Dieu... (*op. cit.*).

¹⁴⁵¹ Le Département des Politiques de Santé du Pres Sorbonne Paris Cité bénéficie de l'expérience de la démarche conduite en commun, depuis leur création, par l'Institut Droit et Santé (IDS) de l'Université Paris 5 (Paris Descartes), la Chaire Santé de Sciences Po et l'EHESP. En quelques années, ces trois structures ont développé des activités partagées : recherches, participations croisées à des formations, colloques, séminaires, missions internationales. Elles ont organisé un pilotage unifié de leurs programmes et stratégies dans le cadre du rapprochement entre l'Université Paris 5 (Paris Descartes), Sciences Po et l'EHESP, et se sont associées avec le Laboratoire Interdisciplinaire de Recherches Appliquées en Economie de la Santé (LIRAES) de l'Université Paris 5 (Paris Descartes). Ce département constitue un pôle de référence pour l'analyse des problématiques et politiques de santé publique, de protection sociale contre la maladie, d'action médico-sociale et d'organisation des systèmes de santé. Il est organisé en un pôle de ressources pluridisciplinaires sur les questions de santé et développe une démarche prospective dans le champ de la santé. Depuis novembre 2011, il organise notamment des séminaires « prospectives santé 2020 » pour les hauts responsables de la santé publique.

¹⁴⁵² D. TABUTEAU, et al. *À la santé...* (*op. cit.*), p. 58.

Le ministère en charge de la santé créé des décorations comme les « Public Health Service Meritorious Service Medal » et la « Public Health Service Distinguished Service Medal » des États-Unis d'Amérique¹⁴⁵³.

Le développement de recherches et d'enseignements au plus près du terrain et des besoins de santé pour prendre en compte les particularités du territoire de santé publique et adapter les actions est également indispensable. Les EIRHESP ou les ERHESP sont développées [Annexe 2, TITRE II, CHAPITRE II]. De telles possibilités existent presque, comme l'Institut Inter-Régional de Santé Publique (RéSaP-Grand Est) comprenant des masters de santé publique et une école doctorale en santé publique. Rappelons, qu'au Canada et en Allemagne, un tel dispositif a été récemment créé après des crises sanitaires. Comme au Canada, ces EIRHESP ou ERHESP doivent pouvoir bénéficier de la possibilité de regrouper les unités de recherches et d'enseignements en santé publique disséminés dans les services hospitaliers, les Universités, l'INSERM, le CNRS, etc.¹⁴⁵⁴. Ces EIRHESP ou ERHESP sont coordonnées par l'EHESP. L'EN3S¹⁴⁵⁵ est intégrée à l'EHESP pour la formation des médecins conseils ou des administratifs de l'Assurance maladie qui vont travailler en ARS, et des partenariats plus étroits sont développés avec l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Les professionnels de santé publique doivent bénéficier d'une formation interdisciplinaire et décloisonnée, surtout s'ils sont amenés à travailler ensemble au sein de l'administration de la santé, comme dans l'ARS. L'objectif général est d'arriver à partager la même culture¹⁴⁵⁶ pour engager les changements indispensables. Des enseignements et des formations en santé publique sont nécessaires pour cela.

Le développement de recherches en droit sur l'accès aux soins et à la santé est à renforcer. Cela permet d'affiner le recueil des jugements les concernant¹⁴⁵⁷. Peu de jugements ont été

¹⁴⁵³ Disponible sur : [http://en.wikipedia.org/wiki/Public_Service_Medal_\(NASA\)#National_Institutes_of_Health](http://en.wikipedia.org/wiki/Public_Service_Medal_(NASA)#National_Institutes_of_Health) [consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴⁵⁴ S. STACHENKO. La santé... (*communication cit.*).

¹⁴⁵⁵ Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89cole_nationale_sup%C3%A9rieure_de_s%C3%A9curit%C3%A9_sociale [consulté le 27 juin 2011].

¹⁴⁵⁶ Disponible sur : <http://www.ocht-glossary.net/culture-and-leadership> [Consulté le 29 novembre 2011].

¹⁴⁵⁷ Il y a actuellement peu de travaux sur cette question. Les travaux de recherche sur la judiciarisation de la santé commencent en France et concernent les requêtes, les décisions et les condamnations des années allant de 1999 à 2009, cité dans A. LAUDE, J. PARIENTE, D.

retrouvés, comme celui du 17 décembre 2010 rendu par le TASS qui a estimé que le droit de la santé publique à Mayotte est contraire à la convention internationale des droits de l'enfant du 26 janvier 1990¹⁴⁵⁸. Le développement de recherches en histoire sur la construction d'un marché des soins privé séparé du public peut aussi être utile. Il n'existe actuellement pas de travaux sur cette question¹⁴⁵⁹.

Il est déterminant de prendre en compte toutes ces propositions pour pouvoir réduire l'ensemble des vingt et une inégalités mises à jour dans la première partie de ces travaux et refaire société.

TABUTEAU. *La judiciarisation de la santé*. Amsterdam : Wolters-Kluwer, 2012 : sous presse. Des travaux nationaux et internationaux pourraient être développés. En effet, à la suite de l'arrêt du *Bundesverfassungsgericht* du 6 décembre 2005, le Tribunal fédéral suisse, a émis un arrêt le 23 novembre 2010 (ATF 136 V 395), concernant, pour la première fois, la problématique du rationnement des soins, cité dans O. GUILLOD, D. SPRUMONT (dir). *Rapports entre médecins et autorités : indépendance ou collaboration ?* 18^e Journée de droit de la santé. 30 septembre 2011. Institut de droit de la santé. Université de Neuchâtel. Bern : Editions Weblaw, 2011, p. 5-58.

¹⁴⁵⁸ J. BAILLOT. *Problèmes... (op. cit.)*, p. 51.

¹⁴⁵⁹ Selon Patrick Zylberman, professeur et titulaire de la chaire « histoire de la santé » de l'EHESP, lors du colloque « La médecine, l'hôpital et la naissance d'un marché des soins en France aux XIX^e-XX^e siècles », du lundi 28 novembre 2011, à Sciences Po, à Paris.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Des propositions, dont des innovations, sont faites pour mettre en œuvre une politique de santé publique en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé et de l'amélioration de l'état de santé de la population au niveau infra-régional. Ces propositions prennent en compte l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Elles permettent la mise en œuvre d'un système de santé public (public utilities) organisateur de réseaux (network), de parcours de soins et de santé (pathway), à performance et plus-value plus importantes en fonction de la ressource investie (value).

Parmi ces propositions, le niveau infra-régional est conceptualisé en territoire de santé publique. Le territoire de santé publique prend en compte toutes les données concernant les besoins de santé de la population, au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, ainsi que les particularités temporelles, spatiales et géographiques, historiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles, socio-économiques ou écologiques.

Le territoire de santé publique est un espace socialement construit par des travaux interdisciplinaires ainsi que par la concertation, ce qui favorise la conception du territoire de santé publique adapté aux besoins de santé de la population, et permet de proposer des solutions appropriées pour y répondre. Le territoire de santé publique favorise la cohérence des actions entreprises et des financements, ainsi que l'efficacité des partenariats entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. Cet espace favorise la démocratie sanitaire et la structuration des conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'une population, ainsi que leur information en retour.

Une région peut avoir trois types de territoires de santé publique qui délimitent des besoins de santé de populations : par une zone géographique particulière ; par un découpage administratif ; selon un nombre d'habitants. Le territoire de santé publique intègre les divisions territoriales précédentes issues de l'ARS, de la réforme des collectivités territoriales ou de la politique de la ville.

Le territoire de santé publique est un espace irrigué par le droit, garant des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, et du service public. C'est le socle de l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout, de la continuité temporelle et spatiale de la santé publique, ainsi que de la continuité des soins et de la continuité de la santé.

Trois exemples de lois complémentaires sont proposés : une loi sur la santé publique qui donne comme direction au système de santé l'égalité d'accès aux soins et à la santé et l'amélioration de l'état de santé de la population pour tous et partout, et ce à partir d'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants ; une loi sur les services de santé et les services sociaux qui permet d'organiser les services de santé et les services sociaux de l'unité territoriale de santé publique du territoire de santé publique, qui sont composés : d'établissements (CSPP, centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres de réadaptation) ; et de réseaux de services de santé et de services sociaux. Ces derniers intègrent les précédents réseaux et proposent un parcours de prévention ; une loi sur l'assurance maladie qui permet aux financements de suivre la santé publique. Afin de desserrer l'étau qui pèse sur la prise en charge globale des soins et de la santé des patients complexes, le CSSP et la « social-isation » des GHS sont développés, ainsi que la répartition par péréquation pour favoriser une politique de santé publique adaptée aux besoins de santé de la population par territoire de santé publique. La prise en charge globale des soins et de la santé est à l'usage de tous, et l'un des effets indésirables de la « primauté de l'acte technique sur une approche globale des personnes » est corrigé¹⁴⁶⁰. Le financement de la PASS et le financement du PRAPS sont rendus transparents, indépendants et bénéficient d'un pilotage et d'un suivi au niveau national, régional et du territoire de santé publique. Ces filets de sécurité de l'égalité d'accès aux soins et à la santé sont sécurisés et peuvent être intégrés au CSPP comme le sont les dispositifs du secteur ambulatoire, pour davantage d'efficacité et de mixité sociale. Des indicateurs sont proposés au sein du cadre général de la politique de santé publique, et des exemples montrent qu'un ancrage en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé est possible.

Une organisation du territoire de santé publique est ainsi mise en place par la direction du territoire de santé publique à partir de l'unité territoriale de santé publique. Les services de santé et les services sociaux de l'unité territoriale de santé publique sont fournis par un continuum de CSPP, de centres hospitaliers, de centres d'hébergement et de soins de longue durée, et de centres de réadaptation. Ces services sont organisés au sein du réseau de services de santé et de services sociaux où les coopérations entre professionnels de santé et les recommandations de bonnes pratiques sont développées. L'intégration des soins de premier et de second recours dans un système où le parcours de soins et de santé est rationalisé permet d'utiliser efficacement les ressources (value). Les données et les priorités sont débattues avec l'union régionale des professionnels de santé et les participants de la CRSA ou du « parlement sanitaire »¹⁴⁶¹, qui participent à l'élaboration et au suivi des programmes régionaux et territoriaux de santé publique. La continuité entre le sanitaire, le médico-social et le social est reconstruite. Le continuum et les déterminants de la santé sont investis, et des actions et des dispositifs qui n'existent pas là où il y a des besoins non couverts sont construits ou contractualisés après mise en concurrence de tous les partenaires, grâce à des contrats simplifiés. L'ONDAM et l'ORDAM bénéficient d'enveloppes par domaine du continuum. L'enveloppe pour la prévention bénéficie année après année d'un transfert de financements venant du système de soins à hauteur de 10 % en cinq ans, de même que l'enveloppe par déterminants de la santé autres que le système de soins et les comportements favorables à la santé. Ces enveloppes sont réparties par péréquation entre les territoires de santé publique.

L'ARS de deuxième génération et la direction du territoire de santé publique, « plus démocratiques que libérales » ont les moyens pour devenir l'organisateur d'une politique de santé publique infra-régionale, tout en adaptant les offres aux besoins, y compris pour la PASS et le PRAPS. Elles favorisent les économies (anti-gaspi) et elles réduisent les préjudices pour l'utilisateur. Le développement des enseignements, des formations et des recherches en santé publique est favorisé par le développement des EIRHESP ou des ERHESP, ainsi que par le pôle de compétitivité en santé publique. De nouveaux outils et

¹⁴⁶⁰ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général...* (op. cit.), p. 164.

¹⁴⁶¹ D. TABUTEAU. *Loi HPST...* (op. cit.), p. 80.

de nouveaux services nationaux sont mis en place pour le haut responsable en santé publique, mais aussi pour les professionnels, les acteurs, l'utilisateur et le citoyen.

L'ARS de deuxième génération et la direction du territoire de santé publique ont les moyens de réduire les inégalités de santé et de « refaire société »¹⁴⁶² pour participer au renforcement de la cohésion nationale¹⁴⁶³.

C'est l'ensemble des propositions qui peut redonner la priorité, au sein du territoire de santé publique, à la partie « démocratique » par rapport à la partie « libérale » du modèle « État libéral démocratique ». Ces propositions concernent des actions, des systèmes, des scénarios et des politiques ayant à la fois pour fondement les déterminants de la santé et les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, ainsi que le service public. Ces propositions favorisent la démocratie sanitaire, la citoyenneté sociale ainsi que le développement d'une culture en santé publique, permettant l'ancrage de débats électoraux et la construction d'une tradition politique dans le champ de la santé publique. L'ensemble de ces propositions doit permettre de remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, comme la réduction des inégalités.

¹⁴⁶² O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon... (*op. cit.*), p. 20.

¹⁴⁶³ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité...* (*op. cit.*), p. X.

Conclusion

Les inégalités d'accès aux soins et les inégalités d'accès à la santé s'accroissent. Pourtant, dès 1998, le Haut Comité de la Santé Publique alertait sur la progression de la précarité et ses effets sur la santé qui concernait alors près de 25 % de la population totale, et signalait un bouleversement de la société française qui creusait les inégalités sociales et menaçait à terme la cohésion nationale¹⁴⁶⁴.

L'accès aux soins, qui est important pour éviter l'aggravation des inégalités sociales face à la santé même si l'on considère qu'une faible part des variations de l'état de santé est liée aux soins médicaux¹⁴⁶⁵, a été considérablement réduit. Cette réduction est multiple. La loi HPST de 2009 a remplacé le service public hospitalier par des missions de service public qui n'avaient toujours pas été mises en œuvre en 2012. Ainsi, l'une des trois fonctions publiques est atteinte¹⁴⁶⁶. L'établissement de santé privé et l'ESPIC mais surtout l'établissement de santé public tendent à être sans service public ni mission de service public. C'est une étape symbolique du rejet de la dynamique de service public dans le domaine sanitaire lancé depuis les années quatre-vingt dix¹⁴⁶⁷. De plus, la prise en charge globale des soins n'y est non seulement pas suffisamment prise en compte par la T2A, mais elle tend à être aussi exclue du reste du continuum : prévention, secteur ambulatoire et secteur médico-social et social. La prise en charge globale des soins n'est plus à l'usage de tous. Cela a pu contribuer à la construction d'un service hospitalier qui ne soit plus public, car tendant à exclure les usagers « complexes », comme les patients précaires, les personnes âgées ou les patients atteints de pathologies chroniques, ainsi que les activités ou les services dont ces usagers ont particulièrement besoin : gériatrie, psychiatrie, médecine interne, PASS, etc. La recherche d'efficacité de l'établissement de santé a pu se faire au

¹⁴⁶⁴ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité...* (op. cit.), p. X.

¹⁴⁶⁵ P. LOMBRAIL. *Accès aux soins...* (op. cit.), p. 403.

¹⁴⁶⁶ Les 3 fonctions publiques : État, territoriale et hospitalière, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit...* (op. cit.), p. 92.

¹⁴⁶⁷ D. CRISTOL. *La concurrence...* (op. cit.), p. 499-511.

détriment de l'accès aux soins des patients complexes et de la performance du dispositif de santé.

D'autres filets de sécurité que le service public hospitalier pour l'accès aux soins et à la santé que sont la CMU, la PASS ou le PRAPS n'ont pas été renforcés. De plus, les PASS spécialisées qui ont été malgré tout développées en même temps qu'un dispositif géré par les associations ou les organisations non gouvernementales sont porteurs d'un risque de stigmatisation et de remplacement du service public et du continuum pour les patients complexes.

Les ménages les plus modestes qui se paupérisent, ceux des travailleurs pauvres ou de la classe moyenne, s'imposent des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux en raison de leur coût, soit 8 millions de personnes ou 13 % des Français en 2010, contre seulement 3 % il y a 30 ans¹⁴⁶⁸. Si le taux de remboursement global pour les soins et les biens médicaux était de 82 % en 2009 pour les dépenses présentées au remboursement, il ne dépassait vraisemblablement pas les 50 % pour les soins courants en 2012 hors Affections de Longue Durée (ALD) et hospitalisations, et il était encore bien moindre pour les soins dentaires et les traitements ophtalmologiques comme les lunettes. La protection complémentaire tend à devenir le pivot de la prise en charge des dépenses de santé sauf pour 4 millions de français qui, souvent dans les catégories sociales dont les revenus dépassent de peu le seuil fixé pour l'accès à la CMU, ne peuvent y accéder malgré l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire.

De plus, les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux, les réseaux sont en pointillés, et la prévention n'est pas pour tous alors que les inégalités d'accès à l'information augmentent.

Si l'on considère les autres déterminants de la santé que l'accès aux soins, comme le travail, le logement, l'alimentation ou l'éducation, c'est l'accès à la santé qui a été aussi réduit de façon multiple.

Ces inégalités d'accès aux soins et à la santé n'ont été réduites ni par la loi HPST, ni par la RGPP, ni par la réforme des collectivités territoriales ou la politique de la ville. Le sanitaire, le médico-social et le social ont été cloisonnés au sein de ce qui devait

¹⁴⁶⁸ R. BIGOT. *L'opinion...*(*op. cit.*), p. 4.

être un continuum selon la loi HPST, amoindrissant les possibilités de la continuité¹⁴⁶⁹ des soins et de la santé. La complexité du pilotage, l'absence de « garde-fous suffisants pour pallier les inégalités d'un territoire à l'autre »¹⁴⁷⁰ et la démultiplication des lieux de concertation et de consultation¹⁴⁷¹ compliquent les possibilités de réponses adaptées aux besoins de santé et qui soient complémentaires entre l'État (ARS et préfecture), l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. De même que la multiplication des zonages sans concertation entre l'ARS, l'Assurance maladie, les préfectures ou les collectivités territoriales¹⁴⁷², sorte de « course aux armements du temps de la guerre froide », mais également le maintien d'une dichotomie État-Assurance maladie, la réduction du nombre et des possibilités d'actions données aux professionnels de santé publique fonctionnaires de l'État ou la réduction de la démocratie sanitaire et de la citoyenneté sociale¹⁴⁷³.

De plus, l'ARS de première génération ne peut pas réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé. En effet, elle s'est désengagée du territoire infra-régional : le nombre de territoire de santé a été réduit de 32,1 % par les ARS par rapport à celui des précédentes ARH¹⁴⁷⁴ ; la moyenne de la population par territoire de santé est passée de 374 000 habitants à 605 000 habitants. Ce désengagement est porteur du risque que l'État et l'Assurance maladie se coupent du territoire infra-régional et perdent ainsi des possibilités de réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé qui s'accroissent, car étant « loin des yeux, loin du cœur ». Cela va à l'opposé du Canada (province du Québec) ou de l'Espagne (région de Catalogne) qui ont procédé à une réforme territoriale de leur système de santé. C'est la prise en compte des besoins de santé de la population en tenant compte de tous les déterminants de la santé ainsi que des spécificités infra-régionales tant temporelles que spatiales, qui, par des offres du continuum et des actions adaptées aux

¹⁴⁶⁹ Qui est le principe essentiel du service public, cité dans G. J. GUGLIELMI, et al. *Droit... (op. cit.)*, p. 600.

¹⁴⁷⁰ M. BORGETTO. Les enjeux... (*op. cit.*), p. 6.

¹⁴⁷¹ A. VINSONNEAU. La régulation... (*op. cit.*), p. 41.

¹⁴⁷² Comme les territoires de santé ; les 6 types de zones destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé à partir des zones d'emploi de l'INSEE ; les bassins de vie de l'INSEE de l'intercommunalité ; les territoires infra-urbains de la politique de la ville : Zones Urbaines Sensibles (ZUS), Zones de Redynamisation Urbaine (ZRU) et les Zones Franches Urbaines (ZFU).

¹⁴⁷³ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon... (*op. cit.*), p 18.

¹⁴⁷⁴ Il y avait 159 territoires de santé entre 2004 et 2009. Entre 2009 et 2012, les ARS ont diminué le nombre de territoires de santé de 51 pour arriver à un total de 108 territoires de santé, cité dans B. BASSET. *Les projets régionaux ... (communication. cit.)*.

besoins par déterminant de la santé, est la plus porteuse de réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé et d'amélioration de l'état de santé. Pour cela, la planification de la santé doit être mise en œuvre au maximum de ses possibilités, ce qui n'est actuellement pas le cas en France. En effet, il y a une planification de la santé « à minima » qui privilégie la contractualisation à la prise en compte des déterminants de la santé, de la concertation, et de l'adaptation des offres aux besoins de santé.

Le territoire de santé est le symbole de l'aggravation des inégalités d'accès aux soins et à la santé. Il est également le symbole de la remise en cause du service public et des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, ainsi que de l'Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint du comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Le service public¹⁴⁷⁵ est en train de disparaître du continuum et de l'ensemble des déterminants de la santé. Pourtant, les services sociaux (protection sociale, hôpitaux publics, logement), les services publics économiques (transports, travail) et les services publics socioculturels (éducation, culture, environnement) sont des déterminants de la santé au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies. Les principes d'égalité et de solidarité sont remis en cause. L'accès aux soins et à la santé qui est devenu particulièrement difficile pour les patients complexes, leur fait courir un risque de rejet. Le principe de fraternité est remis en cause car un système de santé qui rejette l'Autre participe à la construction d'une démocratie sans fraternité¹⁴⁷⁶, ce que vient renforcer l'augmentation des inégalités intergénérationnelles en santé. Le territoire de santé n'est pas le territoire pertinent car il n'est pas suffisamment irrigué par le droit¹⁴⁷⁷. Comme il est peu transformé par la concertation interdisciplinaire, il n'est pas non plus le plus efficace pour améliorer partout l'état de santé de toute la population. Le territoire de santé n'est pas le porteur d'un système ni d'une politique de santé publique, et la santé publique n'y est pas suivie par les

¹⁴⁷⁵ Au sens où ces prestations sont des services sociaux, mais aussi les services publics anciens, les services publics économiques ainsi que les services publics socioculturels, cité dans J. CHEVALLIER. *Le service...*(*op. cit.*), p. 61-66.

¹⁴⁷⁶ M. BORGETTO. *La notion de...*(*op. cit.*), p. 594-619.

¹⁴⁷⁷ J. MOREAU. *Esquisse...*(*op. cit.*), p. 16.

financements¹⁴⁷⁸. Le territoire de santé est le signe d'une nouvelle « défaite de la santé publique »¹⁴⁷⁹.

Malgré les crises économiques et financières actuelles qui se profilent sur le moyen voire le long terme et qui augmentent la précarisation de la société, malgré les alertes, il y a une déconstruction¹⁴⁸⁰ et une « inquiétante dilution des services publics » de santé et de l'Assurance maladie¹⁴⁸¹, alors que la dépense de santé en France est l'une des plus élevées du monde¹⁴⁸². La partie « libérale » du modèle « État libéral démocratique » tend à l'emporter sur la partie « démocratique », posant la question de la gestion privée de l'administration de la santé et de la privatisation du dispositif des soins et de la santé. Ces éléments sont autant de symptômes d'un affaiblissement de l'État « démocratique » par une série d'obstructions et de rejets, qui visent à anesthésier ses défenses immunitaires. C'est un affaiblissement sans précédent par sa rapidité, son ampleur et son polymorphisme, qui touche l'ensemble du continuum et des déterminants de la santé. Cette destruction atteint le soin et la santé comme service public, en transformant les prestations de services ou les biens au public en une activité libérale privée. Cette transformation agit particulièrement au détriment des patients complexes qui ne disposent pas forcément des moyens financiers adéquats. La continuité des soins et de la santé pour tous et partout ainsi que le droit des malades tendent à être sacrifiés au seul profit de l'augmentation de la consommation de certains soins pour ceux qui peuvent se les offrir. Les besoins de base comme la santé, le logement ou l'éducation ne sont plus garantis. Notre société tend à ne plus être juste¹⁴⁸³.

¹⁴⁷⁸ D. TABUTEAU. *Le Parlement et la santé*. Communication orale. Les Tribune de la santé. Chaire Santé de Sciences Po. Paris, le 16 décembre 2011.

¹⁴⁷⁹ Issu du titre de l'ouvrage d'Aquilino Morelle sur « l'affaire du sang contaminé » de 1991, premier signe de la faillite du système français de santé publique. A. MORELLE. *La défaite de la santé publique*. Paris : Editions Flammarion, 1996.

¹⁴⁸⁰ D. CASTIEL. La déconstruction... (*op. cit.*), p. 44-46.

¹⁴⁸¹ D. TABUTEAU. Santé et assurance... (*op. cit.*), p. 1277.

¹⁴⁸² L'évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB est globalement stable depuis 2004. Elle représente 11,8 % du PIB, soit environ 225 milliards d'euros. Cela place la France en troisième position des pays qui consacre le plus de dépenses au secteur de la santé après les États-Unis d'Amérique (17,4 %) et les Pays-Bas (12,0 %), loin devant la moyenne de l'OCDE (9,6 %). La dépense moyenne par habitant est d'environ 3 200 euros par an. « La France se détache rarement, par ses résultats, des autres pays à situation épidémiologique et démographique comparable, qui consacrent pourtant moins de dépenses à leur système de santé [...]. Le niveau de la dépense de santé n'est pas un gage de la qualité des soins dispensés, ni de l'état de santé de la population », cité dans V. LIDSKY, et alii. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM... (*op. cit.*), p. 2.

¹⁴⁸³ P. ROSANVALLON. *La société des égaux*... (*op. cit.*), p. 16-17.

Cela n'est pas anodin à l'échelle de la vie d'une société démocratique. L'augmentation des inégalités ainsi que la remise en cause du service public et des principes fondamentaux représentent des risques supplémentaires qui peuvent contribuer à la dislocation sociale¹⁴⁸⁴, et à la désintégration de notre société démocratique. La cohésion nationale est en danger. Il y a urgence pour des propositions novatrices, concrètes et structurées, qui arment un service public « de santé »¹⁴⁸⁵ où l'égalité et la solidarité sont réintégrées à la fraternité. En effet, c'est le service public qui est le mieux capable de préserver et de garantir les intérêts des administrés tout en œuvrant pour la réduction des inégalités sociales, et c'est la gestion publique qui est socialement la plus efficace : également accessible et fonctionnant au meilleur coût possible¹⁴⁸⁶. Il est aussi indispensable que ces propositions participent à la reconstruction de l'idée d'égalité et de l'idée démocratique¹⁴⁸⁷.

Le dispositif de santé actuel doit devenir un service public dont le but n'est plus de consommer des soins, mais de produire des soins ambulatoires et hospitaliers démocratiques¹⁴⁸⁸ ainsi que de la santé démocratique tout en « refaisant société »^{1489,1490}. Ce service public est un système (system)¹⁴⁹¹ organisateur de réseaux (network), de parcours de soins et de santé (pathway), à performance¹⁴⁹² et plus-value plus importantes pour satisfaire les besoins du public en fonction de la

¹⁴⁸⁴ M. HIRSCH. Gare à la dislocation sociale...(*op. cit.*), p. 22.

¹⁴⁸⁵ Issu du titre du Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, à Paris le 27 juin 2012 : « Service public de santé en 2012 ».

¹⁴⁸⁶ J. Chevallier. *Le service public*. Neuvième édition. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p. 41.

¹⁴⁸⁷ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon...(*op. cit.*), p 20.

¹⁴⁸⁸ Qui appartient, est accessible à toutes les classes de la société, est conforme à la volonté du peuple.

¹⁴⁸⁹ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon...(*op. cit.*), p. 20.

¹⁴⁹⁰ Il y a une évolution si l'on considère les travaux de R.-G. EVANS, et al. *Producing...*(*op. cit.*), cité dans R. SOUBIE. *Santé 2010...*(*op. cit.*), p. 137.

¹⁴⁹¹ Un système de santé fonctionne en réseau interconnecté en permanence (network) avec les usagers, les citoyens et les professionnels de santé. Des connaissances partagées sont produites en continu en prenant en compte les données scientifiques, les innovations, les données économiques, politiques, environnementales et celles des médias. Il va faire le meilleur usage des ressources et améliorer la valeur. Il va promouvoir la formation du personnel, les enseignements et les recherches en santé publique. Un rapport sera réalisé tous les ans pour la population desservie, cité dans J.-A. M. GRAY. *Quel système de santé dans 10 ans...*(*communication cit.*).

¹⁴⁹² Pour l'OMS, la performance des systèmes de santé correspond à leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles. Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la qualité et l'équité, cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000...*(*op. cit.*), p. xi.

ressource investie (value). Il intègre l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, la résolution du 8 mars 2011 du parlement européen sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, les théories de la justice de John Rawls¹⁴⁹³ et d'Amartya Sen¹⁴⁹⁴, ainsi que les principes de singularité, de réciprocité et de « communalité » pour une solidarité plus active de Pierre Rosanvallon¹⁴⁹⁵. L'égalité d'accès aux soins et à la santé intégrant la solidarité et la fraternité est un principe fondamental de la refondation du système de santé, d'Assurance maladie et de protection sociale¹⁴⁹⁶. L'égalité y est aussi un moyen pour permettre à chacun de pouvoir participer à une société à nouveau porteuse d'un vivre ensemble et qui rend possible la construction des « capacités »¹⁴⁹⁷. Cette refondation prend en compte la restriction des expériences de vie commune et de la citoyenneté sociale, mais aussi la mutation anthropologique actuelle où chacun veut être « quelqu'un », alors qu'avant, chacun voulait être considéré comme les autres¹⁴⁹⁸. Cela rend nécessaire l'affirmation de l'État interventionniste garant de la solidarité sociale qui se démarque profondément de l'État libéral classique¹⁴⁹⁹. Si la notion de service public doit représenter l'avenir du système de santé comprenant le continuum et l'ensemble des déterminants de la santé, elle doit également représenter l'avenir de l'Assurance maladie et de la sécurité sanitaire¹⁵⁰⁰. Des propositions sont faites pour que l'État mette en œuvre une politique de construction d'un service public de santé de qualité, sûr, performant, porteur d'amélioration de l'état de santé et d'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout. L'État est un acteur de choix pour atteindre un développement harmonieux et éthique, tout en prenant en compte les dimensions sociales et culturelles dans le développement économique¹⁵⁰¹.

¹⁴⁹³ Qui défend un libéralisme basé sur la défense des droits et des libertés individuelles, J. RAWLS. *Theory of justice... (op. cit.)*.

¹⁴⁹⁴ A. SEN. *Repenser... (op. cit.)*, et A. SEN. *Un nouveau... (op. cit.)*.

¹⁴⁹⁵ P. ROSANVALLON. *La société des égaux... (op. cit.)*, p. 397-411.

¹⁴⁹⁶ La protection sociale doit intégrer les formes de solidarité à privilégier en actualisant les principes fondateurs de liberté, d'égalité et de fraternité. Cela concerne les politiques d'aide et d'action sociales qu'elles soient catégorielles (aide à l'enfance et à la famille, aide aux personnes âgées, aide aux personnes handicapées, aide aux chômeurs), ou transversales (accès aux soins, lutte contre les exclusions, accès aux logements, accès au droit et à la justice), cité dans M. BORGETTO, et al. *Droit de l'aide... (op. cit.)*, p. 259-714 et 690.

¹⁴⁹⁷ C. PELLUCHON. *Situation de précarité, capacités... (op. cit.)*, p. 441-444.

¹⁴⁹⁸ O. PASCAL-MOUSSELLARD. *Pierre Rosanvallon... (op. cit.)*, p. 18-22.

¹⁴⁹⁹ J. CHEVALLIER. *Le service... (op. cit.)*, p. 12.

¹⁵⁰⁰ D. TABUTEAU. *Santé et assurance... (op. cit.)*, p. 1282.

¹⁵⁰¹ A. SEN. *Repenser... (op. cit.)*, et A. SEN. *Un nouveau... (op. cit.)*.

Quatre-vingt une propositions¹⁵⁰², composées de quinze objets intellectuels nouveaux, quarante outils pratiques, vingt-deux innovations proposées dont cinq sont mises en œuvre, sont faites.

Le niveau infra-régional est conceptualisé en territoire de santé publique. Il prend en compte les déterminants de la santé au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, ainsi que les particularités temporelles, spatiales, géographiques, historiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles, socio-économiques ou écologiques. Le territoire de santé publique est un espace socialement construit par des travaux interdisciplinaires, ainsi que par la concertation entre l'État, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, le professionnel et l'acteur de santé, le représentant d'associations d'usagers, et le citoyen. Ce territoire favorise la démocratie sanitaire et la citoyenneté sociale, ainsi que la structuration des conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'une population, ainsi que leur information en retour. Le territoire de santé publique favorise la mise en cohérence des actions et des financements, ainsi que la performance des partenariats entre l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. L'ARS de deuxième génération participe aux travaux concernant la territorialisation et la politique de la ville avec la préfecture et les collectivités territoriales. Cela favorise les adaptations indispensables du service public qui est nécessaires à la vie et à la santé de la population du territoire de santé publique. Trois types de territoires de santé publique sont possibles : par des zones géographiques particulières ; par des découpages administratifs ; par un découpage géographique qui correspond à un nombre d'habitants. Le territoire de santé publique intègre les divisions territoriales précédentes issues de l'ARS, de la réforme des collectivités territoriales ou de la politique de la ville. C'est un espace irrigué par le droit, garant du service public, des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, ainsi que de la cohésion sociale et de la paix. C'est le socle de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, de la continuité des soins et de la continuité de la santé, ainsi que de la démocratie sanitaire et de la citoyenneté sociale. Le territoire de santé publique

¹⁵⁰² Les propositions faites sont issues de travaux interdisciplinaires en droit, santé publique, économie, histoire et philosophie. Elles sont aussi issues de travaux de comparaison en droit public et en santé publique entre la France et l'Allemagne, le Canada (province du Québec), l'Espagne (région de Catalogne), les États-Unis d'Amérique, l'Italie et le Royaume-Uni qui ont procédé à une réforme territoriale de leur système de santé. Ces propositions tiennent compte des enjeux de santé publique actuels, des dispositifs et des systèmes de santé qui s'y sont adaptés, en l'état actuel des connaissances.

apparaît le plus pertinent au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies¹⁵⁰³, et le plus performant au sens de l'OMS¹⁵⁰⁴.

Trois exemples de lois complémentaires, qui peuvent n'en faire qu'un, sont proposés pour garantir l'égalité d'accès aux soins et à la santé : une loi sur la santé publique qui donne comme direction au système de santé l'égalité d'accès aux soins et à la santé et l'amélioration de l'état de santé, et ce à partir d'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants (enquêtes socio-sanitaires, mise en place d'un système de collecte de renseignements et de registres) et d'enquêtes visant à protéger la santé de la population (enquêtes épidémiologiques) ; une loi sur les services de santé et les services sociaux qui permet d'organiser en réseaux le service public de santé, tant de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers que médico-sociaux et sociaux de l'unité territoriale de santé publique du territoire de santé publique ; une loi sur l'assurance maladie qui permet aux financements de suivre la santé publique. Ces trois exemples de lois complémentaires et leurs compléments permettent la mise en place du CSSP d'accès quasiment gratuit où le salariat et la capitation sont développés¹⁵⁰⁵ pour davantage de service public¹⁵⁰⁶, en même temps que la « social-isation » des GHS et la répartition par péréquation. Cela permet que la prise en charge globale des soins et de la santé soit à l'usage de tous et prime sur l'acte technique¹⁵⁰⁷. Le financement de la PASS et le financement du PRAPS sont rendus transparents, indépendants et bénéficient d'un pilotage et d'un suivi au niveau national, régional et du territoire de santé publique. Ces filets de sécurité de l'égalité d'accès aux soins et à la santé sont sécurisés. Le PSRS de la « boîte à outils » de la loi HPST est enrichi d'un plan transversal de santé publique « égalité d'accès aux soins et à la santé, protection de la santé de la

¹⁵⁰³ Rappelons que le « territoire pertinent » est pour l'IGAS : seulement « celui qui apparaît comme le plus apte à rendre compte des phénomènes que l'on souhaite observer ou sur lesquels on veut intervenir, le plus approprié pour organiser la réponse à des besoins identifiés, le plus homogène pour bâtir et conduire des projets collectifs » (cité dans INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport annuel 2002... (op. cit.)*, p. 23), et qui peut donc être restrictif.

¹⁵⁰⁴ Pour l'OMS, la performance des systèmes de santé correspond à leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. Trois dimensions pour évaluer la performance des systèmes de santé sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la qualité et l'équité, cité dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000... (op. cit.)*, p. xi.

¹⁵⁰⁵ Qui ne poussent pas à l'augmentation de l'activité par patient, cité dans P.-L. BRAS. *La rémunération des médecins libéraux... (op. cit.)*, p. 256.

¹⁵⁰⁶ S. MAURY. *Réhabiliter... (op. cit.)*, p. 87.

¹⁵⁰⁷ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général... (op. cit.)*, p. 164.

population et mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population » comprenant des articulations avec tous les déterminants de la santé, et d'un schéma régional de mise en œuvre en matière ambulatoire qui est opposable. Des exemples montrent qu'un ancrage en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé est possible.

Pour la mise en œuvre de ces propositions de lois, la renationalisation, comprise comme l'affirmation de l'État interventionniste ainsi que le renforcement de la cohésion des membres qui composent la démocratie et la réappropriation par ceux-ci du politique¹⁵⁰⁸, est indispensable. Elle comprend la mise en œuvre de la planification de la santé « à maxima » qui prend en compte le continuum et les déterminants de la santé avec l'Assurance maladie et les collectivités territoriales, pour mettre en place et organiser un service public de santé qui réponde aux besoins de santé de la population du territoire de santé publique. La citoyenneté sociale et la démocratie sanitaire sont développées. Les ressources et les services requis pour atteindre les objectifs déterminés sont prévus selon un ordre de priorité établi, qui permet ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives. Ce choix prend en considération le contexte et les contraintes internes et externes connues ou prévisibles. Le développement de la planification de la santé à maxima comporte aussi une révision des indicateurs d'évaluation de la performance, une prise en compte plus importante de l'équité différentielle ainsi que des besoins de santé et des « conditions de réussite ». Une lutte efficace contre les déserts médicaux est développée qui comporte une fédération des efforts de tous les acteurs impliqués, et la mise en place d'une organisation coordonnée par l'État qui ne délègue plus aux professionnels de santé. La lutte contre les déserts médicaux est intégrée à celle pour la préservation et le développement du service public. L'amélioration des conditions de vie du professionnel de santé ainsi que du service public permet de lutter contre la désertification de la population et des professionnels de santé.

Une organisation du territoire de santé publique est mise en place par la direction du territoire de santé publique à partir de l'unité territoriale de santé publique. Les services de santé et les services sociaux de l'unité territoriale de santé publique sont

¹⁵⁰⁸ P. ROSANVALLON. *La société des égaux...* (op. cit.), p. 11-22.

fournis par un continuum de CSPP, de centres hospitaliers, de centres d'hébergement et de soins de longue durée, ainsi que de centres de réadaptation. Ces services sont organisés au sein du réseau de services de santé et de services sociaux. Les précédents réseaux y sont intégrés et un parcours de prévention y est ajouté. La PASS qu'elle soit généraliste ou spécialiste peut être intégrée au sein du CSPP comme les autres dispositifs du secteur ambulatoire, afin d'améliorer la performance et de développer la citoyenneté sociale ou la mixité sociale¹⁵⁰⁹. Les coopérations entre professionnels de santé et les recommandations de bonnes pratiques sont développées. Les données et les priorités sont débattues avec les professionnels de santé et les participants de la CRSA ou du « parlement sanitaire » qui participent à l'élaboration et au suivi des programmes régionaux et territoriaux de santé publique. Le directeur général d'ARS de deuxième génération et le responsable de la direction du territoire de santé publique bénéficient d'enveloppes par domaine du continuum et par déterminant de la santé issues de l'ONDAM et de l'ORDAM. Ces enveloppes ne peuvent pas être utilisées pour le soin, et elles sont réparties par péréquation entre les territoires de santé publique. La continuité entre le sanitaire, le médico-social et le social est reconstruite. Le continuum et les déterminants de la santé sont investis, et des actions et des dispositifs qui n'existent pas là où il y a des besoins non couverts sont construits ou contractualisés après mise en concurrence de tous les partenaires, grâce à des contrats simplifiés.

L'ARS de deuxième génération ainsi que la direction du territoire de santé publique « plus démocratiques que libérales » ont les moyens de mettre en œuvre une politique de santé publique infra-régionale qui adapte les offres aux besoins, y compris pour la PASS et le PRAPS, par la planification de la santé « à maxima ». Elles peuvent développer la prévention et la santé environnement, prendre en compte la taxe carbone, tout en améliorant la qualité et la sécurité. Le contrôle et l'inspection sont développés pour réduire les gaspillages et les préjudices pour l'utilisateur. Les dépassements d'honoraires et les activités libérales dans le service public de santé sont limités. Il n'y a plus de sélection de patients, d'activités ou de services. Il n'y a plus d'actes non médicalement justifiés. Il n'y a pas de monopole de la représentation des usagers. Cela, avec l'amélioration de l'organisation,

¹⁵⁰⁹ O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon... (*op. cit.*), p 22.

augmente la valeur (value) du système, ainsi que la qualité et la sécurité. Les enseignements, les formations et les recherches en santé publique sont développés par les EIRHESP et les ERHESP en lien avec l'EHESP. La santé publique et la médecine sociale y sont privilégiées. La professionnalisation de haut niveau en santé publique est réalisée. Le rôle du gouvernant ou du haut responsable de la santé publique, qu'il soit directeur général de l'ARS de seconde génération, responsable de la direction du territoire de santé publique ou spécialiste de la planification de la santé « est de travailler à la réalisation et au développement de la solidarité sociale, notamment en prenant en charge les activités d'intérêt général indispensables à la vie collective »¹⁵¹⁰. Le pôle de compétitivité en santé publique est mis en place. L'ARS de deuxième génération et la direction du territoire de santé publique portent une ambition industrielle créatrice d'emplois pour les jeunes dans les secteurs de l'innovation sociale et environnementale, et participent à la compétitivité et à l'attractivité du territoire de santé publique. Les nouveaux outils et les nouveaux services nationaux qui sont mis en place aident le haut responsable en santé publique, mais aussi le professionnel et l'acteur de santé, représentant d'associations d'usagers et le citoyen, à prendre les bonnes décisions (value). L'ARS de deuxième génération et la direction du territoire de santé publique ont les moyens de réduire les inégalités de santé. Elles sont les garantes de l'égalité d'accès aux soins et à la santé, de l'amélioration de l'état de santé de la population, des principes de solidarité et de fraternité, ainsi que du service public. En développant la démocratie sanitaire et la citoyenneté sociale, elles contribuent à la renationalisation ainsi qu'au renforcement d'une culture en santé publique et d'une tradition politique dans le champ de la santé publique. Elles produisent des soins et de la santé démocratiques tout en refaisant société. Avec le territoire de santé publique, elles sont « la victoire de la santé publique »¹⁵¹¹.

Nous sommes face à un choix de société : quel système de santé voulons-nous ? Un système d'inspiration libérale sans service public comme cela semble engagé ? Un système d'inspiration libérale auquel est adossé des services ayant des missions de service public pour les plus démunis, comme les PASS généralistes et spécialisées ?

¹⁵¹⁰ Jacques Chevallier. *Le service public...*(*op. cit.*), p. 22-23.

¹⁵¹¹ Contraire de « la défaite de la santé publique », titre de l'ouvrage d'Aquilino Morelle : A. MORELLE. *La défaite de la santé publique...*(*op. cit.*).

Ou bien un service public de santé ? C'est ce dernier qui est le plus à même de permettre l'égalité d'accès aux soins et à la santé au niveau infra-régional et de réduire les inégalités de santé¹⁵¹², enjeu majeur des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, avec le développement de la prévention, la réduction des gaspillages, la réduction des préjudices pour l'utilisateur, l'augmentation de la valeur et de la sécurité, de même que le développement de la santé environnement^{1513,1514}. Une prise de conscience¹⁵¹⁵ suivie de décisions politiques rapides¹⁵¹⁶ et d'efforts importants sont indispensables en France.

¹⁵¹² Au sens de l'Observation générale n°14 (2000) des Nations Unies, et de la résolution du 8 mars 2011 du parlement européen sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne.

¹⁵¹³ J.-A. M. GRAY. *How To Build Healthcare...*(*op. cit.*), p. 38-39, et J.-A. M. GRAY. *Quel système...*(*communication cit.*).

¹⁵¹⁴ Pour 22 scientifiques, un véritable changement des modes de vie est nécessaire et urgent pour que la fin de la planète ne soit pas en 2100. Ils proposent aux gouvernements d'entreprendre quatre actions immédiates : concentrer les populations sur des zones enregistrant déjà de fortes densités afin de laisser les autres territoires tenter de retrouver des équilibres naturels ; ajuster les niveaux de vie des plus riches sur ceux des plus pauvres ; développer de nouvelles technologies permettant de produire et de distribuer de nouvelles ressources alimentaires sans consommer davantage de ressources ; et diminuer radicalement la pression démographique, cité dans A. D. BARNOSKY, E. A. HADLY, J. BASCOMPTE, E. L. BERLOW, J. H.BROWN, M. FORTELUIS, W. M. GETZ, J. HARTE, A. HASTINGS, P. A. MARQUET, N. D. MARTINEZ, A. MOOERS, P. ROOPNARINE, G. VERMEIJ, J. W. WILLIAMS, R. GILLESPIE, J. KITZES, C. MARSHALL, N. MATZKE, D. P. MINDELL, E. REVILLA, A. B. SMITH. Approaching a state shift in Earth's biosphere. *Nature* 2012 Jun 6 ; 486 (7401), p. 52-58.

¹⁵¹⁵ Les pertes de repères, du fait d'une crise qui ne se réduit pas à sa dimension économique mais qui touche aussi l'autorité, l'espérance qui était celle des Lumières et le rapport avec l'avenir, peuvent être « une force positive qui nous oblige à penser autrement », cité dans N. CROM. Myriam Revault d'Allonnes. *Télérama* 2012 ; 3268, p. 4-8. Cette recherche en droit pourrait être prolongée par une recherche en philosophie politique.

¹⁵¹⁶ Si les partis politiques ne s'emparent pas de la réduction des inégalités, il y a un risque que « la décomposition » de la société l'emporte sur sa « transformation », cité dans O. PASCAL-MOUSSELLARD. Pierre Rosanvallon...(*op. cit.*), p 22.

Bibliographie¹⁵¹⁷

1- OUVRAGES

AEBERHARD Patrick, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Rennes : Editions ENSP, 2003.

AEBERHARD Patrick, JEDIDI Sonia, HACHIMI-ALAOUI Myriam, BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*. Paris : Les Études hospitalières, 2011.

AURIAC Franck, BRUNET Roger (dir). *Espaces, jeux et enjeux*. Collection « nouvelle encyclopédie des sciences et des techniques / Essais ». Paris : Editions Fayard, 1986.

BASSET Bernard, LOPEZ Alain. *Planification sanitaire. Méthodes et enjeux*. Rennes, Éditions ENESP, 1997.

BEAUCHAMP T.-L., CHILDRESS J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, University Press, 5^e édition, 2001.

BORGETTO Michel, LAFORE Robert. *Droit de l'aide et de l'action sociale*. Septième édition. Paris : Montchrestien – Lextenso éditions, 2009.

BORRAZ Olivier, GUIRAUDON Véronique (dir). *Politiques publiques. Tome 2, Changer la société*. Paris : Presses de Sciences Po, 2010.

¹⁵¹⁷ Seule la bibliographie directement liée à cette recherche est répertoriée.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BOURDILLON François. *Traité de prévention*. Paris : Editions Flammarion, Médecine-Sciences, 2009.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2007.

BOURDILLON François, GRASS Etienne. *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Rapport du séminaire de travail « Réduire les inégalités sociales de santé ». Collection « Séminaires ». Paris : Editions de Santé & Presses de Sciences Po, 2012.

BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009.

BRAS Pierre-Louis, TABUTEAU Didier. *Les assurances maladies*. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012.

BRÉCHAT Pierre-Henri, SALINES Emmanuelle, SEGOUIN Christophe (dir). *Médecins de santé publique*. Rennes, Editions ENSP, 2006.

CASTIEL Didier. *Equité et santé*. Rennes : Editions ENSP, 1995.

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010.

CHEVALLIER Jacques. *Science administrative*. Thémis droit. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

CHEVALLIER Jacques. *Le service public*. Neuvième édition. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

CHIVALLON Christine, RAGOUET Pascal, SAMERS Michael (dir.). *Discours scientifique et contextes culturels : géographies britanniques et françaises à l'épreuve postmoderne*. Talence : Maison des Sciences de l'homme d'Aquitaine, 1999.

COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir.). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010.

DI MÉO Guy. *Les territoires au quotidien*. Paris : Editions L'Harmattan, 1996.

DONZELOT Jacques. *L'invention du social*. Paris : Editions Fayard, 1984.

DREUX Claude, MATTEI Jean-François. *Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé*. New York : Editions Springer 2011.

EUROPE, ECOLOGIE, LES VERTS. *Vivre mieux. Vers une société écologique*. 2012 programme d'actions pour les temps qui viennent. Paris, Les Petits Matins 2012.

FASSIN Didier. *Faire de la santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2005.

GARNERET Jean, BOURGIN Pierre, GUILLAUME Bernard. *La maison du Montagnon*. Les maisons paysannes en Franche-Comté. Tome I. Seconde édition. Besançon : Folklore Comtois, 1981.

GEORGE Pierre, VERGER Fernand. *Dictionnaire de la géographie*. Paris : Presses universitaires de France, 2009.

GOT Claude. *Comment tuer l'Etat. Précis de malfaçons et de malfaisance*. Paris : Editions Bayard, 2005.

GRAY J.-A. Muir. *How To Build Healthcare Systems*. Oxford : Offox Press Ltd, 2011.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

GRAY J.-A. Muir. *How To Get Better Value Healthcare*. Oxford : Oxford Press Ltd, 2011.

GRIMALDI André, TABUTEAU Didier, BOURDILLON François, PIERRU Frédéric, LYON-CAEN Olivier. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*. Paris : Editions Odile Jacob, 2011.

GUGLIELMI Gilles J., KOUBI Geneviève. *Droit du service public*. Troisième édition. Paris : Montchrestien – Lextenso éditions, 2011.

GUSMANO M.-K., RODWIN V.-G., WEISZ D. *Health Care in World Cities: New York, Paris, and London Baltimore*. MD, Johns Hopkins University Press, 2010.

HENRARD Jean-Claude, ANKRI Joël. *Systèmes & politiques de santé*. Rennes, Editions ENSP, 1996.

HESSEL Stéphane. *Indignez-vous !* Montpellier : Indigène éditions, 2010.

JACQUET Nicolas, DARMON Daniel. *Les pôles de compétitivité. Le modèle français*. Paris : La Documentation française, 2005, n°5225.

JORLAND Gérard. *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Paris : Editions Gallimard, 2010.

JOURDAIN Alain. *Le principe d'équité dans les politiques de population des années quatre-vingt-dix*. Rennes : Éditions ENSP, 2003.

JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Deuxième édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012.

JOURDAIN Alain, DE TURENNE Isabelle. *100 mots-clés de planification sanitaire*. Rennes : Editions ENSP; 1999.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

KOVAR Robert, SIMON Denys (dir). *Services publics et communauté européenne : entre l'intérêt général et le marché*. collection « Les travaux de la CEDECE ». Tome 2. Paris, La Documentation française, 1998.

LAUDE Anne, PARIENTE Jessica, TABUTEAU Didier. *La judiciarisation de la santé*. Amsterdam : Wolters-Kluwer, 2012 : sous presse.

LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir). *European Health Code*. Paris : Editions de Santé, 2012.

LEBAS Jacques, CHAUVIN Pierre. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

LE FAOU Anne-Laurence. *Les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada*. Collection « Sciences Humaines en Médecine ». Paris : Éditions Ellipses, 2003.

LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (dir). *Les inégalités sociales de santé*. Collection « Recherches ». Paris : Éditions La Découverte/INSERM, 2000.

LÉVY Jacques, LUSSAULT Michel (dir). *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 2003.

LONG Martine (dir). *Egalité et services publics territoriaux*. Collection « décentralisation et développement local ». Paris : Editions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2005.

LONSDORFER Jean, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Consultation de l'aptitude physique du senior*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010.

MANN Jonathan, GRUSKIN Sophia, BERTRAND Dominique (dir). *Santé publique et droits de l'homme*. Collection de l'espace éthique. Paris : Assistance publique - hôpitaux de Paris, 1997.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

MARROT Bernard. *L'administration de la santé en France*. Collection Logiques Juridiques. Paris : Editions L'Harmattan, 1996.

MARTIN-PAPINEAU Nathalie (dir). *Les territoires de santé*. Université de Poitiers. Collection de la Faculté de droit et des sciences sociales. Paris : Editions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2009.

MARX Jean-Luc. *Les territoires de l'Etat*. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1997, n°3189.

MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard. *L'hôpital en réanimation - Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Collection Savoir/Agir. Lyon : Editions du Croquant, 2011.

MICHAUD Yves. (dir). *Égalité et Inégalités*. Université de tous les savoirs. Paris : Editions Odile Jacob, 2003.

MIQUET-MARTY François. *Les oubliés de la démocratie*. Paris : Éditions Michalon, 2011.

MILLS Anne. Historique de la décentralisation : concepts et méthodes. In : MILLS Anne, VAUGHAN J. Patrick, SMITH Duane L., TABIBZADEH Iraj. *La décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expérience de quelques pays*. . Genève : Organisation mondiale de la santé [en ligne]. 1991, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : [http://whqlibdoc.who.int/publications/9242561371_\(p1-p80\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9242561371_(p1-p80).pdf)

MONTESQUIEU. *de l'esprit des lois*. Tomes 1 et 2. Nouveaux classiques Larousse. Paris : Librairie Larousse, 1974.

MOQUET-ANGER Marie-Laure. *Droit hospitalier*. Deuxième édition. Paris : Editions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ) / Lextenso éditions, 2012.

MORELLE Aquilino. *La défaite de la santé publique*. Paris : Editions Flammarion, 1996.

MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick. *L'hygiène dans la république. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Paris : Editions Fayard, 1996.

NEMERY Jean-Claude (dir). *Les pôles de compétitivité dans le système français et européen*. Paris : Editions L'Harmattan, 2006.

NUSSBAUM Martha. *Les émotions démocratiques : comment former le citoyen du XXI^{ème} siècle*. Paris : Éditions Climats, 2011.

NUTBEAM Don. *Health Promotion Glossary*. Geneva : World Health Organization [en ligne]. 1998 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

PINEAULT Raynald, DAVELUY Carole. *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles, 1995.

RAWLS John. *Theory of justice*. Cambridge : Harvard University Press, 1971.

REINKE William A. et al (dir). *Health planning : qualitative aspects and quantitative techniques*. Baltimore : John Hopkins University press [en ligne]. 1972 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNAAA249.pdf

ROMAN Diane. *Le droit public face à la pauvreté*. Bibliothèque de Droit Public. Paris : Editions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2002.

ROMAN Diane. *L'indispensable du droit administratif*. Deuxième édition. Levallois-Perret : Studyrama, 2004.

ROSANVALLON Pierre. *La société des égaux*. Paris : Editions du Seuil, 2011.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

SANDRIN-BERTHON Brigitte. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF éditeur, 1997.

SEN Amartya. *Repenser l'inégalité*. Collection « L'histoire immédiate ». Paris : Editions du Seuil, 2000.

SEN Amartya. *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Paris : Editions Odile Jacob, 2003.

STEPNIEWSKI J., BUGDOL M. (dir). *Costs, organization and management of hospitals*. Cracov : Jagiellonian University Press, 2010.

TABUTEAU Didier. *Les contes de Ségur : Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*. Paris : Éditions OPHRYS santé, 2006.

TABUTEAU Didier (dir). *Les Droits des malades et des usagers du système de santé. Une législature plus tard*. Paris : Éditions de la santé, coll. « Verbatim santé », 2007.

TABUTEAU Didier. *Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025*. La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, 2009.

TABUTEAU Didier, RODWIN Victor. *À la santé de l'oncle Sam*. Paris : Editions Jacob-Duvernet, 2010.

TARLOV Alvin R., ST PETER Robert F. *The society and population health reader*. Volume II, a state and community perspective. New York : The Press, 2000.

TRUCHET Didier. *Droit de la santé publique*. Septième édition. Paris : Éditions Dalloz, 2009.

TRUGEON Alain, THOMAS Nadège, MICHELOT François, LEMERY Bernadette. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. FNORS. 2^e édition. Collection : Abrégés. Paris : ELSEVIER / MASSON 2010.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

VIGNERON Emmanuel. *Pour une approche territoriale de la santé*. Collection « Bibliothèque des territoires ». La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube, 2003.

VIGNERON Emmanuel. *Les inégalités de santé sur les territoires français. État des lieux et voies de progrès*. Paris : Éditions ELSEVIER / MASSON, 2011.

WILSON Edward Osborne. *La diversité de la vie*. Paris : Editions Odile Jacob, 1993.

2- THESEES ET MEMOIRES

AYIKOUE Fabrice M.-Y. *L'hospitalisation privée en république du Bénin : contribution à une étude sur le droit de la santé*. Thèse : Droit public : Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis), 2011.

BAILLOT Julie. *Problèmes d'accès aux soins des mineurs à Mayotte : Notre expérience dans un centre de soins Médecins du monde*. Thèse : Médecine : Université Claude Bernard-Lyon I, présentée à l'Université Léonard de Vinci SMBU Paris 13, 2011.

BANCEL C., HANNHARDT C.-L., ISSAD A., PETIT M., PINCHON S., REMIATTE S., RONDON J., ROULLEAU C., SENS P., SCHUBERT A. *L'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes*. Rapport de fin du module interprofessionnel de santé publique, Ecole des hautes études en santé publique, 2011.

BERTRAND-MAPATAUD M. *Bilan d'étape du projet d'unité hospitalière sécurisée interrégionale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : un an après son ouverture, résultats et perspectives*. Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital, Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

BIENTZ Florence. *Conception juridique de l'acte médical dans le cadre d'une pluralité d'intervenants*. Thèse : Droit public : Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis), 2011.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BORGETTO Michel. *La notion de fraternité en droit public français - Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*. Paris : Éditions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 1993.

CRISTOL Danièle. *La concurrence entre le service public hospitalier et les cliniques privées*. Thèse : Droit public : Université Nice – Sophia Antipolis, 1993.

DEPINOY D. *Maisons et pôles de santé de premier recours : Un choix politique à confirmer*. Mémoire de fin de l'Executive Master « Gestion et politique de santé », Sciences Po, 2010.

FOUCHARD Arnaud. *La planification sanitaire, un outil de pilotage de la démographie médicale ? L'exemple de l'élaboration du SROS-PRS en région Bretagne*. Mémoire de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique, Ecole des hautes études en santé publique, 2011.

HASNI Saoussen. *Evaluation de la prise en charge des suicidants à la sortie de la réanimation médicale et toxicologique*. Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES », Université Paris 7, 2009.

LELAQUET F. *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : L'axe stratégique au cœur du changement pour le centre hospitalier de Coulommiers*. Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital, Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

SARLANDIE G. *Le schéma régional d'offre de soins ambulatoire en Rhône-Alpes*. Mémoire de fin de stage en planification des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et social, Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

3- ARTICLES

ALLOUACHE Anissa, KOUBI Geneviève. Le service public dans les discours : quelques enjeux. In : KOVAR Robert, SIMON Denys (Dir). *Services publics et communauté européenne : entre l'intérêt général et le marché*. Collection « Les travaux de la CEDECE ». Tome 2. Paris, La Documentation française, 1998, p. 71-87.

AEBERHARD Patrick. Faire le droit en santé publique. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 207-216.

AEBERHARD Patrick. Santé et droits de la personne. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 471-478.

AEBERHARD Patrick, LEBAS Jacques, BRÉCHAT Pierre-Henri. Conclusion. In : AEBERHARD Patrick, JEDIDI Sonia, HACHIMI-ALAOUI Myriam, BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*. Paris : Les Études hospitalières, 2011, p. 91-97.

ALLA François. Les déterminants de la santé. In : BOURDILLON François. *Traité de prévention*. Paris : Editions Flammarion, Médecine-Sciences, 2009, p. 36-39.

AMAT-ROSE Jeanne-Marie. La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote* 2011 ; 143, p. 13-32.

ARENE Marguerite, BRIXI Omar, MALLET Véronique. Introduction. In : ARENE Marguerite, BRIXI Omar, MALLET Véronique (dir). Dossier « Santé & précarité ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1995 ; 12, p. I.

ARBLASTER L., LAMBERT M., ENTWISTLE V., FORSTER M., FULLERTON D., SHELDON T., WATT I. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy* [en ligne]. 1996 ; 1(2), [réf. du 29 décembre 2011], p. 93-103. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

ATETE-LEBLANC Ruta, BRÉCHAT Pierre-Henri, MOREL Olivier, THOURY Anne, FRATI Albane, BARRANGER Emmanuel. Parturientes précaires, tarification à l'activité et réhospitalisation : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand - Widal de Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* [en ligne]. 2012, [réf. du 29 décembre 2011], sous presse. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

AUBLET CUVELIER Bruno, VENET Marcel, MASCART Michèle, MEYER Jean-Luc, LEMERY Didier. Aménagement des territoires sanitaires et réseau de soins : Le réseau périnatalité en Auvergne. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1999 ; 29, [réf. du 29 décembre 2011], p. 51. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

AUBRY Régis, MALLET Donatien. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie médicale* 2008 ; 2, p. 94-102.

BACHELOT-NARQUIN Roselyne. Introduction. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. V-VIII.

BANAS Evelyne, PIQUET Hélène, BRÉCHAT Pierre-Henri. Eléments médico-économiques pour un centre de santé primaire polyvalent (CSPP) : étude pilote à la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 371-376.

BARBE Vanessa. La péréquation, principe constitutionnel. *Revue française de droit constitutionnel* 2010 ; 1 (81), p. 19.

BASSET Bernard. La prévention et les lobbies. In : BOURDILLON François. *Traité de prévention*. Paris, Editions Flammarion, Médecine-Sciences, 2009, p. 109-114.

BARNOSKY A. D., HADLY E. A., BASCOMPTE J., BERLOW E. L., BROWN J. H., FORTELUIS M., GETZ W. M., HARTE J., HASTINGS A., MARQUET P. A., MARTINEZ N. D., MOOERS A., ROOPNARINE P., VERMEIJ G., WILLIAMS J. W., GILLESPIE R., KITZES J., MARSHALL C., MATZKE N., MINDELL D. P., REVILLA E., SMITH A. B. Approaching a state shift in Earth's biosphere. *Nature* 2012 Jun 6 ; 486 (7401), p. 52-58.

BATIFOULIER Philippe, PAREL Véronique. *Quand la prise en charge des plus démunis devient une nécessité économique*. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 59-70.

BAUDIER François. Des orientations territoriales en mouvement : l'exemple de la Franche-Comté. Territoire de santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 77-85.

BÉRARD Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri. Pour un cadre général de suivi des politiques de santé. In : HENRARD Jean-Claude, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 50-51. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BÉRARD Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri, RYMER Roland, LONSDORFER Jean. Coûts de construction du programme de « promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PNAPSD - 2002-2007 ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. 2009 ; 57, (1) [réf. du 29 décembre 2011], p. 11-15. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

BÉRARD Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri, SCAPIN Marie-Hélène. Les priorités de santé publique devraient participer à la régulation des réseaux de santé. *Presse Med* 2008 ; 37, [réf. du 29 décembre 2011], p. 739-741. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

BERGERON Henri. Les Politiques de santé publique. In : BORRAZ Olivier, GUIRAUDON Véronique (dir). *Politiques publiques*. Tome 2, Changer la société. Paris : Presses de Sciences Po, 2010, p. 79-111.

BERGERON Henri, CASTEL Patrick, NOUGEZ Etienne. Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité entre santé publique et intérêt privé. *Revue française de science politique* 2011 ; 61, (2) p. 201-229.

BERTRAND Jean-Marie, COURRÈGES Cécile, LOPEZ Alain. Nouvelle gouvernance régionale pour une meilleure régulation en faveur de la santé. In : COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 341-351.

BESNIER Magali, CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri, GRENOUILLEAU Marie-Christine, RYMER Roland, BARRANGER Emmanuel. Accouchements et handicap social : optimiser la cohérence de l'action publique entre le sanitaire et le social. *Gynécologie obstétrique & fertilité* [en ligne]. 2009 ; 37, [réf. du 29 décembre 2011], p. 131-139. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

BEUF Pierre. Une approche de concertation pour des territoires partagés d'intervention. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, SALINES Emmanuelle, SEGOUIN Christophe (dir). *Médecins de santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2006, p. 196-200.

BLUM-BOISGARD Claudine, DEMEULEMEESTER René, JOURDAIN Alain, MOISDON Jean-Claude, VERITE Elisabeth. Quelles conditions de réussite des interventions de santé publique ? *Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 17, [réf. du 29 décembre 2011], p. 569-582. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BOCOGNANO Agnès. Droit au dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2009 ; 69, [réf. du 29 décembre 2011], p. 8-12. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BONAL Christian. La planification en psychiatrie et en santé mentale : définir des besoins par type de population pour prévoir les services nécessaires. In : JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Deuxième édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 117-134.

BONNET Nelly, PAVILLON Christelle. La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires. *Points de repère* 2009 ; 28, p. 1-12.

BONNICI Bernard. Etablissements de santé et territoire. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 98-107.

BORGETTO Michel. Égalité, solidarité...équité ? In : *Le Préambule de la constitution de 1946 : antinomies juridiques et contradictions politiques*. CURAPP. Paris : PUF, 1996, p. 239-279.

BORGETTO Michel. Le principe d'égalité en droit français. In : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur interprétation sociale*. Collection MIRE. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, p. 41-52.

BORGETTO Michel. Les enjeux de la décentralisation en matière sociale. L'égalité, la solidarité. *Informations sociales* 2005 ; 1 (121), p. 6-16.

BORGETTO Michel. Sur quels principes bâtir une politique social ? Petit inventaire des choix possibles. *Informations sociales* 2010 ; 157, p. 10-16.

BORGETTO Michel. La décentralisation du « social » en débat(s). *Informations sociales* 2010 ; 6 (162), p. 14-20.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BORGETTO Michel. *Le droit de l'action sociale entre Etat providence et Etat vigile : d'hier à aujourd'hui. Pratique et éthique médicales à l'épreuve des politiques sécuritaires*. Paris : Éditions de la santé, coll. « Verbatim santé », 2010, p. 19-43.

BORGETTO Michel. La décentralisation du « social » : de quoi parle-t-on ? *Informations sociales* 2010 ; 6 (162), p. 6-11.

BORGETTO Michel. Le sanitaire et le social à l'épreuve de l'Europe. Dossier « Le sanitaire et le social à l'épreuve de l'Europe ». *Revue de droit sanitaire et social* 2010 ; 6, p. 991-992.

BORGETTO Michel. Le contrat dans le secteur social et médico-social. *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 1, p. 3-4.

BORGETTO Michel, LAFORE Robert. Action sociale : la nouvelle donne territoriale. Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 3-4.

BOURDILLON François. Les territoires de santé, maillon clé de l'organisation sanitaire. *Revue française d'administration publique* [en ligne]. 2005 ; 113, [réf. du 16 avril 2012], p. 139-145. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-adminitration-publique-2005-1.htm>

BOURDILLON François. Les territoires de santé : un outil de planification en santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.28-34.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. Définitions de la santé publique. In : BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2007, p. 1-4.

BRAS Pierre-Louis. Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? *Droit social* 2004 ; 11, p. 967-978.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BRAS Pierre-Louis. La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? *Droit social* 2009 ; 11, p. 1126-1135.

BRAS Pierre-Louis. Financement des soins : prise en charge de la maladie. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 242-249.

BRAS Pierre-Louis. La rémunération des médecins libéraux. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 255-262.

BRAS Pierre-Louis. Décentralisation et politique de santé. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 393-399.

BRÉCHAT Pierre-Henri. Pour la construction d'une politique de santé publique en faveur de l'égalité des chances. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 119-147.

BRÉCHAT Pierre-Henri. La planification de la santé : déterminants de santé, précarité, inégalités de santé et innovations. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques. (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 283-325.

BRÉCHAT Pierre-Henri, AVARGUES Marie-Christine, DEMEULEMEESTER René, JABOT Françoise. Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé. In : HENRARD Jean-Claude, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 40-43. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BRÉCHAT Pierre-Henri, CASTIEL Didier, CARMONA Damien, BRUNNER Claudine, SEGOUIN Christophe, KHALFAOUI Samir, DELALAY Catherine, BARBIER Valérie, MULLER Florence, GRALL Jean-Yves, TRUC Jean-Bernard, RYMER Roland, BERTRAND Dominique. Équité et planification : Analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération « périnatalité ». *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 20, [réf. du 29 décembre 2011], p. 81-94. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRÉCHAT Pierre-Henri, GOGUEY Michel, MAGNIN-FEYSOT Christian, GEFFROY Loïc. Usagers et politique de santé : Un exemple en Franche-Comté. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2003 ; 45, [réf. du 29 décembre 2011], p. 67-71. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BRÉCHAT Pierre-Henri, GROS Jeannette, HAON Michel, JEUNET Odile, MAGNIN-FEYSOT Christian et al. Représentants d'associations d'usagers et Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » : enjeux et douze propositions. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 1, [réf. du 29 décembre 2011], p. 131-146. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRÉCHAT Pierre-Henri, LANSAC Claire, HASNI Saoussen, HUET Claudine, ROCHETTE Dominique, PAHL Elisabeth, LEDOUX Micheline, CASTIEL Didier, MATHIEU-GRENOUILLEAU Marie-Christine. Etude de l'ATIH : Prise en charge de la précarité dans les établissements de santé. *Gestions hospitalières* 2009 ; 486, p. 269-274.

BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques. Eléments pour un concept avec référentiel : le « centre de santé primaire polyvalent (CSPP) ». In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 355-369.

BRÉCHAT Pierre-Henri, LEENHARDT Antoine, MATHIEU-GRENOUILLEAU Marie-Christine, RYMER Roland, MATISSE François, BARAILLE Denis, BEAUFILS Philippe. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 22 (5), [réf. du 29 décembre 2011], p. 571-580. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BRÉCHAT Pierre-Henri, MAGNIN-FEYSOT Christian, JEUNET Odile, ATTARD Aurélie, DUHAMEL Gilles, TABUTEAU Didier. Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : L'exemple Franc-Comtois. *Santé publique* [en ligne]. 2011 ; 23 (3), [réf. du 29 décembre 2011], p. 169-182. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRÉCHAT Pierre-Henri, RYMER Roland, GRENOUILLEAU Marie-Christine, JOURDAIN Alain. Eléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 20, [réf. du 29 décembre 2011], p. 611-621. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRÉCHAT Pierre-Henri, STEBLER-WATIER Karine, SALINES Emmanuelle, RYMER Roland, BERTRAND Dominique, DE SINGLY Chantal. Pour un management des politiques de santé publique. *Gestions hospitalières* 2009 ; 488, p. 424-434.

BRÉCHAT Pierre-Henri, VOGEL Thomas, BERARD Alain, LONSDORFER Jean, KALTENBACH Georges, BERTHEL Marc. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un « vieillissement réussi » ? *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 20 (5) [réf. du 29 décembre 2011], p. 475-487. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRETIN Philippe, DOURLENS Christine. Saturnisme infantile. In : BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion, 2007, p. 167-173.

BRICARD Damien, JUSOT Florence, TUBEUF Sandy. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2010 ; 154, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-6. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

BROOK R.-H. The End of the Quality Improvement Movement: Long Live Improving Value. *JAMA* [en ligne]. 2010 ; 304 (16), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1831-1832. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

BRÜCKER Gilles, CANIARD Etienne. Etats généraux de la santé : une démarche innovante pour plus de démocratie. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 1999 ; 27, [réf. du 29 décembre 2011], p. 6-9. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BRUDER Edith, SHOJAEI Taraneh, BRÉCHAT Pierre-Henri. Usagers, bénévolat et santé. In : JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Deuxième édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 229-230.

BRUGIER Coralie, MOREL Olivier, RICBOURG Aude, BRÉCHAT Pierre-Henri, GAYAT Étienne, BARRANGER Emmanuel. Impact de la précarité sur la qualité du dépistage anténatal : expérience de l'hôpital Lariboisière à Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2012 ; 28, sous presse.

CAILLOL Michel, LE COZ Pierre, AUBRY Régis, BRÉCHAT Pierre-Henri. Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 22 (6), [réf. du 29 décembre 2011], p. 625-636. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

CALHOUN Judith G., RAMIAH Kalpana, McGEAN WEIST Elizabeth M., SHORTELL Stephen M. Development of a core competency model for the master of public health degree. *Am J Public Health* [en ligne]. 2008 ; 98 (8), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1598-1607. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

CASTAING Cécile. Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2009 [réf. du 29 décembre 2011], p. 2212. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

CASTIEL Didier. De l'équité dans l'allocation des ressources. *Soins* [en ligne]. 2005 ; 697, [réf. du 29 décembre 2011], p. 24-25. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

CASTIEL Didier. Investir dans le social pour réduire les inégalités. *Le Concours Médical* 2005 ; 127-39, p. 2266-2269.

CASTIEL Didier. La déconstruction ou le transfert de la solidarité. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 31-54.

CASTIEL Didier. Un modèle explicatif : La théorie de l'agence. La déconstruction ou le transfert de la solidarité. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 47-53.

CASTIEL Didier. La solidarité aux États-Unis et en Suède. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 55-80.

CASTIEL Didier. L'économie sociale et solidaire : une réponse à la précarité et à l'exclusion dans des zones prioritaires de santé ? In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 195-204.

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri. Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ? *Médecine & Droit* [en ligne]. 2009 ; 95, [réf. du 29 décembre 2011], p. 52-57. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246739109000074>

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri. Handicap social et hôpitaux publics : Pour un GHS « socialisable ». *Presse Med* [en ligne]. 2009 ; 38, [réf. du 29 décembre 2011], p. 142-145. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri. New changes in public hospital funding: the French DRG's (GHS) and their consequences on low-income patients and social disabilities. In : STEPNIEWSKI J., BUGDOL M. (dir). *Costs, organization and management of hospitals*. Cracov : Jagiellonian University Press, 2010, p. 17-31.

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques. Besoins de santé, politique de santé publique, territoires de santé et allocation de ressources : approche opérationnelle par la notion d'« handicap social ». In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 387-402.

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri, GRENOUILLEAU Marie-Christine. De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital. *Presse Med* [en ligne]. 2007 ; 36, [réf. du 29 décembre 2011], p. 187-188. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri, GRENOUILLEAU Marie-Christine, RYMER Roland. Handicap social et hôpitaux publics : Pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. *Santé publique* [en ligne]. 2009 ; 21, [réf. du 29 décembre 2011], p. 195-212. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

CASTIEL Didier, JOURDAIN Alain. Equité et planification sanitaire : analyse critique des SROS et implications pour un modèle d'allocation de ressources. *Cah Socio Démo Méd* 1997 ; 3-4, p. 205-35.

CAUSSAT Laurent, DUÉE Michel. Un demi-siècle d'évolution des dépenses de santé : une analyse à l'aide des comptes de la santé. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 93-106.

CHAMBAUD Laurent, MASSE Richard. Deux lois de santé publique : Une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle. *Santé publique* [en ligne]. 2004 ; 16 [réf. du 29 décembre 2011], p. 631-637. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

CHAMBAZ Florent, RYMER Roland, BRÉCHAT Pierre-Henri. Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé. *Santé publique* [en ligne]. 2008 ; 3, [réf. du 29 décembre 2011], p. 269-274. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

CHASSANG Michel. Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale. Numéro hors-série « La médecine libérale : quel avenir ? » *Revue de droit sanitaire et sociale* 2011, p. 7-14.

CHAUVIN Francis. De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 65-76.

CHAUVIN Pierre, LEBAS Jacques. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2007, p. 331-341.

CHEVALLIER Jacques. Regards sur une évolution. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 1997 [réf. du 29 décembre 2011], p. 15. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

CHEVALLIER Jacques. Quelle légitimité pour le service public ? Vers une nouvelle démocratie participative. Dossier « Les frontières du service public ». *Informations sociales* 2003 ; 109, p. 138.

CHEVALLIER Jacques. Révision générale des politiques publiques et gestion des ressources humaines. *Revue française d'administration publique* 2010 ; 4 (136), p. 907-918.

CHEVALLIER Jacques. La place de l'administration dans la production des normes. *Droit et Société* 2011 ; 79, p. 623-636.

CNAMTS. Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006. CNAMTS [en ligne]. *Points de repères*, 2008 ; 23, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MAQUETTE_23_MEDECINS_LIBERAUX_2006_.pdf

COCQUEBERT Laurent. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 1, p. 34-44.

COHEN D. Will industry influence derail UN summit? *British Medical Journal* [en ligne]. 2011 ; 23, [réf. du 29 décembre 2011], p. 343. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

COHEN Joshua T., NEUMANN Peter J., WEINSTEIN Milton C. Does preventive care save money ? Health Economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine* [en ligne]. 2008 ; 14, [réf. du 29 décembre 2011], p. 661-663. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0708558>

COLDEFY Magali, COM-RUELLE Laure, LUCAS-GABRIELLI Véronique. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 164, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>

COLDEFY Magli, LUCAS-GABRIELLI Véronique. Les territoires de santé : des approches variées de ce nouvel espace de planification. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010 ; 41 (1), p. 73-80.

COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique. Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2012 ; 175, [réf. du 11 mai 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes175.pdf>

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE. État de santé et Offre de santé en Franche-Comté. Conférence régionale de santé et de l'autonomie, 6 juillet 2010.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

CORNILLEAU Gérard. Quel sera le coût de la santé demain ? In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 153-163.

CORMIER Maxence. Mutations et enjeux des coopérations hospitalières. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2006 [réf. du 29 décembre 2011], p. 416. Disponible sur : <http://bu.daloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

CORTY Jean-François, BERNARD Olivier. Médecins du Monde, entre résistance et innovation : Le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 403-414.

CORVEZ Alain, VIGNERON Emmanuel (dir). Dossier « Santé publique et aménagement du territoire ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1999 ; 29, p. 19-70.

COTARD Bruno, BRÉCHAT Pierre-Henri, JOURDAIN Alain, EINSARGUEIX Gilles. La santé par le sport : une réalité de terrain. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 47, [réf. du 29 décembre 2011], p. 9-15. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

COUTY Edouard. *Hôpital public : le grand virage*. Dossier : La privatisation de la santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2010 ; 3 (28), [réf. du 29 décembre 2011], p. 39-48. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_028_0039

CRISTOL Danièle. Prévention et santé publique dans la loi HPST. Dossier « La loi HPST ». *Revue de droit sanitaire et social* 2009 ; 5, p. 832-844.

CRISTOL Danièle. Service public et hôpital, quarante ans après la loi Boulin. In : COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 73-84.

CRISTOL Danièle. La réorganisation des services de l'État en matière sociale. Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 27-40.

DEBARBIEUX Bernard. Territoire. In : LÉVY Jacques, LUSSAULT Michel (dir). *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin, 2003, p. 910.

DECOSTER A., GRANDBASTIEN B., DEMORY M.-F., LECLERCQ V., ALFANDARI S. A prospective study of nosocomial-infection-related mortality assessed through mortality reviews in 14 hospitals in Northern France. *Journal of Hospital Infection* 2012 ; 80 (4), [réf. du 12 avril 2012], p. 310-315. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/S0195670111004518/1-s2.0-S0195670111004518-main.pdf?_tid=ae85450ce67c0e7061b7300de942e1af&acdnat=1334218782_70cada2ae46a02307867b36bb84d28b0

DEGUEN S., LALLOUE B., BARD D., HAVARD S., ARVEILER D., ZMIROU-NAVIER D. *A Small-Area Ecological Study of Myocardial Infarction, Neighborhood Deprivation and Gender : A Bayesian modeling approach*. *Epidemiology* 2010 ; 21 (4), p. 459-466.

DEGUERGUE Maryse. Droits des malades et qualité du système de santé. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2002 ; 6, [réf. du 29 décembre 2011], p. 508-516. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

DEGUERGUE Maryse. La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux à l'hôpital. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2003, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1946. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

DEGUERGUE Maryse. De quelques difficultés de la notion de service social. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2008 [réf. du 29 décembre 2011], p. 179. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

DEGUERGUE Maryse. La biodiversité dans le Grenelle de l'environnement. *Bulletin de Droit de l'Environnement industriel* 2010 ; NS, p. 53-56.

DEGUERGUE Maryse. Healthcare establishments. A. LAUDE, D. TABUTEAU (dir). *European Health Code*. Paris : Editions de Santé, 2012, p. 1131-1142.

DE JOUVENEL Hugues. Les patients à l'horizon 2025. In : TABUTEAU D. (dir.). Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. *Office de Prospective en Santé*. Paris : Éditions de Santé/Les Presses de Sciences Po, 2011, p. 73-76.

DE LARD Brigitte, TANGUY Hervé. Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé. *Revue de droit sanitaire et social* 2009 ; 5, p. 850-853.

DELAS Aurélien. L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote* 2011 ; 143, p. 89-119.

DELPRAT Laurent. Vulnérabilité, handicap et protection sociale : que dit le droit ? In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 231-248.

DEMEULEMEESTER René. Les articulations entre programmes nationaux, régionaux et locaux de santé. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, DEMEULEMEESTER René (dir). Dossier « Politiques et programmes régionaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 46, [réf. du 29 décembre 2011], p. 44-45. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

DEMICHEL Francine. Le handicap : demain, un droit à part entière ? In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 248-249.

DE POUVOURVILLE Gérard. L'organisation des soins. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 401-406.

DESPRES Caroline, DOURGNON Paul, TANTIN Romain, JUSOT Florence. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 170, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

DESCHAMPS Jean-Pierre. La promotion de la santé. In : BOURDILLON François. *Traité de prévention*. Paris : Editions Flammarion, Médecine-Sciences, 2009, p. 88-93.

DE SAINT POL Thibaut. Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2011 ; 31, p. 333-338.

DE STAMPA Matthieu, VEDEL Isabelle, MAURIAT Claire, BAGARAGAZA Emmanuel, ROUTELOUS Christelle, BERGMAN Howard, LAPOINTE Liette, CASSOU Beranrd, ANKRI Joël, HENRARD Jean-Claude. Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *Int J Integr Care* [en ligne]. 2010 ; 18, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-10. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

DE TURENNE Isabelle, JOURDAIN Alain. Les outils de la planification. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1995 ; 11, [réf. du 29 décembre 2011], p. XII. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

DEVAILLY Jean-Pascal. L'AVC sévère : une forme d'exclusion méconnue. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 149-193.

DEVAUX Marion, JUSOT Florence, TRANNOY Alain, TUBEUF Sandy. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2007 ; 118, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/colloques/inegalites/pdf/devaux_jusot_texte.pdf

DODET Jean-François. Les schémas sanitaires spécifiques : La transfusion sanguine et les urgences. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1995 ; 11, [réf. du 29 décembre 2011], p. XIX. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

DORMONT Brigitte, GRIGNON Michel, HUBER Hélène. Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing. *Health Econ* [en ligne]. 2006 ; 15, [réf. du 29 décembre 2011], p. 947-963. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

DORSNER-DOLIVET Annick. Le consentement au traitement médical : une liberté fondamentale en demi-teinte. *Revue française de droit administratif* 2003, p. 528-535.

DREUIL Daniel. Santé publique et médecine de santé publique, dans une perspective éthique. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, SALINES Emmanuelle, SEGOUIN Christophe (dir). *Médecins de santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2006, p. 140-150.

DRUCKER Jacques. La réforme de la santé aux États-Unis. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2010 ; 71, p. 9-12.

DUDLEY Lilian, GARNER Paul. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev* [en ligne]. 2011 ; 6 (7), [réf. du 29 décembre 2011], CD003318. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

DUMONT Gérard. Le principe républicain d'égalité et l'accès aux soins. In : VIGNERON Emmanuel. *Pour une approche territoriale de la santé*. Collection « Bibliothèque des territoires ». La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube, 2003, p. 65-88.

ECKERT MALÉCOT Monelle. Agence régionale de santé et préfet. In : COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 363-371.

EMMANUELLI Xavier. L'exclusion, une pathologie sociale. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, p. 425-430.

EVANS R.-G., STODDART G. Producing health, consuming health care. Population health program. *Canadian institute for advanced research* 1990 ; working paper n°6.

EVIN Claude. La portée de la définition O.M.S. de la santé. *Revue Générale de Droit Médical* 1999 ; 1, p. 117-127.

EVIN Claude. Les agences régionales de santé en 2025. In : TABUTEAU D. (dir.). Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. *Office de Prospective en Santé*. Paris : Éditions de Santé/Les Presses de Sciences Po, 2011, p. 63-68.

FARGEON Valérie, MINVIELLE Etienne, VALETTE Annick, DENIS Jean-Louis. Les agences régionales de l'hospitalisation ont cinq ans : bouleversement ou aménagement d'un dispositif de régulation ? *Politiques et management public* 2002 ; 20 (2), p. 43-59.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

FASSIN Didier. Les inégalités sociales de santé, un problème français. Dossier : « Krach sanitaire : la crise à quel prix ? ». *Revue Humanitaire* 2012 ; 30, p. 34-39.

FASSIN Didier, NAUDE Anne-Jeanne. Plumbism reinvented : childhood lead poisoning in France, 1985-1990. *Am J Public Health* [en ligne]. 2004 ; 94, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1854-1863. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

FLAHAULT Antoine, SETBON Michel. Egalité, Solidarité. La mobilisation contre les inégalités sociales de santé. In : DREUX Claude, MATTEI Jean-François. *Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé*. New York : Editions Springer 2011, p. 147-178.

FOREST Pierre-Gerlier. Le pouvoir, les incitations, la confiance. In : HENRARD Jean-Claude, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*[en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 58-59. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

FRENK Julio. The new public health. *Ann Rev Public Health* 1993 ; 14 : 469-490.

GARIEN Charlotte, AUBRY Gaëlle. Assistante sociale à la polyclinique Baudelaire – PASS : des professionnelles de santé publique ? In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques. (dir). *Innové contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 235-242.

GRANIER Thierry. L'avenir de la médecine libérale à la lumière de l'évolution des structures sociétales accueillant l'activité. Numéro hors-série « La médecine libérale : quel avenir ? » *Revue de droit sanitaire et sociale* 2011, p. 21-32.

GEORGES Claire, APARICIO Caroline. Les PASS : d'une mission de service public aux bases d'une nouvelle Médecine. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innové contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 326-329.

GERHART Catherine, PELÉ Gérard. Évaluation nationale des Praps de première génération. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 46, [réf. du 29 décembre 2011], p. 56-60. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

GINON Anne-Sophie. La réorganisation de l'offre de soins en niveaux de recours : dits et non-dits d'une réforme d'ampleur. In : COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, , p. 183-196.

GLASZIOU Paul P., BUCHAN Heather, DEL MAR Chris, DOUST Jenny, HARRIS Mark, KNIGHT Rosemary, SCOTT Anthony, SCOTT Iann A. STOCKWELL Alexis. When financial incentives do more good than harm : a checklist. *British Medical Journal* [en ligne]. 2012 ; 345, [réf. du 29 août 2012], p. 22-25. Disponible sur : <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/598392/6/1>

GONZÁLEZ BLOCK Miguel-Angle, SANDIFORD Peter, RUIZ José-Arturo, ROVIRA Joan. Beyond health gain: the range of health system benefits expressed by social groups in Mexico and Central America. *Soc Sci Med* [en ligne]. 2001 ; 52 (10), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1537-1550. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

GREMY François. Histoire et avenir de la santé publique. In : HENRARD J.-C., BRÉCHAT P.-H. (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 67-68. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

GRIMAUD Olivier, JOURDAIN Alain. Le rapport d'objectifs de santé publique : Une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre ? *Santé publique* [en ligne]. 2004 ; 16, [réf. du 29 décembre 2011], p. 673-675. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

GROS Jeannette. Les représentants d'usagers. La CAPS, un outil de prévention. In : LONSDORFER Jean, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Consultation de l'aptitude physique du senior*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 131-133.

HALL T.-L. The Political aspects of Health Planning. In : REINKE W.-A. (dir). *Health planning : qualitative aspects and quantitative techniques*. Baltimore : John Hopkins University press, 1972, p. 73-95.

HASTINGS-MARCHADIER Antoinette. Les collectivités locales et le financement public du logement social. In : *Santé, Environnement & Territoires*. Pouvoirs locaux 2011 ; 90, p. 107-120.

HEBERT Réjean. PRISMA, Un modèle de type coordination. *Canadian Journal on Aging* 2006 ; 25 (Suppl. 1), p. 14.

HENRARD Jean-Claude. Plans et planification : Définition et histoire. *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1995 ; 11, [réf. du 29 décembre 2011], p. IV. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

HENRARD Jean-Claude. Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique. In : HENRARD Jean-Claude, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 18-21. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

HERZOG Véronique. Système de soins, système de santé et précarité : quelles perspectives ? *Actualité et dossier en santé publique* [en ligne]. 1995 ; 12, [réf. du 29 décembre 2011], p. XXIV-XXVI. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

HIDER Phil, LAY-YEE Roy, CRAMPTON Peter, DAVIS Peter. Comparison of services provided by urban commercial, community-governed and traditional primary care practices in New Zealand. *J Health Serv Res Policy* [en ligne]. 2007 ; 12 (4), [réf. du 29 décembre 2011], p. 215-222. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

HOLSTEIN J., FARGE G., TARIGHT N., TRINQUART L., MANAC'H D., BASTIANIC T., CHATELLIER G. Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers secteur de court séjour. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. 2009 ; 57, [réf. du 29 décembre 2011], p. 205-211. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

HORTON Richard. Offline : Indignez-vous ! *Lancet* 2011 ; 397, p. 754.

JABOT Françoise, NICOLAS Christian. La formation au management des politiques régionales de santé. In: HENRARD Jean-Claude, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2004 ; 46, [réf. du 29 décembre 2011], p. 59. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

JACKSON Nicki, WATER Elizabeth. Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health Promotion International* [en ligne]. 2005 ; 20, [réf. du 29 décembre 2011], p. 367-74. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

JEBEILI Cécile. Le bassin de vie, nouveau critère de l'intercommunalité rurale. *Droit rural* 2011 ; 392, étude 12.

JHA Ashish K., JOYNT Karen E., ORAV E. John, EPSTEIN Arnold M. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *New England Journal of Medicine* [en ligne]. 2012 ; 26, [réf. du 30 mai 2012], p. 1606-1615. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1112351>

JHA Ashish K., PERLIN Jonathan B., KIZER Kenneth W., DUDLEY R. Adams. Effect of the transformation of the Veterans Affairs health care system on the quality of care. *New England Journal of Medicine* [en ligne]. 2003 ; 22 (348),° [réf. du 29 décembre 2011], p. 2218-2217. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

JORNET Francisco. Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.108-115.

JOURDAIN Alain. Zoom sur...Les besoins et priorités de santé. In : JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Deuxième édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 47-50.

JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri. Déterminants de la santé, promotion de la santé et évaluation. In : JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Deuxième édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 51-65.

JOURDAIN-MENNINGER Danièle. Les personnes en situation de précarité. In : BOURDILLON François, BRÜCKER Gille, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Editions Flammarion Médecine-Sciences, 2004, p. 435-439.

JUSOT Florence, POLTON Dominique. La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2005 ; 50, [réf. du 29 décembre 2011], p. 33-36. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

KADA Nicolas. La réforme de l'État territorial. *Revue française d'administration publique* 2012 ; 1 (141), 109-120.

KHAW Kay-Tee, WAREHAM Nicholas, BINGHAM Sheila, WELCH Ailsa, LUBEN Robert, DAY Nicholas. Combined impact of Health Behaviours and mortality in men and women : The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PloS Medicine* [en ligne]. 2008 ; 5 (1), [réf. du 29 décembre 2011], p. e12. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

KIMBERLY John R. Preparing leaders in public health for success in a flatter, more distributed and collaborative world. *Public Health Reviews* 2011 ; 33 (1), p. 289-299.

KOUBI Geneviève. Égalité, inégalités, différences. In : MICHAUD Yves. (dir). *Égalité et Inégalités*. Université de tous les savoirs. Paris : Editions Odile Jacob, 2003, p. 117-143.

KOUBI Geneviève. La dégénérescence du service public : du service « au » public au service « rendu à la personne ». Personnes publiques et personnes privées dans la gestion du service public. Intérêt général et intérêt du travailleur. *Le Droit Ouvrier* 2008, p. 167-174.

KOUBI Geneviève. La territorialisation du service public, atteinte à l'égalité devant le service public ? In : LONG Martine (dir). *Egalité et services publics territoriaux*. Collection « décentralisation et développement local ». Paris : Éditions Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ), 2005, p. 27-40.

LAFORE Robert. Les « territoires » de l'action sociale : l'effacement du modèle « départementaliste ». Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 5-16.

LAFORE Robert. Etablissements, services, vieillissement et territoires : l'impact de la dépendance. Dossier « vieillissement et territoire ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 4, p. 583-590.

LAUDE Anne. Accès aux soins-précarité-droit. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 39-50.

LEBAS Jacques. La polyclinique Baudelaire 15 ans après. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 209-211.

LE BOULER Stéphane. *Un contenu diversifié pour les agences régionales de santé*. Dossier : Régions et santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2006 ; 3 (12), [réf. du 29 décembre 2011], p. 39. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2006-3-page-37.htm>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

LECLERC Annette, LANG Thierry. Les inégalités sociales en matière de santé. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 187-192.

LECUYER Yannick. Mutualisation et services publics : les enjeux de la réforme. *Droit Administratif* 2009 ; étude 6, p. 1-12.

LE FAOU Anne-Laurence, LE CREN Frédéric, BRÉCHAT Pierre-Henri La prévention en France, aux Etats-Unis d'Amérique et dans la Province du Québec : Les exemples du déterminant de santé activités physiques et sportives et des seniors. In : LONSDORFER Jean, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Consultation de l'aptitude physique du senior*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 39-66.

LE MOAL Joëlle, EILSTEIN Daniel, SALINES Georges. La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 22, [réf. du 29 décembre 2011], p. 281-289. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

LEMOUZY Laurence. Santé, Environnement et Territoires. In : *Santé, Environnement & Territoires*. Pouvoirs locaux 2011 ; 90, p. 1.

LERNOUT Tiffany, LEBRUN Louis, BRÉCHAT Pierre-Henri. Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. *Santé publique* [en ligne]. 2007 ; 6, [réf. du 29 décembre 2011], p. 499-512. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

LEVOYER Loïc. Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2009 [réf. du 29 décembre 2011], p. 2219. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

LOMBRAIL Pierre. Accès aux soins. In : LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (dir). *Les inégalités sociales de santé*. Collection « Recherches ». Paris : Editions La Découverte/INSERM, 2000, p. 403-418.

LONG Martine. Intercommunalité, communes et population âgée : la prise en compte du vieillissement par les territoires. Dossier « vieillissement et territoire ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 4, p. 605-614.

LUDWIG Jens, SANBONMATSU Lisa, GENNETIAN Lisa, ADAM Emma, DUNCAN Greg J., KATZ Lawrence F., KESSLER Ronald C., KING Jeffrey R., TESSLER LINDAU Stacy, WHITAKER Robert C., McDADE Thomas W. Neighborhoods, Obesity, and Diabetes - A Randomized Social Experiment. *N Engl J Med* [en ligne]. 2011 ; 365, [réf. du 29 décembre 2011], p.1509-1519. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

LUND Rikke, NILSSON Charlotte Juul, AVLUND Kirsten. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations ? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age and ageing* [en ligne]. 2010 ; 39 (3), [réf. du 29 décembre 2011], p. 319-326. Disponible sur : <http://ageing.oxfordjournals.org/content/39/3/319.long>

LYNCH John W., SMITH George Davey, KAPLAN George A., HOUSE James S. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* [en ligne]. 2000 ; 29 (320), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1200-12004. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MACE Jean-Marc. *La menace des déséquilibres régionaux*. Dossier : Régions et santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2006 ; 3 (12), [réf. du 29 décembre 2011], p. 45-55. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_012_0045

MACIOSEK Michael V., COFFIELD Ashley B., EDWARDS Nichol M., Thomas J. FLOTTEMESCH. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis. *American Journal of Preventive Medicine* [en ligne]. 2006 ; 31, [réf. du 29 décembre 2011], p. 52-61. Disponible sur : <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0749-3797/PIISO749379706001243.pdf>

MACKENBACH Johan P., BAKKER Martijntje J. Tackling socioeconomic inequalities in health : analysis of European experiences. *Lancet* [en ligne]. 2003; 362, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1409–1414. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MACKENBACH Johan P., MEERDING Willem J., KUNST Anton E. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* [en ligne]. 2011 ; 65 (5), [réf. du 29 décembre 2011], p. 412-419. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MACKENBACH Johan P., STRONCKS Karien. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* [en ligne]. 2004 ; 3 (11), [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-7. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MADIOT Yves. Service public et aménagement du territoire. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 1997 [réf. du 29 décembre 2011], p. 83. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

MAINAUD Thierry. *Les établissements accueillant des adultes et des familles en difficulté sociale*. Premiers résultats de l'enquête ES 2008. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2010 ; 738.

MAINPIN Clémence, BLOND Chloé, BOTTIN Franck, GÉZÉQUEL Bruno, GUILLEMOT Mathilde, HORVATH Maria, MULLER Marie, PRAT Valléda, MOREL Olivier, BARRANGER Emmanuel, BRÉCHAT Pierre-Henri. Précarité, tarification à l'activité, planification sanitaire et sociale: étude pilote à l'hôpital Lariboisière de Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* [en ligne]. 2011 ; 39 (6), [réf. du 29 décembre 2011], p. 351-357. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MALAIZÉ Vincent, DESRIVIERRE David. Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux. Pages de Profils n°105. *INSEE* [en ligne]. 2012 [réf. du 26 juin 2012]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=18724#inter1

MANN Jonathan. L'impact de la santé sur les droits de l'homme : l'impact des droits de l'homme sur la santé. In : MANN Jonathan, GRUSKIN Sophia, BERTRAND Dominique (dir). *Santé publique et droits de l'homme*. Collection de l'espace éthique. Paris : Assistance publique - hôpitaux de Paris, 1997, p. 35-43.

MARCUM Zachary A., AMUAN Megan E., HANLON Joseph T., ASPINALL Sherrie L., HANDLER Steven M., RUBY Christine M., PUGH Mary Jo V. Prevalence of Unplanned Hospitalizations Caused by Adverse Drug Reactions in Older Veterans. *J Am Geriatr Soc* [en ligne]. 2011 ; Dec 8, [réf. du 29 décembre 2011], doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03772.x. [Epub ahead of print]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03772.x/pdf>

MARIÉ Romain. Dépassements d'honoraires et accès aux soins. *Revue de droit sanitaire et social* 2010 ; 3, p. 511-519.

MARIÉ Romain. Financement des dépenses de santé et accès aux soins. *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 2, p. 312-321.

MAURY Suzanne. Réhabiliter les soins de proximité ? *Revue de droit sanitaire et social* 2012 ; 1, p. 84-96.

MEARA Ellen, RICHARDS Seth, CUTLER David. The Gap Gets Bigger: Changes In Mortality And Life Expectancy, By Education, 1981–2000. *Health Affairs* [en ligne]. 2008 ; 27 (2), [réf. du 29 décembre 2011], p. 350-360. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MERRIEN François-Xavier. La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et politiques* 1999 ; 41, p. 95-103.

MOQUET-ANGER Marie-Laure. Territoires de santé et égalité des citoyens. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 116-128.

MOREAU Jacques. Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation. Territoire de santé. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 16-27.

MOSSE Philippe. Les restructurations hospitalières : modèle ou succédané de politique hospitalière. *Revue française des affaires sociales* 2001 ; 2, p. 11-26.

MULLAN Fitzhugh. Don Quixote, Machiavelli, and Robin Hood : Public Health Practice, Past and Present. *Am J Public Health* [en ligne]. 2000 ; 90 (5), [réf. du 29 décembre 2011], p. 702-706. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

NESTRIGUE Clément, OR Zeynep. Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 171, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-8. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

O'NEILL Michel, CARDINAL Lise. Les ambiguïtés de la promotion de la santé au Québec. *Recherches sociographiques* 1998 ; 39, p. 1.

O'NEILL Michel. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? *Promotion & Education* [en ligne]. 2004 ; 11, [réf. du 29 décembre 2011], p. 6. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

PELLET Rémi. Assurance maladie et territoires. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.38-64.

PELLET Rémi. Les relations entre l'assurance maladie et l'Etat. In : COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir). *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 372-381.

PELLUCHON Corine. Situation de précarité, capacités et solidarité. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 441-444.

PERELMANN Julian, CLOSON Marie-Christine. Hospital response to prospective financing of in-patient days: the Belgian case. *Health Policy* [en ligne]. 2007 ; 84, [réf. du 29 décembre 2011], p. 200-209. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

PERELMANN Julian, SHMUELI Amir, CLOSON Marie-Christine. Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: integrating the impact of socio-economic status on length of stay. *Soc Sci Med* [en ligne]. 2008 ; 66, [réf. du 29 décembre 2011], p. 88-98. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

PERRONNIN Marc, PIERRE Aurélie, ROCHEREAU Thierry. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. 2011 ; 161, [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-6. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes161.pdf>

PIERRU Frédéric, BRÉCHAT Pierre-Henri. Planification de la prévention et des soins : déconcentration, concurrence et risque d'exclusion. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 71-88.

PONTIER Jean-Marie. Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité. *Actualité Juridique Droit Administratif* [en ligne]. 2009 [réf. du 29 décembre 2011], p. 2205. Disponible sur : <http://bu.dalloz.fr/Document?produit-id=AJDA&famille-id=REVUES#>

PRESCRIRE. Inégalités sociales de santé en France aussi. Numéro spécial : agir pour l'accès aux soins de qualité. *Prescrire* 2010 ; 30, p. 570.

PRESCRIRE. Le point après 2 ans d'analyse des guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé. Numéro spécial : agir pour l'accès aux soins de qualité. *Prescrire* 2010 ; 30, p. 614-615.

PRESCRIRE. Effets indésirables graves des soins en France, suite : l'étude Eneis 2. *Prescrire* 2011 ; 31, p. 913-917.

PRESCRIRE. www.healthtalkonline.org : un site britannique de partage de vécus personnels de patients. Numéro spécial « Travailler ensemble pour mieux soigner. Pourquoi ? Quand ? Comment ? ». *Prescrire* 2012 ; 32, p. 566-567.

RAFFESTIN Claude. Ecogénèse territoriale et territorialité. In : AURIAC Franck, BRUNET Roger (dir). *Espaces, jeux et enjeux*. Collection « nouvelle encyclopédie des sciences et des techniques / Essais ». Paris : Editions Fayard, 1986, p. 173-185.

RIHAL Hervé. Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires. *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, p 27-33.

ROCHEFORT Jeannine. Etat des lieux des PASS dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques. (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 330-334.

RODWIN Victor. La révolution tranquille du managed care aux Etats-Unis. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 215-223.

ROMAGNAN Barbara. L'importance du logement dans l'état de santé. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 217-229.

RUSH Bonnie, SHIELL Alan, HAWE Penelope. A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research* [en ligne]. 2004 19 (6), [réf. du 29 décembre 2011], p. 707-719. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

SAINT-LAURENT Anne. Prévention globale, une originalité ou une habitude ? *Gérontologie et Société* 2008 ; 125, p. 201-207.

SAINT-LAURENT Anne, DEJARDIN Philippe. *La prévention pour « bien vieillir » après 50 ans : s'adapter pour une population fragilisée ?* In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 165-180.

SALIBA-SERRES Bérengère, VENTELON Bruno. L'exercice de la médecine de ville : entre changement et continuité. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé 2009, p. 407-414.

SALINES Emmanuelle, BRÉCHAT Pierre-Henri, SCHAETZEL Françoise, DANZON Arlette. Régionalisation : l'expérience de la Catalogne. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2001 ; 37, [réf. du 29 décembre 2011], p. 61-67. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

SANTE ET SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC. *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. Québec : Santé et services sociaux du Québec, 2011, p. 4-5.

SEGOVIA-KUENY Sandrine. Soins de premier et de second recours. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.35-37.

STEBLER-WATIER Karine. Planifier le social. In : JOURDAIN Alain, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2008, p. 123-134.

STIER Daniel D., THOMBLEY Melisa L., KHON Melvin A., JESADA Rebecca A. The status of legal authority for injury prevention practice in state health departments. *American Journal of Public Health* [en ligne]. 2012 ; 102 (6), [réf. du 12 juin 2012], p. 1067-1078. Disponible sur : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2011.300454>

STRINGHINI Silvia, SABIA Séverine, SHIPLEY Martin, BRUNNER Eric, NABI Hermann, KIVIMAKI Mika, SINGH-MANOUX Archana. Association of Socioeconomic Position With Health Behaviors and Mortality. *JAMA* [en ligne]. 2010 ; 303(12), [réf. du 29 décembre 2011], p.1159-1166. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

STRONKS Karien, MACKENBACH Johan P. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health* [en ligne]. 2006 ; 16 (4), [réf. du 29 décembre 2011], p. 346-365. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

STUCKLER David, BASU Sanjay, McKEE Martin. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* [en ligne]. 2010 ; 340, [réf. du 29 décembre 2011], p. 3311. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

STUCKLER D., BASU Sanjay, McKEE Martin. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom ? *BMJ* [en ligne]. 2011 ; 23, [réf. du 29 décembre 2011], p. 343. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

STUKEL T.-A., FISHER E.-S., ALTER D.-A., GUTTMANN A., KO D.-T., FUNG K., WODCHIS W.-P., BAXTER N.-N., EARLE C.-C., LEE D.-S. Association of hospital spending intensity with mortality and readmission rates in Ontario hospitals. *Journal of the American Medical Association* [en ligne]. 2012 ; 307 (10), [réf. du 6 avril 2012], p. 1037-1045. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416099>

SUHRCKE Marc, FUMAGALLI Elena, HANCOCK Ruth. Is There a Wealth Dividend of Aging Societies? *Public Health Reviews* [en ligne]. 2010 ; 3, [réf. du 29 décembre 2011], p. 377-400. Disponible sur : http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Suhrcke.pdf

SWENNEN Philippe. Pas de remède universel, mais des pistes de solutions. 27 pays européens : autant de systèmes de santé. Numéro spécial : agir pour l'accès aux soins de qualité. *Prescrire* 2010 , 30, p. 634-637.

TABUTEAU Didier. Principes et organisation de la sécurité sanitaire. In : BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion, 2007, p. 69-77.

TABUTEAU Didier. Politiques de santé et territoire. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p. 7-15.

TABUTEAU Didier. Droit de la santé et économie de la santé. In : BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (dir). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Sciences Po. Les Presses. Editions de santé, 2009, p. 83-89.

TABUTEAU Didier. Préface. In : AEBERHARD Patrick, JEDIDI Sonia, HACHIMI-ALAOUI Myriam, BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*. Paris : Les Études hospitalières, 2011, p. 13-18.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

TABUTEAU Didier. Préface. In : CASTIEL Didier, BRÉCHAT Pierre-Henri (dir). *Solidarités, précarité et handicap social*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 3-4.

TABUTEAU Didier. Loi HPST : des interrogations pour demain ! *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 1, [réf. du 29 décembre 2011], p. 79-90. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

TABUTEAU Didier. Loi de santé publique et politique de santé. *Santé publique* [en ligne]. 2010 ; 2, [réf. du 29 décembre 2011], p. 253-264. Disponible sur : <http://www.cairn.info/>

TABUTEAU Didier. La métamorphose silencieuse des assurances maladies. *Droit social* 2010 ; 1, p. 1-8.

TABUTEAU Didier. *Pouvoirs publics et professions de santé*. Dossier : Les nouveaux défis des professions de santé. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2010 ; 3 (28), [réf. du 29 décembre 2011], p. 103-121. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_026_0103

TABUTEAU Didier. Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics. *Droit social* 2011 ; 12 (704), p. 1277-1282.

TABUTEAU Didier. *Tribune*. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 417-420.

TABUTEAU Didier, MARTIN Dominique. Les droits des personnes malades. In : BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion, 2007, p. 13-23.

TARLOV Alvin R., ST PETER Robert F. Introduction. In: TARLOV Alvin R., ST PETER Robert F. *The society and population health reader*. Volume II, a state and community perspective. New York : The Press, 2000, p. IX-XXV.

TOME GERTHEINRICHES Elisabeth, KIEFFER Françoise La santé de toutes les femmes : une priorité de santé publique. In : BRÉCHAT Pierre-Henri, LEBAS Jacques (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 471-478.

TONNELIER François (dir). Dossier « Géographie de la santé ». *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997 ; 19, p. I-XL.

TRANNOY Alain. Les inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. 2008 ; 56 (6S) [réf. du 29 décembre 2011], p. 353-354. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

VIDANA Jean-Louis. Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire. *Revue de Droit Sanitaire et Social* 2012 ; 2, p. 267-279.

VIGNERON Emmanuel. Pour une approche territoriale des besoins de santé en France. In : VIGNERON Emmanuel. *Pour une approche territoriale de la santé*. Collection « Bibliothèque des territoires ». La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube, 2003, p. 155.

VILLENEUVE Pierre. Les compétences sanitaires des collectivités territoriales. *Revue de droit sanitaire et social*, numéro hors-série 2009, p.86-97.

VINCENT Gérard. *Les réformes hospitalières*. Dossier : Les réformes hospitalières. SEVE : Les tribunes de la santé [en ligne]. 2005 ; 113, [réf. du 29 décembre 2011], p. 51-53. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-d-administration-publique-2005-1-page-49.htm>

VINQUANT Jean-Philippe, MAYO-SIMBSLER Séverine. Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques. *Actualité et Dossier en Santé Publique* [en ligne]. 2010 ; 72, [réf. du 29 décembre 2011], p. 33-36. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

VINSONNEAU Arnaud. La régulation du secteur social et médico-social près la loi HPST : des règles de plus en plus complexes. Dossier « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue de droit sanitaire et social* 2011 ; 1, p. 41-53.

WENBERG John. Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ* [en ligne] 2011 ; 342, [réf. 29 décembre 2011], p. 687-690. Disponible sur : <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/8810/7/1>

WHITE Kerr L. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res* [en ligne]. 1997 ; 32 (1), [réf. du 29 décembre 2011], p. 11-21. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

WHITE Kerr L., WILLIAMS Franklin, GREENBERG Bernard G. The Ecology of Medical Care. *The New England Journal of Medicine* [en ligne]. 1996 ; 265, [réf. du 29 décembre 2011], p. 885-892. Disponible sur : http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/whiteecologyofmedicalcare.Par.0001.File.tmp/White_Ecology_of_Medical_Care.pdf

ZITOUNI Françoise. Révision géographique prioritaire de la politique de la ville : du zonage au contrat. *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales* 2010 ; 6, p. 1-8.

4- RAPPORTS

ANGOTTI Matthieu, DENIZEAU Mirrilyn, OLM Christine. *Les Conséquences de la crise pour les ménages et plus particulièrement des plus pauvres*. Paris : CREDOC, 2008.

ANTARES CONSULTING, ANAP, ARS ILE-DE-France. *Améliorer le parcours de santé des personnes âgées sur leur territoire*. ANTARES Consulting, ANAP, ARS Ile-de-France, 2011.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

ARH, DRASS, DRSM, INSEE, ORS URCAM. *Les 6 Territoires de santé francs-comtois*. Repères démographiques, économiques et sanitaires. ARH, DRASS, DRSM, INSEE, ORS URCAM, octobre 2004, 123 pages.

AUVRAY Laurence, DOUSSIN Anne, LE FUR Philippe. *Santé, soins et protection sociale en 2002*. CREDES, Série Résultats, 2003, n°1509 p. 179.

AUZANNEAU Nadia, CHARDRON Stéphanie. Baromètre Le système de santé français. Version n°2. Rapport. OpinionWay, mars 2012, 35 pages.

BALLADUR Edouard. *Il est temps de décider*. Rapport au Président de la République. Comité pour la réforme des collectivités locales [en ligne]. Paris : Editions Fayard, 2009 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//094000097/0000.pdf>

BELLAMY Vanessa. *Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010*. Série Études et Recherches. DREES [en ligne]. n°786, décembre 2011 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er786-2.pdf>

BERLAND Yvon. *Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*. Mission « Transfert de Compétences ». Rapport d'étape. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

BERNIER Marc. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 30 septembre 2008, n°1132 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

BIGOT Régis. *L'opinion défend à la fois la liberté individuelle et la cohésion sociale*. Consommation et modes de vie. CREDOC [en ligne]. juillet 2010 ; n°231 [réf. du 29 décembre 2011], p. 1-4. Disponible sur : <http://www.credoc.fr/pdf/4p/231.pdf>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, SARDAS Jean-Claude, GAND Sébastien. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, les enjeux organisationnels et les dynamiques professionnelles*. Rapport commandité par la Fondation Paul Bennetot. Centre de gestion scientifique, Mines ParisTech, 2011, 241 pages.

BOENNEC Philippe. *Rapport d'information sur la permanence des soins*. Délégation à l'aménagement et au développement du territoire, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 21 octobre 2008, n°1205 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>

BONAN Henri, DARNIS Jean-Paul, CHADELAT Jean-François, SCHECHTER François. *La péréquation régionale des dépenses hospitalières. Analyse dans quatre régions*. Rapport. Paris : Inspection générales des affaires sociales, 2011.

BOURDILLON François, Etienne. *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Rapport du séminaire de travail « Réduire les inégalités sociales de santé ». Collection « Séminaires ». Paris : Editions de Santé & Presses de Sciences Po, 2012.

BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles. *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009.

BRUGIERE Marie-Thérèse. *Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre*. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires de santé [en ligne]. 14 juin 2011, n°600 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-600.html>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Morbidity and mortality report. [en ligne]. 2011 ; 60 (19), [réf. du 29 décembre 2011], p. 619-623. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6019.pdf>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

CERCLE SANTE EUROP ASSISTANCE. *Les soins de santé en Europe et aux Etats-Unis. Résultats du baromètre 2011 et évolutions observées depuis 2006*. Synthèse. Cercle Santé Europ Assistance, 2011, 20 pages.

CLAUDIUS-PETIT Eugène. *Pour un plan national d'aménagement du territoire*. Ministère de la reconstruction et de l'urbanisme, 1950.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (CCNE). *Avis N°101. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*. Paris : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2007.

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES. *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*. Bruxelles : Commission des communautés européennes, 2009.

COUR DES COMPTES. *Rapport sur les urgences médicales : constats et évolution récente*. Cour des Comptes, 2006.

COUR DES COMPTES. *Chapitre VIII - La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général*. Rapport public annuel de la Cour des Comptes, 2010, p. 183-206.

COUR DES COMPTES. *La prévention sanitaire*. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières). Cour des comptes [en ligne]. 2011, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

COUR DES COMPTES. *La politique de la ville : une décenni de réformes*. Cour des comptes [en ligne]. 2012, [réf. du 20 juillet 2012]. Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-politique-de-la-ville-une-decennie-de-reformes>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

DANET Sandrine, COCAGNE Nicolas, FOURCADE Aurélie. L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. Série Études et Recherches. DREES [en ligne]. n°747, janvier 2011 [réf. du 6 avril 2012]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/no-747-l-etat-de-sante-de-la-population-en-France.html>

DELEGATION NATIONALE A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE. *Lutte contre la fraude : Bilan 2010*. Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, 2011.

DESMARESCAUX Sylvie. *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 : Secteur médico-social*. Rapport n°88 (2010-2011) fait au nom de la commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence du Sénat [en ligne]. 3 novembre 2010. [réf. du 3 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/110-088-3/110-088-3_mono.html

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Renoncement aux soins*. Actes du colloque. Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2012.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs*. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008.

DUHAMEL Gilles. *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*. Rapport n°2002-073. Paris : Inspection générales des affaires sociales, 2002.

ÉVIN Claude. Les agences régionales de santé en 2025. In : Office de Prospective en Santé. *Les nouveaux patients : Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025*. Rapport 2011. Éditions de Santé. Paris : Les Presses de Sciences Po, 2011, p. 63-68.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

FABRE Catherine, BAUDOT Vincent, TOULEMONDE Sybille, GRES MÉDIATION SANTÉ. *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé*. Rapport final. Commande de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins. Octobre 2003.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Le service public de santé. Une ambition pour la France 2012/2017*. Fédération hospitalière de France [en ligne]. 2012, 44 pages [réf. du 3 janvier 2012]. Disponible sur : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Presses/Dossiers-de-presses/Plate-forme-de-la-FHF-Le-service-public-de-sante-une-ambition-pour-la-France-2012-2017>

FLAJOLET André. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008.

FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. *L'état du mal-logement en France*. Seizième rapport annuel. FONDATION ABBE PIERRE [en ligne]. 2011, 228 pages [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.fondation-abbe-pierre/pdf/rml_11.pdf

FOURCADE Jean-Pierre. *Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. Instituté par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Rapport au Parlement. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé [en ligne]. 7 juillet 2011 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf

GIRAUD, PIGEMENT, WEISS, BERTHOD-WURMSER. *La santé choisie*. Préparation du IX^e plan 1984-1988. Commissariat général du plan. Secrétariat d'Etat auprès du premier ministre, 1983, 144 pages.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

GUILLOD Olivier, SPRUMONT Dominique (dir). *Rapports entre médecins et autorités : indépendance ou collaboration ?* 18^e Journée de droit de la santé. 30 septembre 2011. Institut de droit de la santé. Université de Neuchâtel. Bern : Editions Weblaw, 2011, p. 5-58.

HAUTE AUTORITÉ de SANTÉ. *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*. Rapport. HAS, août 2007.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie pour une politique de santé*. Rennes : ENSP Editeur, 1993.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France. Rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : La Documentation française, 1998.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*. Paris : La Documentation française, 1998.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002.

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité*. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2009.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*. Collection Avis et Rapport. Haut conseil de la santé publique, 2010.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Assurance et perte d'autonomie*. Rapport. Paris : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie [en ligne]. 2011. [réf. du 3 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.espace-ethique.org/doc2011/rapport_HCAAM.pdf

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *L'assurance maladie face à la crise. Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'Ondam et la mesure de l'accessibilité financière des soins*. Rapport annuel. Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie [en ligne]. 2011 [réf. du 3 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.securit-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_hcaam_2011-2.pdf

HESSE Catherine, MAYMIL Vincent, le TAILLANDIER DE GABORY Vincent. *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociale*. Rapport. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011.

HUBERT Elisabeth. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Rapport pour le Président de la République, le 26 novembre 2010, 183 pages.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport annuel 2002 : Politiques sociales de l'État et territoires*. Paris : La Documentation française, 2002.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, GRES MÉDIATION. *Études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2004.

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ. *Prospective santé 2030–prévention 2010*. Rapport final. Paris : INPES, 2010.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *France, portrait social – Édition 2010*. INSEE, [en ligne]. 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=FPORSOC10>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *Revenus et patrimoine des ménages*. INSEE, [en ligne]. 2011 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=REVPMEN11>

JACKSON S.-F., EDWARDS R.-K., KAHAN B., GOODSTADT M. *An assessment of the methods and concepts used to synthesize the evidence of effectiveness in health promotion: A review of 17 initiatives*. Canadian Consortium for Health Promotion Research, Toronto, 2001.

JEGOU Jean-Jacques. *Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier*. Commission des finances, enregistré à la Présidence du Sénat [en ligne]. 29 juin 2011, n°686 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r10-686/r10-6861.pdf>

JOURDAIN Alain (dir). *Les SROS de troisième génération : un état des lieux en 2007*. Association des Régions de France et Ecole des hautes études en santé publique [en ligne]. 2009. [réf. du 12 juin 2012]. Disponible sur : <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/documents/rapport-sros-jourdain.pdf>

JUILHARD Jean-Marc. *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales [en ligne]. 4 octobre 2007, n°14 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014.html>

JUILHARD Jean-Marc, CROCHEMORE Bérengère, TOUBA Annick, VALLANCIEN Guy. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Rapport à la demande du ministre en charge de la santé, des secrétaires d'État en charge de la politique de la ville ainsi que de l'aménagement du territoire [en ligne]. 2010, [réf. du 29 décembre 2011], 52 pages. Disponible sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf

LALANDE Françoise, SCOTTON Claire, BOCQUET Pierre-Yves, BONNET Jean-Louis. *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* RM2012-020P. Paris, Inspection générale des finances [en ligne]. Mars 2012 [réf. 25 juillet 2012]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

LANDRAIN Edouard. *Information sur les réformes de l'assurance maladie en europe*. Rapport d'information n°1672. Assemblée nationale, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 15 juin 2004 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/europe/rap-info/i1672.asp>

LEBAS Jacques. (dir). *Rapport mission PASS*. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, mai 2000.

LE MENN Jacky, MILON Alain. *Le financement des établissements de santé*. Rapport n°703 (2011-2012) fait au nom de la commission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2), enregistré à la Présidence du Sénat [en ligne]. 25 juillet 2012. [réf. du 31 juillet 2012]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

LIDSKY Vincent, THIARD Pierre-Emmanuel, LE BRIGRONEN Maryvonne, THOMAS Jérôme, OLIVIER Matthieu, JEANTET Quentin, GIORGI Dominique, GARRIGUE-GUYONNAUD Hubert, JEANTET Marine, CAYRE Virginie, DAVENEL Jeanne. *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*. Paris, Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales [en ligne]. juin 2012 [réf. 25 juillet 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM-IGAS-IGF_juin2012.pdf

MARIOTTI Jean-Alain. *Aménagement du territoire, services publics et services au public*. Rapport. Conseil économique et social, Journaux officiels, 2006.

MAINAUD Thierry. *Les établissements accueillant des adultes et des familles en difficulté sociale*. Premiers résultats de l'enquête ES 2008. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2010 ; 738.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

MALLOT Jean. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 26 mai 2010, n°2556 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

MARIOTTI Jean-Alain. *Rapport sur l'aménagement du territoire, services publics et services au public*. Conseil économique et social, Journaux officiels, 2006.

MARMOT Michael. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen : World Health Organisation [en ligne] 2010. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf

MC QUEEN David V., ANDERSON Laurie M. *Strengthening the evidence base for health promotion*. Oral communication. Mexico: 5^e Conference on Global Health Promotion [en ligne]. 2000 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Supp1_04.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction des communications. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Ensemble modernisons l'hôpital, dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. Quelle place pour l'établissement de santé dans l'organisation territoriale de l'offre de soins ?* Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*. Ministère de la santé et des sports, 2010.

MOREL Annick, LECOQ Gilles, Danièle JOURDAIN-MENNINGER. *Evaluation de la prise en charge du diabète*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, [en ligne]. 2012, [réf. du 12 juin 2012], p. 6. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf>

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise*. Rapport 2009-2010. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale [en ligne]. Paris, 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONPES_2009-2010.pdf

OBSERVATOIRE NATIONAL DES ZONES SENSIBLES URBAINES. *Inégalités*. Rapport 2011 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles [en ligne]. 2011 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.santenpdc.org/?p=17787>

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Enquête PISA*. OCDE, 2010.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours*. Série de rapports techniques 744. Organisation mondiale de la santé [en ligne]. Genève, 1987, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_744_fre.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours*. Série de rapports techniques 744. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1987.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Glossaire de promotion de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1998.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève : Éditions de l'OMS, 2000.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les soins primaires de santé : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alama-Ata*. Genève : Éditions de l'OMS, 2008.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève : Éditions de l'OMS, 2010.

PAUL Christian, ROLLAND Jean-Marie. *Rapport sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 30 mars 2011, n°3265 [réf. 28 février 2012]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3265.asp>

POLTON Dominique. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. Ministère de l'emploi et de la solidarité ; Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé – CREDES. Paris : La documentation Française [en ligne], 2000 [consulté le 12 janvier 2011]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//014000375/0000.pdf>

PREEL Jean-Luc. *Rapport en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prévention sanitaire*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 8 février 2012, n°4334 [réf. 28 février 2012]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4334.asp>

RICCI Pauline. *Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010*. Points de repères. CNAMTS [en ligne]. 2011 ; 35 [réf. du 29 décembre 2011]. 12 pages. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_35.pdf

ROSSO-DEBORD Valérie. *Rapport en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale [en ligne]. 23 juin 2010, n°2647 [réf. 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>

SOUBIE Raymond. *Santé 2010*. Rapport du groupe « Prospective du système de santé ». Travaux d'ateliers. Commissariat général du plan. Paris : La Documentation française, 1993.

TABUTEAU Didier (dir.). *Les nouveaux patients*. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. Rapport 2011. Office de Prospective en Santé. Paris : Éditions de Santé/Les Presses de Sciences Po, 2011.

UNIVERSITY OF SYDNEY, AUSTRALIAN HEALTH POLICY INSTITUTE, COLUMBIA UNIVERSITY, EARTH INSTITUTE COLOMBIA UNIVERSITY, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, INITIATIVE FOR CARDIOVASCULAR HEALTH RESEARCH. *A Race Against Time The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York, Columbia University, 2004.

WIESER Simon, KAUER Lukas, SCHMIDHAUSER Sara, PLETSCHER Mark, BRUGGER Urs, JEANRENAUD Claude, FUGLISTER-DOUSSE Sylvie, KOHLER Dimitri, MARTI Joachim. *Rapport de synthèse-Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse*. Résumé. Zurich University of Applied Sciences, Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel [en ligne]. 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

WILKINSON Richard, MARMOT Michael (dir). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Deuxième édition. Genève : OMS Europe, [en ligne] 2004 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

WRESINSKI Joseph. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social. Journal Officiel de la République Française [en ligne]. Le 28 février 1987 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : <http://www.atd-quartmonde.org/Grande-pauvrete-et-precarite.html>

5- PRESSE ET MEDIA

ABESCAT Michel. René Passat. *Télérama* 2010 ; 3171, p. 17-20.

APM International. *Accès aux soins des personnes précaires: ministère et ARS souhaitent un état des lieux complet sur les Pass*. Le 23 mai 2011.

APM International. *Répartition inégale des 341 unités de soins intensifs en cardiologie (Usic) sur le territoire*. Le 24 janvier 2012.

APM International. *Attaqué par la FHP, le monde hospitalier public en appelle aux candidats à l'élection présidentielle*. Le 30 janvier 2012.

APM International. *Limitation des dépassements d'honoraires : une action jugée prioritaire par 73 % des Français*. Le 2 avril 2012.

APM International. *Xavier Bertrand veut mieux contrôler les ARS*. Le 2 mai 2012

APM International. *Plus d'un tiers des déclanchements du travail faits sans rechercher le consentement des patientes (enquête Ciane)*. Le 5 avril 2012.

APM International. *Assurance maladie : deux tiers des Français pensent que la lutte contre la fraude permettrait de résorber le déficit (sondage)*. Le 10 avril 2012.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

APM International. *Dix maires alertent sur le risque de médecine hospitalière à deux vitesses entre Paris et sa banlieue*. Le 11 avril 2012.

APM International. *T2A : l'Igas prône un plus grand respect entre les coûts et les tarifs*. Le 18 avril 2012.

APM International. *Hôpital : Didier Tabuteau pour une T2A matinée d'un financement global*. Le 22 mai 2012.

APM International. *Création d'une maison médicale associant Générale de santé et la ville de Pontault-Combault (Seine-et-Marne)*. Le 22 mai 2012.

APM International. *Plus de 80 % des médecins hospitaliers mécontents de l'évolution de l'hôpital public (sondage)*. Le 22 mai 2012.

APM International. *La rentabilité des cliniques a baissé en 2010 (FHP)*. Le 5 juin 2012.

APM International. *Fonction publique : hausse de 1,8 % de la masse salariale en 2011 dans le secteur de la santé*. Le 12 juin 2012.

APM International. *Nord-Pas-de-Calais : la surconsommation de soins liée d'abord à l'état sanitaire et aux difficultés sociales (ARS et INSEE)*. Le 22 juin 2012.

APM International. *Les dépassements d'honoraires médicaux restent stables en 2011, à 2,4 milliards d'euros (assurance maladie)*. Le 10 juillet 2012.

APM International. *La FHP en discussion avec les mutuelles étudiantes et Médecins du Monde pour améliorer l'accès aux cliniques*. Le 11 juillet 2012.

APM International. *Accès à des soins urgents en moins de 30 minutes : la DGOS précise la méthodologie*. Le 19 juillet 2012.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

BAUMARD Maryline. Ecole : les moyens attribués renforcent les inégalités. *Le Monde* [en ligne]. 12 avril 2012 [réf. du 12 avril 2012]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/ecole-primaire-et-secondaire/article/2012/04/12/ecole-les-moyens-attribues-renforcent-les-inegalites_1684433_1473688.html

BENKIMOUN Paul. L'industrie édulcore la politique sanitaire de l'ONU. Les pays riches s'opposent à des recommandations contraignantes sur la lutte contre les maladies non transmissibles. *Le Monde*, jeudi 25 août 2011, p. 9.

CHEVASSUS-AU-LOUIS Nicolas. Comment mieux associer les citoyens à l'élaboration des lois ? *Télérama* 2011, 3206, p. 36-38.

CLAVREUL Laetitia. Coût de la santé : le mensonge par omission du gouvernement. *Le Monde*, le 13 octobre 2010.

CLAVREUL Laetitia. A Paris, les médecins sont surtout des spécialistes. L'accès aux soins dans le nord-est de la capitale pourrait devenir problématique dans les cinq ans à venir. *Le Monde*, le 19 octobre 2010.

CLAVREUL Laetitia. Accès aux soins : de fortes disparités territoriales. *Le Monde*, mercredi 11 juillet 2012, p. 8.

CLAVREUL Laetitia, SANTI Pascale. Le retour des maladies que l'on croyait disparues. *Le Monde*, vendredi 14 octobre 2011, p. 11.

CROM Nathalie. Myriam Revault d'Allonnes. *Télérama* 2012 ; 3268, p. 4-8.

DE KERVASDOUE Jean. On ne soigne pas mieux parce qu'on dépense plus. Dossier « Le scandale des hôpitaux ». *Le Point* 2012 ; 2074, p. 99.

ESTEVEES Olivier. En Grande-Bretagne, les émeutes urbaines découlent des inégalités sociales. *Le Monde* [en ligne]. 12 août 2011, [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/08/12/en-grande-bretagne-les-emeutes-urbaines-decoulent-des-inegalites-sociales_1558929_3232.html

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

ET LES AUTRES. Le logement, une affaire d'Etat. *Le journal de la fondation Abbé Pierre* 2010 ; 69 p. 9-13.

ET LES AUTRES. Des pauvres privés de vivres ! *Le journal de la fondation Abbé Pierre* 2012 ; 74 p. 20.

GUELAUD Claire. La forte dégradation de l'emploi marque l'entrée en récession de la France. *Le Monde*, mercredi 28 décembre 2011, p. 8.

HIRSCH Martin. Gare à la dislocation sociale ! *Le Monde*, mardi 12 décembre 2011, p. 22.

KANNER Patrick, MATTEI Jean-François, SOULAGE François. Mettons fin à l'exclusion bancaire. Elle ne cesse de s'étendre en France. *Le Monde*, samedi 3 décembre 2011 – Dimanche 1^{er} – Lundi 2 janvier 2012, p. 18.

LAURENT Samuel. Sénatoriales : ces dossiers qui ont agacé les élus locaux. *Le Monde*, le 26 septembre 2011.

LE MAINE LIBRE. Des mesures pour soigner les plus démunis. *Le Maine Libre*, le 20 décembre 1994.

LE MONDE. Logement. L'hébergement d'urgence, « liberté fondamentale » pour le Conseil d'Etat. *Le Monde*, Dimanche 12-Lundi 13 février 2012, p. 9.

MAILLARD Adrien. Plus qu'une pénurie de lits, la psychiatrie souffre d'une mauvaise organisation. *Le Monde* [en ligne]. 21 décembre 2011 [réf. du 29 décembre 2011], p. 12. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/12/20/plus-que-d-une-penurie-de-lits-la-psychiatrie-souffre-d-une-mauvaise-organisation_1620735_3224.html

MALLET R. Comment aurait été le monde si les tours jumelles n'avaient pas été attaquées ? Dans un état plus pacifique et moins saturé d'idéologie. Ce que le 11 septembre a changé. *Le Monde*, mardi 11-lundi 12 septembre 2011, p. 15.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

MALYE François. Les escrocs de la santé. *Le Point* [en ligne]. 2011 ; n°2047 / 8 décembre, [réf. du 29 décembre 2011], p. 106-108. Disponible sur : http://www.lepoint.fr/economie/les-escrocs-de-la-sante-15-12-2011-1408696_28.php

MALYE François, VINCENT Jérôme. Dossier « Le scandale des hôpitaux ». *Le Point* 2012 ; 2074, p. 86-99.

MATHIOT Cédric. Services publics : un malaise face à l'hémorragie. *Libération*, samedi 16 et dimanche 17 avril 2011, p. 1-4.

NOUGAYREDE Nathalie. La FIDH recense les lois liberticides dans le monde depuis le 11-Septembre. Dans de nombreux pays, le legs de la lutte contre Al-Qaida est un arsenal législatif répressif. *Le Monde*, mardi 11 - lundi 12 septembre 2011, p. 6.

PASCAL-MOUSSELLARD Olivier. Pierre Rosanvallon. L'idée fondatrice d'égalité est en passe de devenir une coquille vide. L'entretien. *Télérama* ; 3218, 14 septembre 2011, p. 18-22.

POURRIAT Jean-Louis. L'Hôtel-Dieu est un hôpital universitaire de santé publique... avant tout ! *Le Monde* [en ligne]. 28 décembre 2010 [réf. du 29 décembre 2011]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/12/28/l-hotel-dieu-est-un-hopital-universitaire-de-sante-publique-avant-tout_1458018_3232.html

RODIER Anne. Education, santé : l'Etat pourra-t-il rester le garant de la solidarité nationale ? Dossier Economie. *Le Monde*, mardi 13 septembre 2011, p. 5.

ROLLOT Catherine. Face aux dettes de leurs parents, de plus en plus de Français renoncent à hériter. *Le Monde*, dimanche 4 – lundi 5 décembre 2011, p. 10.

ROLLOT Catherine. L'hébergement d'urgence dans une crise de moyens. *Le Monde*, vendredi 16 décembre 2011, p. 14.

SKYVINGTON E. Enquête de santé. Le business des maisons de retraites. France 5 Magazine, mardi 6 novembre. *Télérama* 2011, n°3229 / 30 novembre, p. 112.

WIEDER Thomas. La colère sourde des Français « invisibles ». *Le Monde*, mercredi 7 décembre 2011, p. 1 et 13.

6- TRAVAUX INEDITS

BASSET Bernard. *Les projets régionaux de santé*. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». École des hautes études en santé publique, Rennes, le 15 mars 2011.

BASSET Bernard. *Les projets régionaux de santé*. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». École des hautes études en santé publique, Rennes, le 20 mars 2012.

BATIFOULIER Philippe, PAREL Véronique. *Quand la prise en charge des plus démunis devient une nécessité économique*. Communication orale. Premier colloque national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique, Paris, le 20 mai 2011.

BAUER Denise. *Les PASS : un dispositif en évolution*. Communication orale. Premier colloque national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique, Paris, le 20 mai 2011.

BERGERON Henri. *La normalité*. Communication orale. Les normes en Santé : Avis, recommandations, guides de bonnes pratiques... Colloque organisé par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes et la Chaire Santé de Sciences Po, Paris, le 16 juin 2001.

BOURDILLON François. *Le devenir des services publics de prévention*. Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

CAMPANA Alessandro. *Italy reforms*. Communication orale. Ecole des hautes études en santé publique, Paris, 15 septembre 2011.

CERETTI Alain-Michel. *La norme en débat*. Communication orale. Les normes en Santé : Avis, recommandations, guides de bonnes pratiques... Colloque organisé par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes et la Chaire Santé de Sciences Po, Paris, le 16 juin 2001.

CHASSANG Michel. *Débats*. Communication orale. Colloque « les professions de santé dans le tourbillon des réformes ». Sciences Po, le 15 décembre 2010.

COUTY Edouard. *Le service public hospitalier est-il soluble dans la T2A ?* Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

DAGRON Stéphanie. *Droit à la santé et protection des droits de la personne humaine en Europe*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

FLAHAULT Antoine. *Quelles approches prospectives pour la santé en 2020 dans les pays voisins ? Tendances épidémiologiques – évolutions technologiques*. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 11 janvier 2012.

GIRARD Jean-François. *Le Pres Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé*. Communication orale. Journée de travail du Département des politiques de santé. Paris, le 23 novembre 2011.

GRAY J.-A. Muir. *Quel système de santé dans 10 ans : réflexion stratégique prospective*. Communication orale. Paris, Reid Hall, les 18 et 19 octobre 2011.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

GRAY J.-A. Muir. *La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI^{ème} siècle*. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011.

GRIMALDI André. *L'éthique et le système de financement*. Communication orale. Quinzième séminaire de l'étude nationale des coûts (ENCC 2011), Grenoble, 2 décembre 2011.

GUILLOD Olivier. *Présentation des actualités du droit suisse de la santé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

JABOT Françoise, DEBIONNE François-Paul, BRÉCHAT Pierre-Henri, NICOLAS Christian, JAKOWLEF Anne, LANEYRIE Jean-Marie. *La formation au « management des politiques régionales de santé » en France : un espace pour la capitalisation de la réflexion et de l'action de l'Etat*. Communication orale. Deuxième colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, Québec, 12 au 15 octobre 2004.

KRAUS Daniel. *Protection du génome humain et aspects de la propriété intellectuelle*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 2 mai 2012.

LAFORE Robert. *Synthèse des travaux*. Communication orale. Le non recours, entre accès aux droits...et restriction des droits. Colloque organisé par l'Université Panthéon-Assas (Paris 2), Paris, le 12 mars 2012.

LE MOAL Joëlle. *Are complex diseases adaptive responses to environmental changes? A new approach is proposed*. International Conference on environmental epidemiology (ISEE), 5-9 septembre 2007, Mexico.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

LOPEZ Alain (dir.). *Méthode d'élaboration du PRS. Projet de document méthodologique du projet régional de santé*. Document de travail. Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, le 29 septembre 2009, 51 pages.

MAHON Pascal, MÜLLER Christoph. *Méthodologie de la recherche en droit public et privé comparé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 4 mai 2012.

MALINVERNI Giorgio. *La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en droit de la santé*. Communication orale. Séminaire doctoral de droit comparé de la santé de l'Institut de Droit de la Santé de l'Université de Neuchâtel et de l'Institut Droit et Santé du Pres Sorbonne Paris Cité, Neuchâtel, le 3 mai 2012.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE. *Les ARS, un an après*. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011.

PIERRU Frédéric. *Planification de la santé : déconcentration, concurrence et risque d'exclusion*. Communication orale. Colloque « La santé pour tous : innover contre les inégalités de santé ». Sciences Po, Paris, le 28 mars 2012.

SCHILLIGER Philippe. *Éthique de la norme*. Communication orale. Les normes en Santé : Avis, recommandations, guides de bonnes pratiques... Colloque organisé par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes et la Chaire Santé de Sciences Po, Paris, le 16 juin 2001.

SCHWEYER François-Xavier, GUEVARRA Emmanuelle. *Module interprofessionnel (MIP) de santé publique (MIP) 2011. Dossier de présentation*. Rennes, EHESP, 2011, p. 2-6.

BRÉCHAT Pierre-Henri | Thèse de doctorat | novembre 2012

SICARD Didier. *Conclusion*. Communication orale. Premier colloque national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique, Paris, le 20 mai 2011.

SMART PHARMA CONSULTING. *Agences Régionales de Santé (ARS). Missions – Objectifs – Organisation*. Enjeux pour les laboratoires pharmaceutiques. Smart Pharma Consulting, septembre 2010, 41 pages.

STACHENKO Sylvie. *La santé publique au 21^{ème} siècle : Défis et nouveaux enjeux pour la formation-perspectives canadiennes*. Communication orale. Séminaire de rentrée des enseignants de l'EHESP, Dinard, le 31 août 2011.

TABUTEAU Didier. *Le Pres Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé*. Communication orale. Journée de travail du Département des politiques de santé. Paris, le 23 novembre 2011.

TABUTEAU Didier. *Le Parlement et la santé*. Communication orale. Les Tribune de la santé. Chaire Santé de Sciences Po. Paris, le 16 décembre 2011.

THEBAULT Pascal. *Les schémas médico-sociaux et le PRIAC*. Communication orale. Module « Régulation, aide à la décision, planification ». École des hautes études en santé publique, Rennes, le 21 mars 2012.

TOURAINÉ Marisol. *Conclusion*. Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes, Paris, le 27 juin 2012.

Table des annexes

Annexe 1 : Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d’être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) des Nations Unies	481
Annexe 2 : Proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux	505
Annexe 3 : Proposition de loi sur la santé publique.....	533
Annexe 4 : Proposition de loi sur l’assurance maladie	567
Annexe 5 : Loi sur la santé du canton de Genève	581

Annexe 1 : Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) des Nations Unies

**NATIONS
UNIES**

E



**Conseil économique
et social**

Distr.

GENERALE
E/C.12/2000/4
11 août 2000
FRANCAIS
Original: ANGLAIS

*Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint : . 11/08/2000.
E/C.12/2000/4. (General Comments)*

Convention Abbreviation: CESCR
SOCIAUX ET CULTURELS
Vingt-deuxième session
Genève, 25 avril-12 mai 2000
Point 3 de l'ordre du jour

QUESTIONS DE FOND CONCERNANT LA MISE EN OEUVRE DU PACTE
INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET
CULTURELS

Observation générale No 14 (2000)

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint
(art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)

1. La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. La réalisation du droit à la santé peut être assurée par de nombreuses démarches, qui sont complémentaires, notamment la formulation de politiques en matière de santé ou la mise en œuvre de programmes de santé tels qu'ils sont élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou l'adoption d'instruments juridiques spécifiques. En outre, le droit à la santé comprend certains éléments dont le respect est garanti par la loi (1).

2. Le droit de l'être humain à la santé est consacré dans de nombreux instruments internationaux. La Déclaration universelle des droits de l'homme prévoit, au

paragraphe 1 de son article 25 : "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires". Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels contient l'article le plus complet consacré dans le droit international des droits de l'homme au droit à la santé. Conformément au paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte, les États parties reconnaissent "le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre" et le paragraphe 2 de l'article 12 contient une énumération, à titre d'illustration, d'un certain nombre de "mesures que les États parties ... prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit". En outre, le droit à la santé est consacré, notamment, au paragraphe e) iv) de l'article 5 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965, au paragraphe 1 f) de l'article 11 et à l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 et à l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989. Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent également le droit à la santé, notamment la Charte sociale européenne de 1961, telle que révisée (art. 11), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (art. 16) et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (art. 10). De même, le droit à la santé a été proclamé par la Commission des droits de l'homme (2) ainsi que dans la Déclaration et le Programme d'action de Vienne de 1993 et d'autres instruments internationaux (3).

3. Le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation : il s'agit des droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé.

4. Lors de la rédaction de l'article 12 du Pacte, la Troisième Commission de l'Assemblée générale de l'ONU n'a pas repris la définition de la santé contenue dans le préambule de la Constitution de l'OMS, pour laquelle "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Toutefois, la formulation "le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre" figurant au paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte ne se limite pas au droit aux soins de santé. Au contraire, comme il ressort du processus d'élaboration et du libellé spécifique du paragraphe 2 de l'article 12, le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine et s'étend aux facteurs fondamentaux de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain.

5. Le Comité n'ignore pas que, pour des millions d'êtres humains dans le monde, la pleine jouissance du droit à la santé reste un objectif lointain. De plus, dans de nombreux cas, en particulier pour les couches de la population vivant dans la

pauvreté, cet objectif devient de plus en plus inaccessible. Le Comité reconnaît l'existence d'obstacles structurels et autres considérables résultant de facteurs internationaux et autres échappant au contrôle des États, qui entravent la pleine mise en œuvre de l'article 12 dans un grand nombre d'États parties.

6. Dans le souci d'aider les États parties à mettre en œuvre le Pacte et à s'acquitter de leurs obligations en matière d'établissement de rapports, la présente Observation générale porte sur le contenu normatif de l'article 12 (sect. I), les obligations des États parties (sect. II), les violations (sect. III) et la mise en œuvre au niveau national (sect. IV), tandis que les obligations des acteurs autres que les États parties font l'objet de la section V. La présente Observation générale est fondée sur l'expérience acquise depuis de nombreuses années par le Comité à l'occasion de l'examen des rapports des États parties.

I. CONTENU NORMATIF DE L'ARTICLE 12

7. Le paragraphe 1 de l'article 12 contient une définition du droit à la santé et le paragraphe 2 cite à titre d'illustration et de manière non exhaustive des exemples d'obligations incombant aux États parties.

8. Le droit à la santé ne saurait se comprendre comme le droit d'être *en bonne santé*. Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps, y compris le droit à la liberté sexuelle et génésique, ainsi que le droit à l'intégrité, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale. D'autre part, les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

9. La notion de "meilleur état de santé susceptible d'être atteint" visée au paragraphe 1 de l'article 12, repose à la fois sur la situation biologique et socioéconomique de chaque individu au départ et sur les ressources dont dispose l'État. Il existe un certain nombre d'éléments qui ne peuvent être englobés dans la relation entre l'État et l'individu; en particulier, la bonne santé ne peut être garantie par un État et les États ne peuvent pas davantage assurer une protection contre toutes les causes possibles de mauvaise santé de l'être humain. Ainsi, les facteurs génétiques, la propension individuelle à la maladie et l'adoption de modes de vie malsains ou à risque peuvent jouer un rôle important dans l'état de santé d'un individu. En conséquence, le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

10. Depuis l'adoption des deux Pactes internationaux en 1966, la situation mondiale en matière de santé a évolué de manière spectaculaire et la notion de santé a considérablement évolué et s'est également élargie. Davantage de facteurs déterminants de la santé sont désormais pris en considération, tels que la répartition des ressources et les différences entre les sexes. La définition élargie de la santé intègre en outre certaines considérations à caractère social, telles que la violence et les conflits armés (4). En outre, certaines maladies auparavant inconnues, comme le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience humaine

acquise (VIH/sida), et d'autres maladies, qui sont devenues plus répandues, comme le cancer, s'ajoutant à l'accroissement rapide de la population mondiale, ont créé de nouveaux obstacles à la réalisation du droit à la santé, qu'il faut prendre en considération dans l'interprétation de l'article 12.

11. Le Comité interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international.

12. Le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants, dont la mise en uvre précise dépendra des conditions existant dans chacun des États parties :

a) Disponibilité. Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels, au sens du Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'OMS (5)

b) Accessibilité. Les installations, biens et services en matière de santé (6) doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :

i) Non-discrimination : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits (7).

ii) Accessibilité physique : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées.

iii) Accessibilité économique (abordabilité) : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants

de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.

iv) Accessibilité de l'information : l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées (8) concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

c) Acceptabilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés.

d) Qualité. Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

13. L'énumération non exhaustive d'exemples figurant au paragraphe 2 de l'article 12 apporte des indications sur l'action à mener par les États. Il s'agit d'exemples génériques spécifiques de mesures découlant de la définition du droit à la santé au sens large figurant au paragraphe 1 de l'article 12, illustrant ainsi le contenu de ce droit, tel qu'il est décrit dans les paragraphes suivants (9).

Paragraphe 2 a) de l'article 12. Le droit à la santé maternelle, infantile et génésique

14. Les mesures visant "la diminution de la mortalité infantile et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant" (par. 2 a) de l'article 12) (10) peuvent s'entendre des mesures nécessaires pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la planification de la famille, les soins pré et postnatals (11), les services d'obstétrique d'urgence ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information (12).

Paragraphe 2 b) de l'article 12. Le droit à un environnement naturel et professionnel sain

15. Les mesures visant à "l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle" (par. 2 b) de l'article 12) comprennent notamment les mesures de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, les mesures visant à assurer un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable et en moyens d'assainissement élémentaires; et les mesures visant à empêcher et réduire l'exposition de la population à certains dangers tels que radiations ou produits chimiques toxiques et autres facteurs environnementaux nocifs ayant une incidence directe sur la santé des individus (13). En outre, l'hygiène du travail consiste à réduire autant qu'il est raisonnablement possible les causes des risques pour la santé inhérents

au milieu du travail (14). Le paragraphe 2 b) de l'article 12 vise également les mesures permettant d'assurer un logement approprié et des conditions de travail salubres et hygiéniques, un apport alimentaire suffisant et une nutrition appropriée, ainsi qu'à décourager la consommation abusive d'alcool et l'usage du tabac, des drogues et d'autres substances nocives.

Paragraphe 2 c) de l'article 12. Le droit à la prophylaxie et au traitement des maladies et à la lutte contre les maladies

16. "La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies" (par. 2 c) de l'article 12) supposent la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, notamment les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH/sida, et les maladies nuisant à la santé sexuelle et génésique, ainsi que la promotion de déterminants sociaux de la bonne santé, tels que la sûreté de l'environnement, l'éducation, le développement économique et l'équité entre les sexes. Le droit au traitement suppose la mise en place d'un système de soins médicaux d'urgence en cas d'accidents, d'épidémies et de risques sanitaires analogues, ainsi que la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'aide humanitaire dans les situations d'urgence. La lutte contre les maladies suppose des efforts individuels et communs de la part des États pour, notamment, assurer l'accès aux techniques nécessaires, appliquer et améliorer les méthodes de surveillance épidémiologique et de collecte de données désagrégées et mettre en place des programmes de vaccination et d'autres stratégies de lutte contre les maladies infectieuses ou améliorer les programmes existants.

Paragraphe 2 d) de l'article 12. Le droit d'accès aux installations, biens et services en matière de santé (15)

17. "La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie", tant physique que mentale, (par. 2 d) de l'article 12) suppose l'accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi qu'à l'éducation en matière de santé, la mise en place de programmes réguliers de dépistage, le traitement approprié, de préférence à l'échelon communautaire, des affections, maladies, blessures et incapacités courantes, l'approvisionnement en médicaments essentiels et la fourniture de traitements et de soins appropriés de santé mentale. Un autre aspect important est l'amélioration et l'encouragement de la participation de la population à la mise en place de services de prévention et de soins de santé, notamment dans le domaine de l'organisation du secteur sanitaire et du système d'assurance et, plus particulièrement, sa participation aux décisions politiques ayant des incidences sur le droit à la santé, prises tant à l'échelon de la communauté qu'à l'échelon national.

Article 12. Thèmes spéciaux de portée générale

Non-discrimination et égalité de traitement

18. En vertu du paragraphe 2 de l'article 2 et de l'article 3, le Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la

santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé. Le Comité souligne que nombre de mesures, de même que la plupart des stratégies et programmes visant à éliminer toute discrimination en matière de santé, peuvent être mises en œuvre moyennant des incidences financières minimales grâce à l'adoption, la modification ou l'abrogation de textes législatifs ou à la diffusion d'informations. Le Comité rappelle le paragraphe 12 de l'Observation générale No 3 soulignant que, même en temps de grave pénurie de ressources, les éléments vulnérables de la société doivent être protégés grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques relativement peu coûteux.

19. L'égalité d'accès aux soins de santé et aux services liés à la santé est un aspect du droit à la santé sur lequel il convient d'insister. Les États ont pour obligation spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, ainsi que d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins de santé et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé (16). Une mauvaise affectation des ressources peut aboutir à une discrimination qui n'est pas toujours manifeste. Par exemple, les investissements ne devraient pas privilégier de manière disproportionnée des services de santé curatifs coûteux, qui souvent ne sont accessibles qu'à une frange fortunée de la population, plutôt que des soins de santé primaires et une action de prévention sanitaire susceptibles de bénéficier à une proportion bien plus forte de la population.

Perspective sexospécifique

20. Le Comité recommande aux États d'intégrer une perspective sexospécifique dans les politiques, plans, programmes et travaux de recherche en rapport avec la santé afin de promouvoir un meilleur état de santé des hommes aussi bien que des femmes. Une démarche sexospécifique part du constat que la santé des hommes et des femmes est en grande partie fonction non seulement de facteurs biologiques mais aussi de facteurs socioculturels. La ventilation des données sanitaires et socioéconomiques en fonction du sexe est essentielle pour déceler et éliminer les inégalités dans le domaine de la santé.

Les femmes et le droit à la santé

21. Pour faire disparaître la discrimination à l'égard des femmes, il faut élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale globale en vue de promouvoir leur droit à la santé tout au long de leur vie. Une telle stratégie devrait prévoir des interventions visant à prévenir les maladies dont elles souffrent et à les soigner, ainsi que des mesures qui leur permettent d'accéder à une gamme complète de soins de santé de qualité et d'un coût abordable, y compris en matière de sexualité et de procréation. Réduire les risques auxquels les femmes sont exposées dans le domaine de la santé, notamment en abaissant les taux de mortalité maternelle et en protégeant les femmes de la violence familiale, devrait être un objectif majeur. La réalisation du droit des

femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique. Il importe également de prendre des mesures préventives, incitatives et correctives pour prémunir les femmes contre les effets de pratiques et de normes culturelles traditionnelles nocives qui les empêchent d'exercer pleinement leurs droits liés à la procréation.

Les enfants et les adolescents

22. À l'alinéa a) du paragraphe 2 de l'article 12, il est question de la nécessité de prendre des mesures pour réduire la mortalité infantile et promouvoir le développement sain du nourrisson et de l'enfant. Des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme adoptés ultérieurement, ont reconnu aux enfants et aux adolescents le droit de jouir du meilleur état de santé possible et d'avoir accès à des services médicaux (17). La Convention relative aux droits de l'enfant enjoint aux États de garantir l'accès de l'enfant et de sa famille aux services de santé essentiels, y compris l'accès des mères aux soins prénatals et postnatals. Selon la Convention, ces objectifs doivent s'accompagner de l'accès à des informations adaptées aux enfants sur les comportements propres à prévenir la maladie et à promouvoir la santé, ainsi que de la fourniture aux familles et à la communauté d'un soutien en vue de la mise en œuvre de ces pratiques. Le principe de non-discrimination veut que les filles, tout comme les garçons, accèdent dans des conditions d'égalité à une alimentation suffisante, à un environnement sûr et à des services de santé physique et mentale. Il faudrait adopter des mesures efficaces et adéquates pour mettre fin aux pratiques traditionnelles nocives affectant la santé des enfants, notamment des fillettes, qu'il s'agisse du mariage précoce, des mutilations génitales ou des préférences manifestées à l'égard des enfants de sexe masculin en matière d'alimentation et de soins (18). Les enfants handicapés devraient se voir offrir la possibilité de mener une vie enrichissante et décente ainsi que de participer à la vie de leur communauté.

23. Les États parties doivent prévoir à l'intention des adolescents un environnement sain et favorable leur donnant la possibilité de participer à la prise des décisions concernant leur santé, d'acquérir des connaissances élémentaires, de se procurer des informations appropriées, de recevoir des conseils et de négocier les choix qu'ils opèrent en matière de comportement dans l'optique de la santé. La réalisation du droit des adolescents à la santé est fonction de la mise en place de soins de santé tenant compte des préoccupations des jeunes et respectant la confidentialité et l'intimité, y compris des services appropriés de santé sexuelle et génésique.

24. Dans tous les programmes et politiques visant à garantir aux enfants et aux adolescents le droit à la santé, leur intérêt supérieur est un élément essentiel à prendre en considération.

Personnes âgées

25. Concernant la réalisation du droit à la santé des personnes âgées, le Comité, conformément aux paragraphes 34 et 35 de l'Observation générale No 6 (1995), réaffirme l'importance d'une démarche concertée, associant la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical. De telles mesures doivent être

fondées sur des examens périodiques tant pour les hommes que pour les femmes, sur des soins de rééducation physique et psychologique visant à préserver les capacités fonctionnelles et l'autonomie des personnes âgées et sur la nécessité d'accorder aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux malades en phase terminale l'attention et les soins voulus, en leur épargnant des souffrances inutiles et en leur permettant de mourir dans la dignité.

Personnes handicapées

26. Le Comité réaffirme le paragraphe 34 de son Observation générale No 5, qui porte sur la question des personnes handicapées dans le contexte du droit à la santé physique et mentale. Par ailleurs, il souligne la nécessité de veiller à ce que non seulement le secteur public de la santé, mais également les fournisseurs privés de services et d'équipements sanitaires respectent le principe de la non-discrimination à l'égard de ces personnes.

Peuples autochtones

27. Vu le développement du droit et de la pratique au niveau international et les mesures récentes prises par les États à l'égard des peuples autochtones (19), le Comité juge utile de déterminer les éléments susceptibles de contribuer à définir leur droit à la santé pour aider les États sur le territoire duquel vivent des peuples autochtones à mettre en œuvre les dispositions de l'article 12 du Pacte. Le Comité considère que les peuples autochtones ont droit à des mesures spécifiques pour leur faciliter l'accès aux services et aux soins de santé. Ces services de santé doivent être adaptés au contexte culturel, tout en tenant compte des soins préventifs, des thérapeutiques et des remèdes traditionnels. Les États devraient fournir aux peuples autochtones des ressources leur permettant de concevoir, de fournir et de contrôler de tels services afin qu'ils puissent jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Les plantes médicinales essentielles, les animaux et les minéraux nécessaires aux peuples autochtones pour jouir pleinement du meilleur état de santé possible devraient également être protégés. Le Comité note que, dans les communautés autochtones, la santé des individus est souvent liée à celle de la société tout entière et revêt une dimension collective. À cet égard, le Comité considère que les activités liées au développement qui éloignent les peuples autochtones, contre leur gré, de leurs territoires et de leur environnement traditionnels, les privant de leurs sources de nutrition et rompant leur relation symbiotique avec leurs terres, ont des effets néfastes sur leur santé.

Limitations

28. Des considérations liées à la santé publique sont parfois invoquées par les États pour justifier une limitation de l'exercice de certains autres droits fondamentaux. Le Comité tient à souligner que la clause de limitation figurant à l'article 4 du Pacte vise essentiellement à protéger les droits des individus plutôt qu'à permettre aux États de les limiter. Par conséquent, un État partie qui, par exemple, restreint les mouvements de personnes souffrant de maladies transmissibles telles que l'infection par le VIH/sida ou les incarcère, refuse d'autoriser des médecins à traiter des personnes considérées comme des opposants au gouvernement, ou s'abstient de vacciner une communauté contre les principales maladies infectieuses pour des motifs tels que la

sécurité nationale ou le maintien de l'ordre public se doit de justifier des mesures aussi graves au regard de chacun des éléments énoncés à l'article 4. De telles restrictions doivent être conformes à la loi, y compris aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, compatibles avec la nature des droits protégés par le Pacte et imposées dans l'intérêt de buts légitimes, exclusivement en vue de favoriser le bien-être général dans une société démocratique.

29. Conformément au paragraphe 1 de l'article 5, de telles limitations doivent être proportionnées à l'objet (autrement dit l'option la moins restrictive doit être retenue lorsque plusieurs types de limitation peuvent être imposés). Même lorsque des limitations motivées par la protection de la santé publique sont foncièrement licites, elles doivent être provisoires et sujettes à un examen.

II. OBLIGATIONS INCOMBANT AUX ÉTATS PARTIES

Obligations juridiques générales

30. S'il est vrai que le Pacte prévoit la réalisation progressive des droits qui y sont énoncés et prend en considération les contraintes dues à la limitation des ressources disponibles, il n'en impose pas moins aux États parties diverses obligations avec effet immédiat. Les États parties ont des obligations immédiates au regard du droit à la santé : par exemple celle de garantir qu'il sera exercé sans discrimination aucune (art. 2, par. 2) et celle d'agir (art. 2, par. 1) en vue d'assurer l'application pleine et entière de l'article 12. Les mesures à prendre à cet effet doivent avoir un caractère délibéré et concret et viser au plein exercice du droit à la santé (20).

31. Le fait que la réalisation du droit à la santé s'inscrit dans le temps ne devrait pas être interprété comme privant les obligations de l'État partie de tout contenu effectif. Une réalisation progressive signifie plutôt que les États parties ont pour obligation précise et constante d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible pour appliquer intégralement l'article 12 (21).

32. Tout laisse supposer que le Pacte n'autorise aucune mesure rétrograde s'agissant du droit à la santé, ni d'ailleurs des autres droits qui y sont énumérés. S'il prend une mesure délibérément rétrograde, l'État partie doit apporter la preuve qu'il l'a fait après avoir mûrement pesé toutes les autres solutions possibles et qu'elle est pleinement justifiée eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte et à l'ensemble des ressources disponibles (22).

33. Le droit à la santé, à l'instar de tous les droits de l'homme, impose trois catégories ou niveaux d'obligations aux États parties : les obligations de le *respecter*, de le *protéger* et de le *mettre en œuvre*. Cette dernière englobe du même coup les obligations d'en faciliter l'exercice, de l'assurer et de le promouvoir (23). L'obligation de *respecter* le droit à la santé exige que l'État s'abstienne d'en entraver directement ou indirectement l'exercice alors que l'obligation de le *protéger* requiert des États qu'ils prennent des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12. Enfin, l'obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour en assurer la pleine réalisation.

Obligations juridiques spécifiques

34. Les États sont en particulier liés par l'obligation de *respecter* le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs, en s'abstenant d'ériger en politique d'État l'application de mesures discriminatoires et en évitant d'imposer des pratiques discriminatoires concernant la situation et les besoins des femmes en matière de santé. Entre en outre dans le champ de l'obligation de *respecter* celle qui incombe aux États de s'abstenir d'interdire ou d'entraver les méthodes prophylactiques, les pratiques curatives et les médications traditionnelles, de commercialiser des médicaments dangereux ou d'imposer des soins médicaux de caractère coercitif, sauf à titre exceptionnel pour le traitement de maladies mentales ou la prévention et la maîtrise de maladies transmissibles. De tels cas exceptionnels devraient être assujettis à des conditions précises et restrictives, dans le respect des meilleures pratiques établies et des normes internationales applicables, y compris les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (24) . De plus, les États devraient s'abstenir de restreindre l'accès aux moyens de contraception et à d'autres éléments en rapport avec la santé sexuelle et génésique, de censurer, retenir ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sur la sexualité, ainsi que d'empêcher la participation de la population aux affaires en relation avec la santé. Les États devraient aussi s'abstenir de polluer de façon illicite l'air, l'eau et le sol, du fait par exemple d'émissions de déchets industriels par des installations appartenant à des entreprises publiques, d'employer des armes nucléaires, biologiques ou chimiques ou d'effectuer des essais à l'aide de telles armes si ces essais aboutissent au rejet de substances présentant un danger pour la santé humaine, et de restreindre à titre punitif l'accès aux services de santé, par exemple en temps de conflit armé, ce en violation du droit international humanitaire.

35. L'obligation de *protéger* le droit à la santé englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'État d'adopter une législation ou de prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers, de veiller à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires, de contrôler la commercialisation de matériel médical et de médicaments par des tiers et de faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises et observent des codes de déontologie appropriés. Les États sont également tenus de veiller à ce que des pratiques sociales ou traditionnelles nocives n'interfèrent pas avec l'accès aux soins pré et postnatals et à la planification familiale, d'empêcher que des tiers imposent aux femmes des pratiques traditionnelles, par exemple du type mutilations génitales, et de prendre des mesures destinées à protéger tous les groupes vulnérables ou marginalisés de la société, en particulier les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées, compte tenu de la plus grande vulnérabilité du sexe féminin à la violence. Les États devraient veiller à ce qu'aucun tiers ne limite l'accès de la population à l'information relative à la santé et aux services de santé.

36.L'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé requiert des États parties, entre autres, de lui faire une place suffisante dans le système politique et juridique national (de préférence par l'adoption d'un texte législatif) et de se doter d'une politique nationale de la santé comprenant un plan détaillé tendant à lui donner effet. Les États sont tenus d'assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, et de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé tels qu'une alimentation sûre sur le plan nutritif et de l'eau potable, un assainissement minimum et des conditions de logement et de vie convenables. Les infrastructures de santé publiques devraient assurer la prestation de services liés à la santé sexuelle et génésique, notamment une maternité sans risques, y compris dans les zones rurales. Les États doivent veiller à ce que les médecins et les autres personnels médicaux suivent une formation appropriée et à ce que le nombre des hôpitaux, des dispensaires et des autres établissements en relation avec la santé soient suffisants, ainsi que promouvoir et soutenir la création d'institutions chargées de fournir des services de conseil et de santé mentale, en veillant à ce qu'elles soient équitablement réparties dans l'ensemble du pays. Parmi les autres obligations figure celle d'instituer un système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous, de promouvoir la recherche médicale et l'éducation sanitaire ainsi que la mise en œuvre de campagnes d'information, concernant en particulier le VIH/sida, la santé sexuelle et génésique, les pratiques traditionnelles, la violence domestique, l'abus d'alcool et la consommation de cigarettes, de drogues et d'autres substances nocives. Les États sont également tenus d'adopter des mesures contre les dangers pesant sur l'hygiène du milieu et du travail et contre toute autre menace mise en évidence par des données épidémiologiques. À cet effet, ils devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales visant à réduire et à éliminer la pollution de l'air, de l'eau et du sol, y compris la pollution par des métaux lourds tels que le plomb provenant de l'essence. Par ailleurs, les États parties se doivent de définir, de mettre en application et de réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en vue de réduire au minimum les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de prévoir une politique nationale cohérente en matière de sécurité et de médecine du travail (25).

37.L'obligation de *faciliter* l'exercice du droit à la santé requiert des États qu'ils prennent des mesures concrètes permettant aux particuliers et aux communautés de jouir du droit à la santé et les aider à le faire. Les États parties sont également tenus d'*assurer* l'exercice d'un droit donné énoncé dans le Pacte lorsqu'un particulier ou un groupe de particuliers sont incapables, pour des raisons échappant à leur contrôle, d'exercer ce droit avec les moyens dont ils disposent. L'obligation de *promouvoir* le droit à la santé requiert de l'État qu'il mène des actions tendant à assurer, maintenir ou rétablir la santé de la population. De cette obligation découlent donc les suivantes : i) améliorer la connaissance des facteurs favorisant l'obtention de résultats positifs en matière de santé, c'est-à-dire appuyer la recherche et la diffusion d'informations; ii) veiller à ce que les services de santé soient adaptés au contexte culturel et que le personnel dispensant les soins de santé reçoive une formation lui permettant de déterminer et de satisfaire les besoins particuliers de groupes vulnérables ou marginalisés; iii) honorer les obligations qui incombent à l'État s'agissant de diffuser une information appropriée sur les modes de vie sains et une nutrition saine, les pratiques traditionnelles nocives et la disponibilité des services; iv) aider les intéressés à faire des choix en connaissance de cause dans le domaine de la santé.

Obligations internationales

38. Dans son Observation générale No 3, le Comité a appelé l'attention sur l'obligation faite à tous les États parties d'agir, tant par leur effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte, dont le droit à la santé. Dans l'esprit de l'article 56 de la Charte des Nations Unies, des dispositions spécifiques du Pacte (art. 2, par. 1, et art. 12, 22 et 23) et de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les États parties devraient reconnaître le rôle essentiel de la coopération internationale et honorer leur engagement de prendre conjointement et séparément des mesures pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé. À cet égard, les États parties sont renvoyés à la Déclaration d'Alma-Ata qui affirme que les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays (26).

39. Pour s'acquitter des obligations internationales leur incombant au titre de l'article 12, les États parties doivent respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays s'ils sont à même d'influer sur ce tiers en usant de moyens d'ordre juridique ou politique compatibles avec la Charte des Nations Unies et le droit international applicable. Eu égard aux ressources disponibles, les États parties devraient faciliter l'accès aux soins, services et biens sanitaires essentiels dans la mesure du possible et fournir, au besoin, l'aide nécessaire (27). Les États parties devraient veiller à ce que le droit à la santé bénéficie de l'attention voulue dans les accords internationaux et, à cette fin, devraient envisager l'élaboration de nouveaux instruments juridiques. Concernant la conclusion d'autres accords internationaux, les États parties devraient s'assurer que ces instruments ne portent pas atteinte au droit à la santé. De même, les États parties sont tenus de veiller à ce que les mesures qu'ils prennent en tant que membres d'organisations internationales tiennent dûment compte du droit à la santé. En conséquence, les États parties qui sont membres d'institutions financières internationales, notamment du Fonds monétaire international, de la Banque mondiale et de banques régionales de développement, devraient porter une plus grande attention à la protection du droit à la santé et infléchir dans ce sens la politique de prêt, les accords de crédit ainsi que les mesures internationales de ces institutions.

40. Conformément à la Charte des Nations Unies et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée générale des Nations Unies et de l'Assemblée mondiale de la santé, les États sont investis collectivement et individuellement de la responsabilité de coopérer aux fins de la fourniture de secours en cas de catastrophe et d'une assistance humanitaire en temps d'urgence, y compris l'assistance aux réfugiés et aux déplacés. Chaque État devrait contribuer à cette entreprise au maximum de ses capacités. En matière d'aide médicale internationale, de distribution et de gestion des ressources (eau salubre et potable, vivres, fournitures médicales, etc.) et d'aide financière, la priorité devrait être donnée aux groupes les plus vulnérables ou les plus marginalisés de la population. Par ailleurs, vu que certaines maladies sont aisément transmissibles au-delà des frontières d'un État, la communauté internationale doit collectivement

s'atteler à ce problème. Il est, en particulier, de la responsabilité et de l'intérêt des États parties économiquement développés d'aider à cet égard les États en développement plus démunis.

41. Les États parties devraient en toutes circonstances s'abstenir d'imposer un embargo ou des mesures restrictives du même ordre sur l'approvisionnement d'un autre État en médicaments et matériel médical. Les fournitures de biens de ce type ne devraient jamais servir d'instrument de pression politique ou économique. À cet égard, le Comité rappelle la position qu'il a exprimée dans son Observation générale No 8 au sujet de la relation entre les sanctions économiques et le respect des droits économiques, sociaux et culturels.

42. Seuls des États peuvent être parties au Pacte et donc assumer en fin de compte la responsabilité de le respecter, mais tous les membres de la société - les particuliers (dont les professionnels de la santé), les familles, les communautés locales, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les organisations représentatives de la société civile et le secteur des entreprises privées - ont une part de responsabilité dans la réalisation du droit à la santé. Les États parties devraient donc instaurer un environnement propre à faciliter l'exercice de ces responsabilités.

Obligations fondamentales

43. Dans l'Observation générale No 3, le Comité confirme que les États parties ont l'obligation fondamentale minimum d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits énoncés dans le Pacte, notamment les soins de santé primaires essentiels. Interprétée à la lumière d'instruments plus contemporains tels que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (28), la Déclaration d'Alma-Ata définit des orientations décisives au sujet des obligations fondamentales découlant de l'article 12. De l'avis du Comité, il s'agit au minimum :

- a) De garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés;
- b) D'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim;
- c) D'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable;
- d) De fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels;
- e) De veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires;
- f) D'adopter et de mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis; la mise au point de la stratégie et du plan d'action, de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés.

44. Le Comité confirme également que les obligations ci-après sont tout aussi prioritaires :

- a) Offrir des soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatales) et infantile;
- b) Vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses;
- c) Prendre des mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques et endémiques;
- d) Assurer une éducation et un accès à l'information sur les principaux problèmes de santé de la communauté, y compris des méthodes visant à les prévenir et à les maîtriser;
- e) Assurer une formation appropriée au personnel de santé, notamment sur le droit à la santé et les droits de l'homme.

45. Pour qu'il n'y ait aucun doute à ce sujet, le Comité tient à souligner qu'il incombe tout particulièrement aux États parties et aux autres intervenants en mesure d'apporter leur concours de fournir "l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique" (29), nécessaires pour permettre aux pays en développement d'honorer les obligations fondamentales et autres mentionnées aux paragraphes 43 et 44 ci-dessus.

III. MANQUEMENTS AUX OBLIGATIONS

46. Quand le contenu normatif de l'article 12 (sect. I) est appliqué aux obligations des États parties (sect. II), un processus dynamique est mis en branle qui permet de mettre plus facilement en évidence les atteintes au droit à la santé. On trouvera ci-après des exemples d'infractions à l'article 12.

47. Pour déterminer quelles actions ou omissions constituent une atteinte au droit à la santé, il importe d'établir chez l'État partie qui ne s'acquitte pas des obligations lui incombant au titre de l'article 12, une distinction entre l'incapacité et le manque de volonté. Ce constat découle du paragraphe 1 de l'article 12 qui parle du meilleur état de santé que l'individu puisse atteindre, ainsi que du paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte, lequel fait obligation à chaque État partie de prendre les mesures nécessaires "au maximum de ses ressources disponibles". Un État dépourvu de la volonté d'utiliser au maximum les ressources à sa disposition pour donner effet au droit à la santé manque par conséquent aux obligations lui incombant en vertu de l'article 12. Si c'est la pénurie de ressources qui met un État dans l'impossibilité de se conformer aux obligations découlant du Pacte, l'État a alors la charge de démontrer qu'il n'a négligé aucun effort pour exploiter toutes les ressources à sa disposition en vue de s'acquitter à titre prioritaire des obligations indiquées ci-dessus. Il convient toutefois de souligner qu'un État partie ne peut absolument dans aucun cas justifier l'inexécution des obligations fondamentales énoncées au paragraphe 43 ci-dessus auxquelles il est impossible de déroger.

48. Les atteintes au droit à la santé peuvent être le fait d'une action directe, soit de l'État soit de diverses entités insuffisamment contrôlées par l'État. L'adoption de toute mesure rétrograde incompatible avec les obligations fondamentales relevant du droit à la santé qui sont indiquées au paragraphe 43 ci-dessus constitue une atteinte au droit à la santé. Les manquements par la voie de la *commission d'actes* englobent dès lors : l'abrogation ou la suspension officielle de la législation qui est nécessaire pour

continuer d'exercer le droit à la santé ou l'adoption de lois ou de politiques manifestement incompatibles avec des obligations juridiques préexistantes de caractère interne ou international ayant trait au droit à la santé.

49. L'État peut également porter atteinte au droit à la santé en omettant ou en refusant de prendre des mesures indispensables découlant d'obligations juridiques. Parmi les atteintes par *omission* figurent celles-ci : le fait pour un État de ne pas prendre les mesures voulues pour assurer la pleine réalisation du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le fait de ne pas adopter de politique nationale concernant la sécurité et la santé des travailleurs ainsi que les services de la médecine du travail, et le fait de ne pas assurer l'application des lois pertinentes.

Manquements à l'obligation de respecter

50. L'État peut se soustraire à l'obligation de respecter par des actions, des politiques ou bien des lois contraires aux normes énoncées à l'article 12 du Pacte et susceptibles de provoquer des atteintes à l'intégrité physique, une morbidité inutile et une mortalité qu'il serait possible de prévenir. On peut citer à titre d'exemple le déni d'accès aux équipements sanitaires et aux divers autres biens et services en rapport avec la santé dont sont victimes certains individus ou groupes sous l'effet d'une discrimination *de jure* ou de facto; la rétention ou la déformation délibérée d'informations qui sont cruciales quand il s'agit de protéger la santé ou d'adopter une démarche thérapeutique; la suspension de la législation en vigueur ou l'adoption de lois ou de politiques qui font obstacle à l'exercice de l'une quelconque des composantes du droit à la santé; le fait pour l'État de ne pas tenir compte des obligations juridiques qui lui incombent quant au droit à la santé lors de la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux avec d'autres États, avec des organisations internationales ou avec d'autres entités telles que des sociétés multinationales.

Manquements de l'obligation de protéger

51. L'État peut enfreindre l'obligation de protéger quand il s'abstient de prendre toutes les mesures voulues pour protéger les personnes relevant de sa juridiction contre des atteintes au droit à la santé imputables à des tiers. Dans cette catégorie de manquements entrent certaines omissions, comme le fait de ne pas réglementer l'activité de particuliers, de groupes ou de sociétés aux fins de les empêcher de porter atteinte au droit à la santé d'autrui; le fait de ne pas protéger les consommateurs et les travailleurs contre des pratiques nocives pour la santé, par exemple de la part des employeurs ou des fabricants de médicaments ou de produits alimentaires; le fait de ne pas décourager la production, la commercialisation et la consommation de tabac, de stupéfiants et d'autres substances nocives; le fait de ne pas protéger les femmes contre les violences dirigées contre elles ou de ne pas poursuivre les auteurs de violences; le fait de ne pas décourager le maintien en vigueur de certaines pratiques médicales ou culturelles traditionnelles qui sont nocives; et le fait de ne pas adopter de lois ou de ne pas assurer l'application de lois destinées à empêcher la pollution de l'eau, de l'atmosphère et des sols par les industries extractives et manufacturières.

Manquements à l'obligation de mettre en œuvre

52. L'État partie manque à l'obligation de mettre le droit à la santé en œuvre quand il s'abstient de prendre toutes les mesures voulues pour garantir la réalisation de ce droit. Nous citerons à titre d'exemple le fait de ne pas adopter ou de ne pas mettre en œuvre une politique nationale de la santé destinée à garantir à chacun la réalisation de ce droit; le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé, tout particulièrement les éléments vulnérables ou marginalisés de la population; le fait de ne pas contrôler la réalisation du droit à la santé à l'échelle nationale, comme l'État pourrait le faire, par exemple, en définissant des indicateurs et des critères permettant de vérifier si le droit à la santé est exercé; le fait de s'abstenir de prendre les mesures voulues pour remédier à une répartition inéquitable des équipements, des biens et des services médicaux; le fait de ne pas adopter, dans le domaine de la santé, une approche qui tienne compte des distinctions de sexe; et le fait de ne pas réduire les taux de mortalité infantile et maternelle.

IV. MISE EN UVRE À L'ÉCHELON NATIONAL

Une législation-cadre

53. Les mesures les mieux adaptées qu'il soit possible de prendre pour donner effet au droit à la santé vont nécessairement être très variables d'un pays à l'autre. Chaque État est doté d'une marge d'appréciation discrétionnaire quand il décide quelles mesures sont effectivement les mieux adaptées à sa situation particulière. Mais le Pacte impose clairement à chaque État le devoir de prendre toutes dispositions nécessaires pour faire en sorte que chaque individu ait accès aux équipements, aux biens et aux services de santé et puisse jouir dans les meilleurs délais du meilleur état de santé physique et mentale qu'il puisse atteindre. D'où la nécessité d'adopter à l'échelle nationale une stratégie visant à assurer à tous l'exercice du droit à la santé, les objectifs de ladite stratégie étant définis à partir des principes relatifs aux droits de l'homme, et la nécessité en outre de définir des politiques ainsi que des indicateurs et des critères permettant de mesurer l'exercice du droit à la santé. Cette stratégie nationale impose également de définir les ressources dont l'État est doté pour atteindre les objectifs définis ainsi que le mode d'utilisation desdites ressources qui présente le meilleur rapport coût-efficacité.

54. L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie et d'un plan d'action national en matière de santé doivent tout particulièrement respecter les principes de non-discrimination et de participation populaire. Il faut notamment que le droit des individus et des groupes à participer à la prise de décisions susceptibles d'orienter leur développement fasse partie intégrante de toute politique, de tout programme ou de toute stratégie ayant pour objet de donner effet aux obligations incombant à l'État au titre de l'article 12. Promouvoir la santé passe nécessairement par l'association effective de la collectivité à la définition des priorités, à la prise de décisions, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie visant à améliorer la situation en matière de santé. Il n'est possible de mettre en place de bons services de santé que si l'État s'assure à cette fin de la participation de la population.

55. La stratégie nationale de la santé devrait en outre reposer sur les principes de la responsabilité, de la transparence et de l'indépendance de la magistrature, puisqu'une bonne gestion des affaires publiques est indispensable à l'exercice effectif de l'ensemble des droits de l'homme, dont le droit à la santé. Pour instaurer un climat favorable à l'exercice de ce droit, il faut que les États parties prennent des mesures appropriées pour faire en sorte que le secteur de l'entreprise privée tout comme la société civile prennent conscience du droit à la santé dans l'exercice de leurs activités et de l'importance qu'il convient de lui accorder.

56. Les États devraient envisager d'adopter une loi-cadre pour assurer la mise en train de leur stratégie nationale relative au droit à la santé. Cette loi-cadre devrait instituer des mécanismes nationaux de contrôle de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action national en matière de santé. Elle devrait contenir des dispositions sur les objectifs chiffrés à atteindre et le calendrier d'exécution; sur les moyens permettant de respecter les critères fixés sur le plan national; sur la collaboration à instaurer avec la société civile, y compris les experts des questions de santé, avec le secteur privé et avec les organisations internationales; la loi-cadre doit également dire où se situe la responsabilité institutionnelle de la mise en œuvre de la stratégie nationale et du plan d'action adoptés et indiquer les procédures de recours possibles. Lorsqu'ils surveillent les progrès accomplis sur la voie de la réalisation du droit à la santé, les États parties doivent aussi déterminer quels éléments et quelles difficultés les gênent dans l'exécution de leurs obligations.

Indicateurs et critères concernant l'exercice du droit à la santé

57. Toute stratégie nationale de la santé doit définir des indicateurs et des critères relatifs à l'exercice du droit à la santé. Les indicateurs doivent être conçus pour permettre de suivre à l'échelle nationale comme à l'échelle internationale comment l'État partie s'acquitte des obligations lui incombant au titre de l'article 12. Les États peuvent savoir quels sont les indicateurs les mieux adaptés, qui devront nécessairement concerner différents aspects du droit à la santé, en puisant dans les travaux en cours de l'OMS et de l'UNICEF dans ce domaine. Les indicateurs à retenir imposent de ventiler les données en fonction des motifs de discrimination qui sont proscrits.

58. Une fois qu'ils auront défini des indicateurs bien adaptés, les États parties sont invités à définir en outre à l'échelle nationale des critères liés à chaque indicateur. Pendant l'examen du rapport périodique, le Comité procédera à une sorte d'étude de portée avec l'État partie. C'est-à-dire que le Comité et l'État partie examineront ensemble les indicateurs et les critères nationaux qui vont dire quels objectifs il faudra atteindre au cours de la période faisant l'objet du rapport suivant. Et pendant les cinq années qui suivront, l'État partie se servira de ces critères nationaux pour mieux contrôler l'application de l'article 12 telle qu'il l'assure. Puis, lors de l'examen du rapport ultérieur, l'État partie et le Comité verront si les critères ont été ou non remplis et pour quelles raisons des difficultés ont peut-être surgi.

Recours et responsabilité

59. Tout personne ou groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale (30). Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir

une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition. Sur le plan national, ce sont les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des malades ou d'autres institutions de cette nature qu'il faut saisir des atteintes au droit à la santé.

60. L'intégration à l'ordre juridique interne d'instruments internationaux consacrant le droit à la santé peut élargir sensiblement le champ d'application et renforcer l'efficacité des mesures de réparation et il faut donc encourager dans tous les cas ladite intégration (31). Celle-ci donne aux tribunaux la compétence voulue pour se prononcer sur les atteintes au droit à la santé, ou tout au moins sur ses obligations essentielles, en invoquant directement le Pacte.

61. Les États parties devraient encourager les magistrats et tous les autres professionnels de la justice à s'intéresser davantage, dans l'exercice de leurs fonctions, aux atteintes au droit à la santé.

62. Les États parties devraient respecter, protéger, faciliter et promouvoir le travail des défenseurs des droits de l'homme et autres membres de la société civile afin d'aider les groupes vulnérables ou marginalisés à réaliser leur droit à la santé.

V. LES OBLIGATIONS D'AUTRES ACTEURS QUE LES ÉTATS PARTIES

63. Le rôle imparti aux organismes et aux programmes des Nations Unies, en particulier la fonction clef attribuée à l'OMS dans la réalisation du droit à la santé à l'échelle internationale, régionale et nationale, revêt une importance particulière, de même que la fonction de l'UNICEF en ce qui concerne le droit à la santé des enfants. Quand ils élaborent et mettent en œuvre leur stratégie nationale concernant l'exercice du droit à la santé, les États parties devraient tirer avantage de l'assistance technique et de la coopération de l'OMS. En outre, quand ils établissent leurs rapports, les États parties devraient exploiter les informations exhaustives et les services consultatifs disponibles auprès de l'OMS aux fins de la collecte et de la ventilation des données ainsi que de la définition d'indicateurs et de critères concernant le droit à la santé.

64. En outre, il y a lieu de continuer à mener une action coordonnée aux fins de la réalisation du droit à la santé pour renforcer l'interaction entre tous les acteurs intéressés, y compris les diverses composantes de la société civile. Conformément aux articles 22 et 23 du Pacte, il faut que l'OMS, l'Organisation internationale du Travail, le Programme des Nations Unies pour le développement, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population, la Banque mondiale, les banques régionales de développement, le Fonds monétaire international, l'Organisation mondiale du commerce ainsi que les autres organes compétents du système des Nations Unies coopèrent efficacement avec les États parties en mettant à profit leurs compétences respectives pour faciliter la mise en œuvre du droit à la santé à l'échelle nationale, sous réserve que le mandat propre à chaque organisme soit dûment respecté. En particulier, les institutions financières internationales, notamment la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, devraient s'attacher davantage à protéger le droit à la santé dans le cadre de leur politique de prêt, de leurs accords de crédit et de leurs programmes d'ajustement structurel. Quand il examine le rapport des États parties et vérifie si ces pays sont en mesure de s'acquitter des obligations leur incombant en

vertu de l'article 12, le Comité devra recenser les effets de l'assistance apportée par tous les autres acteurs. L'adoption par les institutions spécialisées, les programmes et les organes des Nations Unies d'une approche s'inspirant de la défense des droits de l'homme facilitera considérablement la mise en œuvre du droit à la santé. Dans le cadre de l'examen des rapports des États parties, le Comité étudiera également le rôle que jouent les associations professionnelles et autres organisations non gouvernementales du secteur de la santé pour aider les États à s'acquitter des obligations leur incombant en vertu de l'article 12.

65. Le rôle de l'OMS, du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, du Comité international de la Croix-Rouge/du Croissant-Rouge et de l'UNICEF ainsi que des organisations non gouvernementales et des associations médicales nationales revêt une importance particulière quand il s'agit de fournir des secours en cas de catastrophe et d'apporter une assistance humanitaire dans les situations d'urgence, y compris une assistance aux réfugiés et aux personnes déplacées dans leur propre pays. Sur le plan international, en matière d'aide médicale, de répartition et de gestion des ressources, s'agissant par exemple d'eau potable, de denrées alimentaires et de fournitures médicales, et en matière d'aide financière, il convient d'accorder la priorité aux groupes les plus vulnérables ou aux groupes marginalisés de la population.

Notes

1. Par exemple, le principe de la non-discrimination dans l'accès aux installations, aux biens et aux services en matière de santé est un droit garanti par la loi dans de nombreuses juridictions nationales.
2. Dans la résolution 1989/11.
3. Les Principes concernant la protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1961 (résolution 46/119), ainsi que l'Observation générale No 5 du Comité concernant les personnes souffrant d'un handicap, s'appliquent à ces catégories de personnes; le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, ainsi que la Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, contiennent des définitions concernant respectivement la santé génésique et la santé des femmes.
4. Art. 3 commun des Conventions de Genève de 1949 pour la protection des victimes de guerre; Protocole additionnel I (1977) relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux, art. 75 2) a); Protocole additionnel II (1977) relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux, art. 4 a).
5. Voir la liste modèle OMS des médicaments essentiels, version révisée de décembre 1999, WHO Drugs Information, vol. 13, No 4, 1999.
6. Sauf indication contraire, toute référence dans la présente Observation générale aux installations, biens et services en matière de santé englobe les facteurs fondamentaux déterminants de la santé énoncés aux paragraphes 11 et 12 a) de la présente Observation générale.
7. Voir les paragraphes 18 et 19 de la présente Observation générale.
8. Voir le paragraphe 2 de l'article 19 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. La présente Observation générale met particulièrement l'accent sur l'accès

à l'information en raison de l'importance spéciale de cette question en ce qui concerne la santé.

9. Dans les textes et la pratique concernant le droit à la santé, il est fait souvent référence à trois niveaux de soins de santé : les soins de santé primaires concernent en général les maladies courantes et relativement sans gravité et sont dispensés par des professionnels de la santé et/ou des médecins généralistes pratiquant au sein de la communauté à un coût relativement faible; les soins de santé secondaires sont dispensés dans des centres, habituellement des hôpitaux, et concernent en général des maladies mineures ou graves relativement courantes, qui ne peuvent pas être traitées au niveau de la communauté et qui exigent des professionnels de la santé et des médecins ayant reçu une formation spécialisée, du matériel spécial et parfois une hospitalisation à un coût relativement élevé; les soins de santé tertiaires sont dispensés dans un nombre de centres relativement restreint, ils concernent en général un petit nombre de maladies mineures ou graves exigeant l'intervention de professionnels de la santé et de médecins spécialisés et du matériel spécial et sont souvent relativement coûteux. Étant donné que les formes de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires se recoupent souvent et sont souvent interdépendantes, l'emploi de cette typologie ne permet pas toujours de fournir des critères distinctifs suffisants pour permettre d'évaluer le niveau de soins de santé que les États parties doivent assurer, et est en conséquence d'une utilité limitée pour ce qui est de l'interprétation de l'article 12 du point de vue normatif.

10. Selon l'OMS, la mortalité n'est plus un indicateur d'usage fréquent; on mesure plutôt le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des moins de cinq ans.

11. Les soins "prénatals" sont les soins existants ou dispensés avant la naissance; les soins "périnatals" concernent une courte période avant et après la naissance (dans les statistiques médicales, cette période commence à l'achèvement de 28 semaines de gestation et est diversement définie comme s'achevant entre une et quatre semaines après la naissance); les soins "néonataux", en revanche, concernent la période couvrant les quatre premières semaines après la naissance; les soins "postnatals" sont les soins dispensés après la naissance. Dans la présente Observation générale, sont exclusivement employés les termes plus génériques de "pré et postnatals".

12. La santé génésique recouvre la liberté pour les hommes et les femmes de décider s'ils veulent procréer et quand, le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale, l'accès à la méthode de leur choix, ainsi que le droit d'avoir accès à des services appropriés de soins de santé, garantissant, par exemple, aux femmes le bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement.

13. Le Comité prend note à cet égard du principe 1 de la Déclaration de Stockholm de 1972, selon lequel : "L'homme a un droit fondamental à la liberté, à l'égalité et à des conditions de vie satisfaisantes, dans un environnement dont la qualité lui permette de vivre dans la dignité et le bien-être", ainsi que des faits nouveaux survenus récemment dans le domaine du droit international, en particulier de la résolution 45/94 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la nécessité d'assurer un environnement salubre pour le bien-être de chacun; il note également le principe 1 de la Déclaration de Rio et les dispositions des instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme, notamment de l'article 10 du Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme (Protocole de San Salvador).

14. Convention No 155 de l'OIT, art. 4 2).

15. Voir le paragraphe 12 b) et la note 8 ci-dessus.

16. Concernant ces obligations fondamentales, voir les paragraphes 43 et 44 de la présente Observation générale.

17. Paragraphe 1 de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

18. Voir la résolution WHA47.10, de 1994, de l'Assemblée mondiale de la santé intitulée "Santé maternelle et infantile et planification familiale : pratiques traditionnelles nocives pour la santé des femmes et des enfants".

19. Parmi les normes internationales récentes intéressant les peuples autochtones, il convient de mentionner la Convention No 169 de l'OIT concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants (1989); les alinéas c) et d) du paragraphe 1 de l'article 29 et l'article 30 de la Convention relative aux droits de l'enfant (1989); alinéa j) de l'article 8 de la Convention sur la diversité biologique (1992), recommandant aux États de respecter, de préserver et de maintenir les connaissances; innovations et pratiques des communautés autochtones; le programme Action 21 de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (1992), en particulier le chapitre 26; et le paragraphe 20 de la première partie de la Déclaration et du Programme d'action de Vienne (1993), affirmant que les États devraient prendre des mesures constructives concertées pour garantir aux populations autochtones le respect de tous les droits de l'homme en vertu du principe de la non-discrimination. Voir également le préambule et l'article 3 de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (1992); et l'alinéa e) du paragraphe 2 de l'article 10 de la Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification dans les pays gravement touchés par la sécheresse et/ou la désertification, en particulier en Afrique (1994). Ces dernières années, un nombre croissant d'États ont modifié leur constitution et introduit des dispositions législatives reconnaissant les droits spécifiques des peuples autochtones.

20. Voir l'Observation générale No 13, par. 43.

21. Voir l'Observation générale No 3, par. 9, et l'Observation générale No 13, par. 44.

22. Voir l'Observation générale No 3, par. 9, et l'Observation générale No 13, par. 45.

23. Selon les Observations générales Nos 12 et 13, l'obligation de mettre en œuvre un droit comprend celle d'en *faciliter* l'exercice et celle de *l'assurer*. Dans la présente Observation générale, elle englobe également l'obligation de le *promouvoir* en raison de l'importance primordiale de la promotion de la santé dans les travaux de l'OMS et d'autres organismes.

24. Résolution 46/119 (1991) de l'Assemblée générale.

25. Une telle politique comprend les éléments suivants : identification, détermination, agrément et contrôle des matériels, équipements, substances, agents et procédés de travail dangereux; fourniture aux travailleurs d'informations en matière de santé et, le cas échéant, de vêtements et d'équipements de protection adéquats; contrôle de l'application des dispositions législatives et réglementaires au moyen d'inspections appropriées; déclaration obligatoire des accidents du travail et des maladies professionnelles; ouverture d'enquêtes sur les accidents et les maladies graves, et établissement de statistiques annuelles; protection des travailleurs et de leurs représentants contre toutes mesures disciplinaires consécutives à des actions effectuées par eux à bon droit conformément à la politique visée; et fourniture de services de santé au travailant essentiellement des fonctions de prévention. Voir OIT, Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (No 155), et Convention sur les services de santé au travail, 1985 (No 161).

26. Déclaration d'Alma-Ata, art. II, rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, 6-12 septembre 1978, dans : Organisation mondiale de la santé, "Health for All Series", No 1, OMS, Genève, 1978.

27. Voir le paragraphe 45 de la présente Observation générale.

28. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (publication des Nations Unies, numéro de vente F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe, chap. VII et VIII.

29. Pacte, art. 2, par. 1.

30. Indépendamment du point de savoir si les groupes peuvent en tant que tels demander réparation au titre de droits exercés par le groupe, les États parties sont liés à la fois par les aspects collectifs et les aspects individuels de l'article 12. Les droits collectifs occupent une place cruciale dans le domaine de la santé; toute politique moderne de santé publique s'appuie en effet très largement sur la prévention et la promotion et ce sont des méthodes qui s'adressent avant tout aux groupes.

31. Voir l'Observation générale No 2, par. 9.

Annexe 2 : Proposition de loi sur les services de santé et les services sociaux

PARTIE I

OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

TITRE I

OBJET

1) Le régime de services de santé et de services sociaux, de l'unité territoriale de santé publique, institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

2). Il vise plus particulièrement à :

- 1- réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps¹⁵¹⁸,
- 2- agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion de la santé,
- 3- favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes,
- 4- favoriser la protection de la santé publique,
- 5- favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale,
- 6- diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes,
- 7- atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes populations, des différentes régions et des différents territoires de santé publique.

¹⁵¹⁸ Tant physiques, mentaux que sociaux.

3). Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

- 1- assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services,
- 2- favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être,
- 3- partager les responsabilités entre les organismes publics et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux,
- 4- rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social,
- 5- tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques des régions et de leurs territoires de santé publique,
- 6- favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes,
- 7- favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles,
- 8- favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ; Assurer aux usagers la prestation de services de santé et de services sociaux adaptés à l'état de santé du patient avec des thérapeutiques reconnues garantissant la meilleure sécurité sanitaire¹⁵¹⁹,
- 9- assurer la participation des ressources humaines des établissements au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités,
- 10- promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

4). Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

¹⁵¹⁹ Art. L 1110-5 du code de la santé publique.

- 1- la raison d'être des services est la personne qui les requiert,
- 2- le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit,
- 3- l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité,
- 4- l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant,
- 5- l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

TITRE II

DROITS DES USAGERS¹⁵²⁰ : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 5). Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.
- 6). Toute personne a le droit de recevoir des soins adaptés à son état de santé avec des thérapeutiques reconnues garantissant la meilleure sécurité sanitaire¹⁵²¹ et de recevoir aussi des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.
- 7). Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

¹⁵²⁰ Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y a 3 chapitres : CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES, CHAPITRE II : DOSSIER DE L'USAGER et CHAPITRE III : PLAINTES DES USAGERSLOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. Les deux derniers n'ont pas été développés dans ces travaux.

¹⁵²¹ Art. L 1110-5 du code de la santé publique.

8). Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel de refuser des soins à un patient, mais il doit obligatoirement l'informer rapidement de son refus et l'orienter vers une structure pouvant le prendre en charge¹⁵²².

9). Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

10). Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

11). Tout usager a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Refus de soins

12). La volonté du patient doit être respectée, mais il doit être informé des conséquences et il doit être tenté de le convaincre de l'utilité du traitement, au besoin avec l'aide d'un confrère. Lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des soins vitaux, le médecin peut mettre en œuvre ces soins indispensables au maintien de la vie malgré le refus du patient¹⁵²³.

¹⁵²² Article L 1110-8 du code de la santé publique.

¹⁵²³ Article L 1111-4 du code de la santé publique.

13). Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues à l'article 14.

14). Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

15). Le patient est responsable de ses choix sous réserve d'avoir été valablement informé¹⁵²⁴.

16). Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 6 et 7, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

17). Un établissement ne peut décider du retour à domicile d'un patient que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état¹⁵²⁵.

18). Un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services dès que son retour à domicile lui a été signifié en prenant en compte l'article 17.

PARTIE II

PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

TITRE I

LES ÉTABLISSEMENTS

CHAPITRE I

¹⁵²⁴ Article 1111-1 du code de la santé publique.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

19). Les services de santé et les services sociaux sont fournis au sein de l'unité territoriale de santé publique par les établissements suivants :

- 1-°un ou des centres de santé primaires polyvalents,
- 2-°un ou des centres hospitaliers^{1526,1527,1528}
- 3-°un ou des centres d'hébergement et de soins de longue durée,
- 4-°un ou des centres de réadaptation.

entre de santé primaire polyvalent

20). La mission d'un centre de santé primaire polyvalent est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire de santé publique qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles bénéficient d'un suivi, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire de santé publique, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique.

¹⁵²⁵ Ce n'est donc pas la durée moyenne de séjour du groupe homogène du séjour qui décide du retour à domicile.

¹⁵²⁶ Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse a aussi été développé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux de la Province du Québec, mais il n'a pas été développé dans cette recherche.

¹⁵²⁷ Qui est réaffirmé dans la loi, cité par M. TOURAINÉ. *Conclusion*. Communication orale. Service public de santé en 2012. Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris 5 (Paris Descartes), Paris, le 27 juin 2012.

¹⁵²⁸ Du service public hospitalier ou du service au public si le public hospitalier ne le peut pas.

¹⁵²⁹ Une classification de ces centres pourrait être ajoutée.

21). La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

22). La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie de substitution, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux usagers qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

23). La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation et les personnes présentant une déficience et, principalement sur référence, les personnes alcooliques ou les autres personnes toxicomanes et les mères en difficulté d'adaptation. Il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile. Ou,

¹⁵³⁰ Une classification de ces centres pourrait être ajoutée.

si nécessaire, il s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie¹⁵³² de l'égal accès à des soins de qualité, de la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou de l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé¹⁵³³. Les missions de service public¹⁵³⁴ sont abrogées et des établissements de l'article 19 sont publics et gratuits¹⁵³⁵. Les services de santé et les services sociaux sont financés par l'assurance maladie obligatoire et les praticiens autrement qu'à l'acte^{1536,1537}.

CHAPITRE II

RÉSEAU DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'UNITE TERRITORIALE DE SANTE PUBLIQUE

¹⁵³¹ L'Article L.6112-1 du code de la santé publique, tel que modifié par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sur les missions de service public est abrogé, en faveur d'un service public de santé sur le modèle du service public hospitalier de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Les établissements de santé publics ne peuvent être ni industriels ni commerciaux. Ils sont financés par l'assurance maladie obligatoire ou l'État. La question d'établissements de santé privés-privés industriels et commerciaux qui ne seraient pas financés par l'assurance maladie obligatoire ou l'État, sauf si des contrats étaient passés avec l'ARS pour certaines activités, peut être posée. Ce serait aussi parvenir au modèle de la Catalogne en Espagne précédemment décrit.

¹⁵³² Article L. 6112-3-1. du code de la santé publique.

¹⁵³³ Article L. 6112-3. du code de la santé publique.

¹⁵³⁴ Article L.6112-1 du code de la santé publique tel que modifié par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁵³⁵ Nous proposons un retour à la Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière pour que les établissements du réseau de services de santé et de services sociaux de l'unité territoriale de santé publique du territoire de santé publique, soient publics. Un retour à cette loi a également été faite par Didier Tabuteau lors de la table ronde de la Revue Humanitaire sur la « montée de l'exclusion sanitaire : état des lieux et moyens d'en sortir ». Paris, Médecins du Monde, 13 octobre 2011.

¹⁵³⁶ La partie « 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale » de l'Article L. 6112-3. du code de la santé publique est revue .

La partie « Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux Articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale. Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 du même code sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale » de l'Art. L. 6112-3-1 du code de la santé publique est revue.

Les Articles L. 6154-2, L. 6154-3 et D. 6154-10-3 du code de la santé publique sont supprimés.

¹⁵³⁷ Par le salariat et la capitation qui ne poussent pas à l'augmentation de l'activité par patient, cité dans P.-L. BRAS. La rémunération des médecins libéraux...(*op. cit.*), p. 256.

25). Une agence régionale de santé peut proposer au ministre une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés sur ses territoires de santé publique pourvu que la mise en place de tout réseau de services de santé et de services sociaux des territoires de santé publique assure le respect des objectifs visés à l'article 26.

26). La mise en place d'un réseau de services de santé et de services sociaux dans un territoire de santé publique vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue à la population du territoire de santé publique de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, ou spécialisés.

27). La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau de services de santé et de services sociaux est assurée par un centre de santé primaire polyvalent¹⁵³⁸.

28). Le centre de santé primaire polyvalent est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire de santé publique du réseau de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :

- 1- les besoins socio sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci,
- 2- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population,
- 3- l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population,
- 4- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les normes d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

¹⁵³⁸ Précise les *pôles de santé* qui peuvent également assurer des activités de soins de premier recours au sens de l'Article L. 1411-11. Ils sont constitués « entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale » (Article L. 6323-4 du code de la santé publique).

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, un centre de santé primaire polyvalent doit, pour le territoire de santé publique de son réseau, mobiliser la directions de territoire de santé publique de l'agence régionale de santé, les établissements offrant des services spécialisés, les divers groupes de professionnels, les services sociaux, les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux, les associations d'usagers et s'assurer de leur participation.

29). Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, un centre de santé primaire polyvalent doit offrir :

- 1- des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement,
- 2- certains services spécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles.

30). Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire de santé publique du réseau de services de santé et de services sociaux, le centre de santé primaire polyvalent doit :

- 1- définir et mettre en place des procédures d'accueil, des recommandations de bonnes pratiques et de coopération entre professionnels de santé, mais aussi des procédures de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux,
- 2- instaurer des partenariats avec les différents partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services généraux ou spécialisés, les médecins du territoire de santé publique, les services sociaux et les ressources privées,
- 3- prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état,
- 4- créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services sanitaires et des services sociaux, avec l'agence régionale de santé, les collectivités territoriales et les représentants des médecins, en portant une attention particulière à l'accessibilité :
 - a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins,

b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les dossiers médicaux,

c) à des médecins autres que spécialistes en médecine générale par les médecins spécialistes en médecine générale dans une perspective de hiérarchisation des services lorsque c'est approprié.

31). Un centre de santé primaire polyvalent doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus. Elle doit rendre compte de l'application du présent article dans une section particulière du rapport annuel de gestion.

CHAPITRE III

FONCTIONS

32). Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux adaptés à l'état de santé du patient avec des thérapeutiques reconnues garantissant la meilleure sécurité sanitaire¹⁵³⁹. Les établissements doivent fournir des prestations personnalisées respectueuses de la dimension humaine et sociale tout en assurant la continuité des prestations. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants de l'unité territoriale de santé publique en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'un centre de santé primaire polyvalent, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

33). L'établissement doit notamment :

1- recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins,

¹⁵³⁹ Article L 1110-5 du code de la santé publique.

2- dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu un partenariat,

3- veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources du territoire de santé publique et de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir,

4- diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

34). Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée¹⁵⁴⁰, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Soins appropriés

35). Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui délivrer le plus tôt possible les soins que requiert son état.

36). Chacun des plans visés respectivement aux articles 34 et 35 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur qui est responsable de ses choix sous réserve d'avoir été valablement informé¹⁵⁴¹, tel que le prévoit l'article 15.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

¹⁵⁴⁰ Comme par exemple les personnes précaires du CSPP de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP.

¹⁵⁴¹ Article L. 1111-1 du code de la santé publique.

37). L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles.

Cela est soumis à l'approbation de l'agence régionale de la santé.

38). Tout établissement, autre qu'un centre de santé primaire polyvalent, doit contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par un centre de santé primaire polyvalent et préciser à l'agence régionale de santé concernée l'offre de services qu'il rend disponible pour le territoire de santé publique, à la région, à l'inter région ou au national.

Un tel établissement doit également conclure avec le centre de santé primaire polyvalent, en tenant compte des délais déterminés par l'agence régionale de santé, les partenariats nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire de santé publique et du réseau de services de santé et de services sociaux.

À défaut de partenariats dans les délais déterminés par l'agence régionale de santé, celle-ci précise la contribution attendue de chacun des établissements.

39). Tout établissement doit participer, à la demande du ministre en charge de la santé ou de l'agence régionale de santé, à l'évaluation du fonctionnement général du système de services de santé et de services sociaux.

Un établissement peut réaliser des enquêtes de satisfaction des usagers pour connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts par l'établissement.

Un centre de santé primaire polyvalent peut faire de même pour connaître la satisfaction des usagers à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

40). Tout établissement doit obtenir l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès de la haute autorité de santé.

Cet agrément n'est valable que pour une durée maximale de quatre ans. L'établissement doit s'assurer de maintenir en tout temps cet agrément.

CHAPITRE IV¹⁵⁴²

LES AGENCES REGIONALES DE LA SANTÉ¹⁵⁴³

SECTION I

STATUT ET OBJETS

41). L'agence régionale de santé est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de ses territoires de santé publique et de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

42). À cette fin, l'agence régionale de santé a pour objet¹⁵⁴⁴ :

1- d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers,

1.1- de s'assurer de services de santé et de services sociaux adaptés à l'état de santé du patient avec des thérapeutiques reconnues garantissant la meilleure sécurité sanitaire¹⁵⁴⁵. Les services de santé et les services sociaux doivent fournir des prestations personnalisées respectueuses de la dimension humaine et sociale tout en assurant la continuité de la santé. La continuité de la santé intègre la continuité des soins et la continuité des services de santé et des services sociaux pour l'ensemble

¹⁵⁴² Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y a CHAPITRE III : ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS ; SECTION I : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ; SECTION II : L'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS ; SECTION III : LES RESSOURCES HUMAINES ; SECTION IV : LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES ; SECTION V : LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET LES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ; CHAPITRE IV : RÈGLES APPLICABLES AUX ACTES CONSTITUTIFS DES ÉTABLISSEMENTS ; SECTION IV : INTÉGRATION ; SECTION V : DISSOLUTION ; TITRE I.1 : LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ; TITRE II : LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ; PARTIE III : COORDINATION, SURVEILLANCE ET RÉGLEMENTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ; TITRE I : LES INSTITUTIONS RÉGIONALES qui n'ont pas été développés dans ces travaux.

¹⁵⁴³ Qui pourraient devenir des « AGENCES REGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX »

¹⁵⁴⁴ Les Articles 41 et 42 sont importants si l'on considère les résultats préliminaire de l'étude sur la mise en place des ARS entre 2010 et 2012 réalisée par le département des politiques de santé du Pres Sorbonne Paris Cité (EHESP, Chaire Santé de Sciences Po et Institut Droit et Santé de l'Université Paris 5) : les ARS se sont désinvesties du niveau infra-régional et de la santé publique pour se concentrer sur les restructurations hospitalières régionales et interrégionales.

¹⁵⁴⁵ Article L 1110-5 du code de la santé publique.

des déterminants de la santé. La continuité de la santé est plus à même de favoriser l'amélioration de la santé de toute la population,

2- de faciliter le développement et la gestion des réseaux de services de santé et de services sociaux de ses territoires de santé publique et de sa région,

3- d'élaborer un plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi,

4-°d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions par contrat aux prestataires afin de répondre aux besoins de santé de la population par déterminants de la santé et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées,

5-°d'assurer la coordination des activités des composantes des unités territoriales de santé publique en collaboration avec les autres prestataires répondant aux besoins de santé de la population par déterminants de la santé,

5.1-°d'assurer la coordination des services de ses territoires de santé publique et sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre en charge de la santé, la coordination interrégionale,

6-°de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des populations,

7-°d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition,

7.1-°d'évaluer les résultats de la mise en oeuvre de son plan stratégique et de la gestion de ses financements en fonction des priorités nationales, régionales et de ses territoires de santé publique, selon des normes d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus,

7.2-°de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser les partenariats entre services visant à répondre aux besoins de santé de la population,

7.3-°de s'assurer que les partenariats et la coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels,

7.4-°de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci,

7.5-°de développer les enquêtes pour connaître les résultats obtenus concernant l'organisation des services et développer les enquêtes de satisfaction des usagers,

7.6-°de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits,

8-°d'exécuter tout demande que le ministre en charge de la santé lui confie.

43). De plus, sur toute question relative aux plateaux techniques, aux effectifs médicaux et aux corridors de services, une agence doit demander l'avis universitaire de santé publique qui dessert son territoire.

SECTION II

FONCTIONS PARITCULIÈRES

Fonctions à l'égard de la population et des droits des usagers

44). Une agence doit mettre à la disposition de la population un site Internet en lien avec les services offerts dans la région.

Fonctions reliées aux priorités de santé et de bien-être

45). L'agence régionale de santé veille au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être. À cette fin, elle :

- 1- s'assure que les informations sur l'état de santé de la population de la région et des territoires de santé publique sont tenues à jour et accessibles,
- 2- identifie les besoins de la population en vue de l'élaboration de son plan stratégique pluriannuel,
- 3- informe le ministre en charge de la santé des besoins de la population en vue de l'élaboration et la mise à jour, par celui-ci, du plan stratégique pluriannuel et des politiques de santé publique,
- 4- évalue, selon la périodicité que détermine le ministre en charge de la santé, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services,
- 5- élabore et met en œuvre, conformément aux directives du ministre en charge de la santé, des évaluations de programmes de services auxquels participent les établissements,
- 6- exécute toute mission spécifique que le ministre en charge de la santé lui confie.

Dans l'exercice des fonctions énumérées au premier alinéa, l'agence doit s'abstenir de consigner tout renseignement ou document permettant d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services.

Fonctions reliées à l'organisation des services

46). En conformité avec les orientations nationales et dans le respect des normes d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, l'agence régionale de santé est responsable pour élaborer un plan stratégique pluriannuel contenant, pour le territoire de santé publique de sa région, les éléments suivants :

- 1- une description de la mission de l'agence régionale de santé,
- 2- un état des besoins socio-sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci,
- 3- une description du contexte dans lequel évolue l'agence régionale de santé et les principaux enjeux auxquels elle fait face,
- 4- les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population,
- 5- les résultats visés au terme de la période couverte par le plan,
- 6- les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats.

47). Aux fins d'élaborer son plan stratégique, une agence régionale de santé doit prendre l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, le cas échéant, mettre à contribution les établissements de sa région et s'assurer de la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

48). Le plan stratégique de l'agence régionale de santé doit être approuvé par le ministre en charge de la santé.

49). Une agence régionale de santé peut proposer au ministre en charge de la santé de modifier l'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés mise en

place sur son territoire de santé publique pourvu que la mise en place de tout nouveau réseau de services de santé et de services sociaux assure le respect des objectifs visés à l'article 26.

La décision du ministre en charge de la santé d'accepter la proposition de l'agence régionale de santé, avec ou sans modification, doit être approuvée par le gouvernement. Le ministre en charge de la santé dépose chaque décret édicté devant l'Assemblée nationale dans les 30 jours de son adoption ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

Un tel programme d'accès doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et inclure tout établissement de la région.

Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les trois ans.

Fonctions reliées à la coordination des services de santé et des services sociaux

50). L'agence régionale de santé prend les mesures nécessaires pour coordonner les activités des établissements des unités territoriales de santé publique en favorisant, entre eux, la concertation et la collaboration en vue d'assurer une utilisation rationnelle et une répartition équitable des ressources de façon à tenir compte de la complémentarité des établissements, des autres partenaires, à éliminer entre eux les doublages et à permettre la mise en place de services communs.

51). L'agence régionale de santé fait la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé de la population et collabore à leur mise en œuvre avec les autres organismes de la région, notamment les collectivités territoriales et les directions régionales des ministères.

51). L'agence régionale de santé favorise par ailleurs la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers.

52). Elle doit également s'assurer que ces mécanismes d'accès aux services tiennent compte des particularités socio-culturelles et linguistiques des usagers.

53). Les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services doivent soumettre à l'approbation de l'agence régionale de santé leurs critères d'accès aux services, notamment pour l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert de ces derniers.

54). L'agence régionale de santé s'assure que les établissements de la région exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers et que les ressources se développent en regard de la capacité d'accueil de la population concernée.

55). Dans le but de répartir les cas d'urgence et d'assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins, l'agence régionale de santé, après consultation de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) :

1- approuve les critères d'admission et les politiques de transfert des usagers dans les établissements,

1.1- désigne les établissements qui doivent dispenser des services d'urgence,

2- s'assure que des normes de fonctionnement adéquat des services d'urgence soient adoptées par les établissements,

3- s'assure que les établissements adoptent et appliquent, en ce qui concerne l'utilisation et la distribution des lits, des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas d'urgence,

4- conçoit et implante un système d'information régionale pour connaître, de façon quotidienne, la situation dans les centres exploités par les établissements en regard du nombre et de la nature des inscriptions et des admissions d'usagers et de leurs transferts et transports en ambulance.

Fonctions reliées à la santé publique

56). L'agence régionale de santé doit :

1- créer une direction de la santé publique,

2- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels que la direction de santé publique obtient dans l'exercice de ses fonctions,

3- confier la gestion du plan d'action régional de santé publique prévu par la Loi sur la santé publique au directeur de santé publique nommé,

4- pour l'application du plan d'action régional de santé publique, organiser les services et allouer les ressources.

Le ministre en charge de la santé nomme, sur recommandation de l'agence régionale de santé, un directeur de santé publique qui agit aussi comme chef de tout le département de santé publique.

Le ministre de la santé peut exiger la participation d'une personne qui le représente au sein du processus de sélection du directeur.

Ce directeur doit avoir une formation en santé publique¹⁵⁴⁶ et son mandat est d'au plus quatre ans. À l'expiration de son mandat, il demeure en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou nommé de nouveau.

57). Le directeur de santé publique est responsable dans sa région :

1- d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin,

2- d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection,

3- d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence régionale de santé sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable,

4- d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de

¹⁵⁴⁶ Dans la loi étudiée : « ce directeur doit être un médecin ayant une formation en santé publique ».

la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

58). Le directeur exerce tout autre mandat que l'agence peut lui confier dans le cadre de ses fonctions.

59). Le directeur doit informer sans retard le ministre en charge de la santé de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.

60). Le ministre en charge de la santé peut demander à un directeur de santé publique de lui rendre compte de décisions ou avis en matière de santé publique qu'il prend ou donne dans l'exercice de ses fonctions.

Fonctions reliées à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières

61). L'agence régionale de santé élabore, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre en charge de la santé et des politiques qu'elle établit et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification et de développement des ressources humaines et veille à leur application. À cet effet :

- 1- elle met en place un système d'information sur les ressources humaines,
- 2- elle coordonne les activités de formation continue du personnel et la préparation de la relève dans le cadre de la mise en oeuvre des plans régionaux,
- 3- elle coordonne les activités de formation continue des membres des conseils d'administration des établissements,
- 4- elle aide les représentants d'association d'usagers dans les activités de formation continue de leurs membres.

De plus, l'agence régionale de santé met en place des moyens pour assister les établissements, à leur demande, dans l'élaboration de leur plan d'action pour la planification et le développement de leur personnel.

L'agence régionale de santé identifie les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant la planification et le perfectionnement et la mobilité de leur personnel.

62). L'agence régionale de santé doit élaborer un plan des effectifs médicaux de la région à partir des plans d'organisation des établissements qui lui ont été transmis, du

nombre de médecins requis pour accomplir les activités, et du nombre de médecins, par spécialité, qui pratiquent dans la région.

Dans l'élaboration de son plan régional, l'agence régionale de santé doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance que lui signifie le ministre en charge de la santé, des activités médicales des médecins qui pratiquent dans la région et qui reçoivent une rémunération et du nombre de postes fixé par le ministre en charge de la santé.

L'agence régionale de santé doit cependant, avant d'approuver la partie du plan d'organisation que lui ont transmise les centres hospitaliers universitaires, consulter l'université à laquelle est affilié chacun de ces établissements. La consultation porte sur l'ensemble des parties des plans d'organisation de ces établissements.

Dans l'élaboration de son plan régional, l'agence régionale de santé doit également considérer les recommandations de l'union régionale des professionnels de santé.

Ce plan régional, accompagné des parties des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration, doit être soumis au ministre en charge de la santé qui l'approuve avec ou sans modification.

Le plan régional doit être révisé au moins tous les trois ans et continue d'avoir effet tant que le ministre en charge de la santé ne s'est pas prononcé sur sa révision¹⁵⁴⁷.

SECTION III

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE¹⁵⁴⁸(63). Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'agence régionale de santé et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de santé publique, l'union régionale des professionnels de santé exerce, sous l'autorité du directeur général de l'agence régionale de santé, les responsabilités suivantes :

¹⁵⁴⁷ Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y a SECTION VII : COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES; SECTION VIII : TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE qui n'ont pas été développés dans ces travaux.

¹⁵⁴⁸ L'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) a été créée par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

- 1- faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs des professionnels de santé, une fois que le ministre en charge de la santé a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence régionale de santé relative à ce plan,
- 2- définir et proposer le plan régional d'organisation des services lequel doit préciser, par territoire de santé publique et par réseau de services de santé et de services sociaux, les services dispensés par établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses patientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence régionale de santé relative à ce plan;
- 3- faire des recommandations sur la nature des services découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de l'agence régionale de santé relative à cette matière,
- 4- évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services et à la partie du plan régional des effectifs des professionnels de santé,
- 5- donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments,
- 6- donner son avis sur les propositions des services de santé publique universitaires,
- 7- réaliser toute autre fonction que lui confie le directeur général de l'agence régionale de santé relativement aux services¹⁵⁴⁹.

TITRE II

LE MINISTRE

CHAPITRE I

FONCTIONS MINISTÉRIELLES

64). Dans une perspective d'amélioration de la santé de la population, le ministre en charge de la santé détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

¹⁵⁴⁹ Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y a SECTION II.1 : GESTION ET REDDITION DE COMPTES; SECTION III : BUDGET DE FONCTIONNEMENT ET RAPPORTS ; SECTION IV : CONSEIL D'ADMINISTRATION ; SECTION V : POUVOIRS D'INTERVENTION DE L'AGENCE qui n'ont pas été développés dans ces travaux.

Plus particulièrement :

- 1- il établit les politiques de santé et de services sociaux et voit à leur mise en œuvre et à leur application par les agences régionales de la santé, et à leur évaluation,
- 2- il élabore un plan stratégique pluriannuel,
- 3- il répartit équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et veille au contrôle de leur utilisation,
- 4- il veille au développement de l'enseignement et de la recherche en santé publique,
- 5- il élabore les cadres de gestion des ressources humaines, matérielles et financières,
- 6- il établit les politiques et les orientations des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, en suit l'application et en fait l'évaluation,
 - 6.1- il prend les mesures propres à assurer aux usagers la prise en charge que requiert son état par les services de santé et les services sociaux,
 - 6.2- il constitue et maintient à jour, un registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prise en charge par les services de santé et les services sociaux afin d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu,
- 7- il assure la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population,
- 8- il prend les mesures propres à assurer la protection de la santé publique et assure la coordination nationale et interrégionale,
- 9- il diffuse auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux normes d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience;
- 10- il évalue les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations qu'il a diffusées;
- 11- il détermine les territoires de desserte des Ecoles interrégionales ou régionales des hautes études en santé publique (EIRHESP ou ERHESP)¹⁵⁵⁰,
- 12- il apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux.

65). Dans le respect des normes d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, le ministre en charge de la santé élabore un plan stratégique pluriannuel contenant les éléments suivants :

- 1- une description de la mission du ministère en charge de la santé,
- 2- un état des besoins socio-sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé de celle-ci,
- 3- une description du contexte dans lequel évolue le ministère en charge de la santé et les principaux enjeux auxquels il fait face,
- 4- les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but d'améliorer la santé de la population,
- 5- les résultats visés au terme de la période couverte par le plan;
- 6- les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats.

66). Lorsque le ministre en charge de la santé estime, compte tenu des normes d'accès généralement reconnus et après avoir effectué les consultations appropriées, que le temps d'attente pour obtenir un service est déraisonnable ou sur le point de le devenir, il peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place, conformément à ses directives, des mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre le service visé autrement accessible à l'intérieur du délai qu'il juge raisonnable.

CHAPITRE II

LES ECOLES INTER-REGIONALES OU REGIONALES DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EIRHESP ou ERHESP)¹⁵⁵¹

67). Afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions d'enseignement et de recherche universitaires en santé publique, est institué, pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre en charge de la santé de concert avec le ministre en charge de l'enseignement supérieur, de la recherche, de

¹⁵⁵⁰ Comme l'Institut Inter-Régional de Santé Publique-IRéSaP-Grand Est.

¹⁵⁵¹ Appelé « réseau universitaire intégré de santé » dans la Province du Québec.

l'environnement, des transports, du logement et des sports, des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP).

68). Chaque Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP) formule à toute agence régionale de santé concernée ou au ministre en charge de la santé, selon le cas, des propositions sur les sujets suivants :

- 1- des expertises en réponse aux demandes des instances infra régionales et des autres établissements,
- 2- l'assistance à la faculté de médecine de l'université associée pour le développement de la formation médicale continue en région et dans les territoires de santé publique,
- 3- le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements du territoire de desserte des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP),
- 4- l'accès à des programmes de formations continues en santé publique,
- 5- la mise en place, au niveau inter-régional ou régional, d'équipes de recherche et d'enseignement,
- 6- la collaboration des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP) avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) afin de déterminer les champs d'action prioritaires, de décider de la répartition des activités et d'assurer la diffusion des résultats et ce, sous la direction de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP),
- 7- la coordination, auprès des membres des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP), des activités de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), afin d'assurer la productivité et l'efficacité de ces activités,
- 8- l'élaboration d'un plan des effectifs universitaires,
- 9- l'instauration d'une culture de collaboration entre les membres des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP) et l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP),

De plus, chaque réseau formule au ministre des propositions sur:

- 1- la formation médicale et la répartition, auprès des Écoles Interrégionales ou Régionales des Hautes Études en Santé Publique (EIRHESP ou ERHESP), des étudiants de la faculté de médecine de l'université associée au réseau,
- 2- la coordination des activités de recherche afin de favoriser l'atteinte d'une masse critique de chercheurs dans des secteurs donnés et le partage des plateaux techniques et d'éviter ainsi les doublons¹⁵⁵².

¹⁵⁵² Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y a aussi : CHAPITRE II : LES PERMIS ; SECTION I : DÉLIVRANCE ET MODIFICATION SECTION I : DÉLIVRANCE ET MODIFICATION; SECTION II : OBLIGATIONS DU TITULAIRE D'UN PERMIS ; SECTION III : SUSPENSION, RÉVOCATION ET REFUS DE RENOUELEMENT; SECTION III.1 : RETRAIT DU PERMIS DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS; SECTION IV : EXPLOITATION SANS PERMIS ; CHAPITRE III : L'AGRÉMENT DE CERTAINES RESSOURCES PRIVÉES AUX FINS D'ATTRIBUTION D'ALLOCATIONS FINANCIÈRES ; CHAPITRE IV : LE FINANCEMENT DES SERVICES ; CHAPITRE V : LE FINANCEMENT DES AUTRES SERVICES ; CHAPITRE VI : AIDE MATÉRIELLE ET ASSISTANCE À LA PERSONNE ; CHAPITRE VII : RÉGLEMENTATION ; CHAPITRE VIII : POUVOIRS DE SURVEILLANCE : SECTION I : INSPECTION ; SECTION II : ADMINISTRATION PROVISOIRE ; TITRE III : LE GOUVERNEMENT ; CHAPITRE I : MESURES ADMINISTRATIVES ; CHAPITRE II : RÉGLEMENTATION ; SECTION I : APPLICATION DE LA PRÉSENTE LOI ; SECTION II : NORMES RELATIVES A LA CONTRIBUTION DES USAGERS ; PARTIE III.1 : ACTIFS INFORMATIONNELS ET SÉCURITÉ DE L'INFORMATION ÉLECTRONIQUE ; PARTIE IV.1 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES SUR LE TERRITOIRE VISÉ PAR LA LOI SUR LES VILLAGES NORDIQUES ET L'ADMINISTRATION RÉGIONALE KATIVIK ; PARTIE IV.2 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES DANS UNE PARTIE DE LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC ; PARTIE IV.3 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES SUR CERTAINES TERRES TRANSFÉRÉES POUR L'USAGE EXCLUSIF DE LA NATION NASKAPI DE KAWAWACHIKAMACH ; PARTIE V : DISPOSITIONS PÉNALES ; PARTIE VI : CONTINUITÉ DES PERSONNES MORALES ; CHAPITRE I : LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ; CHAPITRE II : LES CONSEILS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ; PARTIE VII : DISPOSITIONS MODIFICATIVES, TRANSITOIRES ET FINALES qui n'ont pas été développés dans cette recherche.

Annexe 3 : Proposition de loi sur la santé publique

CHAPITRE I

OBJET DE LA LOI

1). La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général.

2). Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique, mais aussi une pollution des milieux et les déterminants socio-économiques, qui sont susceptibles de causer des pathologies si la présence de cet agent, d'une pollution ou des déterminants socio-économiques ne sont pas contrôlés¹⁵⁵³.

Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre en charge de la santé, les directeurs généraux des agences régionales de santé et les responsables des territoires de santé. Ils sont chargés de coordonner la mise en œuvre de cette loi avec les ministères concernés par les déterminants de la santé, comme l'Éducation nationale, l'Enseignements supérieur et la Recherche, la Culture, le Logement, le Travail, l'Environnement, l'Intérieur, par une approche multisectorielle¹⁵⁵⁴.

¹⁵⁵³ Tous les agents physiques chimiques et biologiques « externes » à l'individu en plus de la pollution des milieux et en complément des déterminants socio-économiques (environnement collectif) sont pris en compte par la santé environnementale. Cela ouvre l'ensemble des possibilités de prévention concernant l'écosystème de la charte d'Ottawa. L'écosystème doit y être conçu comme la somme de l'environnement individuel (agents physiques chimiques et biologiques auxquels sont exposés les individus) et de l'environnement collectif (social, psychologique, économique, culturel, politique, lien avec les autres espèces vivantes, écosystème etc.). La santé environnementale est notamment développée en France, par la Société Française de Santé et Environnement - SFSE (Disponible sur : <http://www.sfse.org/> [consulté le 29 décembre 2011]), au prix d'une scission avec la Société Française de Santé Publique.

¹⁵⁵⁴ « Une politique de santé, tant nationale que régionale, implique de nombreux autres départements ministériels : il convient d'imaginer une forme de coordination régulière autour d'une politique définie en terme d'objectifs d'amélioration de la santé des populations, animée par le ministère qui en a la charge », cité dans R. SOUBIE. Santé 2010...(*op. cit.*), p. 31.

3). D'autres mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants la santé, notamment par une action intersectorielle concertée.

4). Certaines mesures édictées par la présente loi visent enfin à ce que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés¹⁵⁵⁵.

5). La présente loi lie le gouvernement, ses ministères et les organismes mandataires de l'État

CHAPITRE II

BUTS GÉNÉRAUX¹⁵⁵⁶

6). L'égalité d'accès aux soins et à la santé est un principe fondamental du système de santé¹⁵⁵⁷.

7). L'égalité n'est pas remplacée par l'équité, mais comme le législateur et le juge n'ont eu de cesse d'en tracer le sillon, les principes de solidarité, d'égalité ou d'équité sont étroitement associés¹⁵⁵⁸.

L'égalité d'accès aux soins et à la santé peut être porteuse d'équité égalitariste et d'équité différentielle¹⁵⁵⁹.

¹⁵⁵⁵ Nous rejoignons ici la définition de la santé publique choisie en introduction et qui est celle de l'Institut de santé publique du Québec de 1997 qui définit la santé publique « comme l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et, d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé de la population ».

¹⁵⁵⁶ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie ... (op. cit.)*, p. 25.

¹⁵⁵⁷ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Stratégie ... (op. cit.)*, p. 25.

¹⁵⁵⁸ M. BORGETTO. Le principe...*(op. cit.)*, p. 41-52, et M. BORGETTO. Égalité, solidarité...équité ? ...*(op. cit.)*, p. 239-279.

¹⁵⁵⁹ D. CASTIEL. De l'équité...*(op. cit.)*, p. 24-25.

8). Les actions de santé publique doivent favoriser la réduction des facteurs se trouvant à l'origine d'inégalités de santé et doivent favoriser la réduction des écarts d'état de santé¹⁵⁶⁰.

9). Les actions de santé publique doivent favoriser la continuité des soins, le continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social, réseaux de santé, sécurité sanitaire », la continuité de la santé et répondre aux besoins de santé de la population tant au niveau national, que régional et territorial.

10). Ces actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger et d'améliorer l'état de santé de la population en général, passant par l'amélioration de la santé physique mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu.

11). Ces actions sont multisectorielles¹⁵⁶¹.

12). Elles ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus.

CHAPITRE III

PROGRAMME NATIONAL ET PROGRAMMES D' ACTIONS RÉGIONALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ PUBLIQUE

13). En conformité avec la politique de santé, le ministre en charge de la santé élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et des territoires de santé publique.

¹⁵⁶⁰ Dans son rapport de 2009 « Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité » le HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE., préconise qu'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé ayant comme objectif général la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, pourrait être insérer dans la loi de santé publique, cité dans HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Les inégalités...*(*op. cit.*), p. 71-72.

¹⁵⁶¹ C'est à dire qu'elles prennent en compte l'approche par le continuum « prévention, secteurs ambulatoire, hospitalier comprenant les urgences, médico-social et social » par priorité de santé et territoire de santé, mais aussi l'approche interdisciplinaire, interministérielle et interinstitutionnelle.

Lors de l'élaboration de ce programme, le ministre doit consulter la conférence nationale de santé¹⁵⁶², le Haut conseil de la santé publique¹⁵⁶³ et les différents intervenants concernés par ce programme, comme l'École des hautes études en santé publique¹⁵⁶⁴.

Au préalable, la conférence nationale de santé aura réalisé un rapport comprenant la synthèse des rapports généraux et spécifiques des conférences régionales de la santé et de l'autonomie et l'aura rendu public.

¹⁵⁶². Conformément à l'article 34 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L. 1411-1 du code de la santé publique) : « La Conférence nationale de santé a pour missions :

1-D'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de celle-ci ;

2-De donner un avis au Gouvernement sur le rapport annuel prévu à l'article L. 1411-1 ainsi que sur toute autre question qu'il lui soumet et de formuler des propositions en vue d'améliorer le fonctionnement du système de santé ;

3-D'élaborer, sur la base des rapports établis par les conseils régionaux de santé, un rapport annuel, adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé ;

4- D'organiser ou de contribuer à l'organisation de débats publics permettant l'expression des citoyens sur des questions de santé ou d'éthique médicale.

Article L. 1411-1-2. - La Conférence nationale de santé comprend des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé ou d'autres structures de soins ou de prévention, des représentants des industries des produits de santé, des représentants des conseils régionaux de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie, des représentants des usagers ainsi que des personnalités qualifiées ».

¹⁵⁶³ Conformément à l'Article 34 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L. 1411-1-3. du code de la santé publique) : « Le Haut conseil de la santé a pour missions :

-De contribuer à la définition des priorités pluriannuelles de santé publique, notamment en apportant son concours au Gouvernement et en formulant toute recommandation qu'il juge nécessaire en vue d'améliorer les politiques de santé ;

2-D'évaluer, par l'intermédiaire d'un rapport remis au Parlement avant le 15 avril de chaque année, l'application de ces priorités. Ce rapport est élaboré notamment au vu des bilans établis, avant le 1er mars, par les conseils régionaux de la santé et au vu des propositions que ces derniers formulent.

Il peut être consulté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question concernant l'organisation du système de santé, en particulier sur les évolutions du système de soins liées aux objectifs de la politique de santé.

Art. L. 1411-1-4. - Le Haut conseil de la santé comprend des membres de droit et des personnalités qualifiées dont la compétence est reconnue sur les questions de santé. Le président du Haut conseil de la santé est élu par les membres au sein des personnalités qualifiées. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Les dispositions du présent article entreront en vigueur à la date de nomination des membres de la Conférence nationale de santé définie à l'article L. 1411-1-1 et à la date de nomination des membres du Haut conseil de la santé prévue à l'article L. 1411-1-3.».

¹⁵⁶⁴ L'EHESP développe une expertise nationale et internationale en lien avec les Universités notamment. L'EHESP développe actuellement une base de données publiques qui permettra de montrer des variations territoriales.

Ce rapport doit prendre en compte les résultats des études concernant les besoins de santé ressentis par les citoyens et les usagers¹⁵⁶⁵ ainsi que la satisfaction des usagers et des citoyens sur les précédents programmes.

Ces travaux sont financés par l'agence nationale de santé¹⁵⁶⁶ qui en aura prévu les financements dans le programme. L'agence nationale de santé doit confier ces travaux à un tiers, ce que doit préciser le programme.

Les résultats de ces études ainsi que le programme et ses financements doivent être présentés et discutés en conférence nationale de santé en présence des citoyens, des usagers et de l'ensemble des différents intervenants concernés par ce programme.

Les résultats donnés par ces études et les avis des citoyens, des usagers et de l'ensemble des différents intervenants concernés par ce programme doivent être considérés : s'ils ne sont pas retenus, cela doit être argumenté par l'agence nationale de santé, sinon ils doivent être retenus.

Le ministère doit évaluer les résultats de son programme et le mettre à jour régulièrement. Il en assure la coordination nationale et interrégionale. Le directeur général des agences régionales de santé assure la coordination territoriale.

14). Le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne :

- 1- la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants,
- 2- la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population,
- 3- la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé de la population,
- 4- la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaires inhérentes à cette fonction.

¹⁵⁶⁵ P.-H. BRÉCHAT, et alii. *Priorités...* (*op. cit.*), p. 169-182.

¹⁵⁶⁶ Soit l'équivalent national de l'agence régionale de santé, qui pourrait être composé du secrétariat générale des ministères chargés des affaires sociales comprenant la mission appui-ressources-stratégies des ARS ainsi que des administrations centrales du ministère en charge de la santé.

Le ministre peut ajouter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne tout autre aspect de santé publique qu'il estime nécessaire ou utile d'inclure au programme.

Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion de la santé, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé tant sociales que territoriales au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.

15). Le programme national de santé publique peut aussi :

- 1- comprendre une liste d'actions spécifiques à réaliser ou de services à offrir à la population et il peut préciser la façon de les réaliser ou de les dispenser,
- 2- énoncer des résultats à atteindre dans des délais précis,
- 3- établir un cadre ou des lignes directrices d'ordre éthique à respecter dans la réalisation du programme national de santé publique ou des programmes régionaux et territoriaux de santé publique,
- 4- prévoir une formation initiale et continue pour les ressources humaines œuvrant en santé publique.

16). Le programme national de santé publique définit les paramètres du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population que doivent, de façon concertée, produire et diffuser périodiquement le ministre et les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Ces paramètres doivent permettre, dans la mesure du possible, au plan national de comparer les résultats obtenus pour l'ensemble de la France avec ceux obtenus pour chaque agence régionale de santé, au plan régional, de comparer les résultats obtenus selon les différents territoires de santé.

Le rapport national sur l'état de santé de la population est préparé par l'agence nationale de santé du ministère en charge de la santé avec la collaboration des directeurs généraux des agences régionales de santé et le soutien du Haut conseil de

la santé publique et les différents intervenants comme l'École des hautes études en santé publique. Il est remis au ministre qui le rend public et en assure la diffusion.

Les rapports régionaux sont préparés par chacun des directeurs généraux des agences régionales de santé avec la collaboration des responsables des territoires de santé, avec le soutien des observatoires régionaux de la santé, du Haut conseil de la santé publique et des différents intervenants comme l'École des hautes études en santé publique. Une approche par territoire de santé est, si possible, à privilégier. Ils sont rendus publics et diffusés dans chaque région et chaque territoire de santé par le directeur général.

17). Les agences régionales de santé doivent, par une approche multisectorielle, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un programme régional de santé publique qui doit être décliné en programmes territoriaux de santé publique.

Ce programme régional de santé publique doit être conforme au programme national de santé publique et il doit tenir compte des spécificités de la population de la région et de ses territoires de santé publique.

18). Ce programme régional de santé publique peut promouvoir et intégrer des innovations régionales ou territoriales porteuses d'amélioration de l'état de santé de la population mais aussi d'amélioration de la continuité des soins et de la santé¹⁵⁶⁷.

Ces innovations doivent être soumises pour avis au Comité d'éthique.

Lorsqu'une innovation prévoit une communication de renseignements personnels sur laquelle les instances appliquant les dispositions sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels doivent se prononcer, une copie de l'avis du Comité d'éthique doit être remise aux précédentes instances.

19). Le programme régional de santé publique doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux, lorsque le directeur général en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les

¹⁵⁶⁷ Comme par exemple le pôle de compétitivité en santé publique, des allocations de ressources différentielles et un CSPP.

mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.

20). Le programme régional de santé publique peut prévoir que certaines activités seront réalisées ou que certains services seront offerts à la population par d'autres intervenants que les établissements de santé et les services sociaux. Ces programmes doivent notamment tenir compte des services et soins offerts par les médecins sur le territoire¹⁵⁶⁸.

L'agence régionale de santé prévoit les responsabilités qu'elle confie aux établissements de santé et aux services sociaux de ses territoires de santé pour l'application de son programme régional de santé publique.

21). Les agences régionales de santé doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un programme territorial de santé publique pour chacun des territoires de santé publique de la région.

L'élaboration de chaque programme territorial doit être faite par une approche multisectorielle et en concertation, notamment, des responsables des permanences d'accès aux soins de santé et des collectivités territoriales.

Chaque programme territorial doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et doit définir les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au programme régional, compte tenu de la spécificité de la population du territoire de santé publique considéré.

22). Avant de mettre en œuvre ses programmes régionaux et territoriaux de santé publique, l'agence régionale de santé doit consulter la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les différents intervenants concernés par ces programmes¹⁵⁶⁹.

¹⁵⁶⁸ Concerne les mesures de la loi HPST sur les missions de service public, les centres de santé, pôle de santé. Le CSPP peut aussi être concerné, cité dans P.-H. BRÉCHAT, et al. *Eléments pour un concept...* (*op. cit.*), p. 355-369.

¹⁵⁶⁹ Conformément à l'article 35 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L. 1411-3 du code de la santé publique) : « Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un conseil régional de santé qui a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en oeuvre des politiques régionales de santé. Il siège en formation plénière ou en sections spécialisées. Le représentant de l'État dans la région ou dans la

Les besoins de santé ressentis par les citoyens et les usagers de la région et de ses territoires de santé publique ainsi qu'une étude de satisfaction des usagers et des citoyens sur les précédents programmes doivent être systématiquement menés auparavant par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

collectivité territoriale de Corse et le directeur de l'agence régionale [de santé] assistent sans voix délibérative aux travaux de la formation plénière et des sections spécialisées. Après l'article L. 1411-3 du même code, sont insérés trois articles L. 1411-3-1 à L. 1411-3-3 ainsi rédigés :

-Art. L. 1411-3-1. - En formation plénière, le conseil régional de santé : 1) Analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propres à la région ; 2) Propose, au regard des priorités retenues sur le [programme] national et des spécificités de la région, des priorités de santé publique qui portent notamment sur l'organisation des soins et la prévention et qui peuvent faire l'objet de programmes régionaux de santé [publique] ; 3) Etablit, par la voie d'un rapport annuel, le bilan de l'application de la politique de santé dans la région, portant sur l'organisation et la qualité des soins ainsi que sur la politique de prévention, et formule des propositions en vue de leur amélioration ; 4) Procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers ; cette évaluation fait l'objet d'un rapport spécifique ; 5) Peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens sur des problèmes de politique de santé et d'éthique médicale. Le rapport général et le rapport spécifique consacré aux droits des personnes malades et des usagers du conseil régional de santé sont transmis avant le 1er mars de chaque année au ministre chargé de la santé, au Haut conseil de la santé [publique], à la Conférence nationale de santé, au conseil régional, au représentant de l'État dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse, à l'agence régionale de [santé...]. Ils sont rendus publics, assortis le cas échéant des observations des personnalités ou organismes précités. La formation plénière comprend des représentants des collectivités territoriales, du conseil économique et social régional, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, des usagers, ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Elle élit en son sein le président du conseil régional de santé.

-Art. L. 1411-3-2. - Le conseil régional de santé est subdivisé en cinq sections qui sont compétentes, respectivement : 1) Pour donner un avis sur les projets de carte sanitaire et de schéma régional d'organisation sanitaire, dans les conditions prévues par l'article L. 6121-8, ainsi que sur les projets de décisions d'organisation sanitaire mentionnées aux articles L. 6115-3 et L. 6115-4 relevant des compétences de l'agence régionale de [santé] ; cette section est assistée d'un collège régional d'experts ; 2) Pour donner un avis au représentant de l'État dans la région sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, telles qu'elles sont mentionnées au II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (no 98-1194 du 23 décembre 1998) et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; 3) Pour donner un avis au représentant de l'État dans la région sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins prévu par l'article L. 1411-5 ; 4) Pour donner un avis au représentant de l'État dans la région sur les programmes régionaux de santé [publique] mentionnés à l'article L. 1411-3-3 ; 5) Pour donner un avis au représentant de l'État dans la région sur les programmes régionaux de statistiques et d'études dont il coordonne l'élaboration et la mise en oeuvre. Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application des articles L. 1411-3, L. 1411-3-1 et du présent article.

-Art. L. 1411-3-3. - Le représentant de l'État dans la région détermine, parmi les priorités proposées par le conseil régional de santé et après avis de la section compétente de ce conseil, celles qui font l'objet de programmes régionaux de santé [publique]. Ces programmes sont pluriannuels. Dans un délai respectant l'échéance prévue par l'article L. 1411-3-1, il rend compte chaque année de la réalisation de ces programmes au conseil régional de santé.

Ces travaux sont financés par l'agence régionale de santé qui en aura prévu les financements dans les programmes. L'agence régionale de santé doit confier ces travaux à un tiers, ce que doivent préciser les programmes.

Les résultats de ces études ainsi que les programmes et leurs financements doivent être présentés et discutés en conférence régionale de la santé et de l'autonomie en présence des citoyens, des usagers et de l'ensemble des différents intervenants concernés par ces programmes.

Les résultats donnés par ces études et les avis des citoyens, des usagers et de l'ensemble des différents intervenants concernés par ces programmes doivent être considérés : s'ils ne sont pas retenus, cela doit être argumenté par l'agence régionale de santé, sinon ils doivent être retenus.

23). Le programme national de santé publique et les programmes régionaux et territoriaux de santé publique doivent comporter un état prévisionnel des recettes et des dépenses et un cadre d'évaluation des résultats.

24). Les agences régionales de santé doivent, avant de les mettre en œuvre, déposer leurs programmes régionaux et territoriaux de santé publique auprès du ministre et des intervenants régionaux et territoriaux.

25). Le ministre doit s'assurer d'une action concertée de l'agence nationale de santé, du Haut conseil de la santé publique et des différents intervenants comme l'École des hautes études en santé publique, dans la dispensation à la population des services de santé publique requis et dans la réalisation des activités de santé publique, prévues par le programme national de santé publique¹⁵⁷⁰.

Le ministre doit aussi s'assurer que les activités de santé publique découlant du présent chapitre sont bien multisectorielles.

Le volet santé au travail doit être élaboré en concertation avec le ministère en charge du travail, l'éducation, en concertation avec le ministère en charge de l'Éducation nationale, etc.

¹⁵⁷⁰ Ce qui n'était pas le cas pour le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales comprenant la mission appui-ressources-stratégies des ARS et le Haut Conseil de la Santé Publique au premier août 2011.

CHAPITRE IV

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

26). Est institué le Comité d'éthique de santé publique. Il est rattaché au Haut conseil de la santé publique.

27). Le Comité d'éthique a pour principale fonction de donner son avis sur l'aspect éthique des projets de programmes de surveillance et les projets d'enquêtes socio-sanitaires qui lui sont soumis par le ministre et les directeurs de santé publique.

Il peut notamment donner son avis sur :

1-l'objet de la surveillance continue, les indicateurs ou les facteurs déterminants retenus par un programme de surveillance ou pour la tenue d'une enquête,

2-le type de renseignements qu'il est nécessaire de recueillir, les sources d'information et le plan d'analyse de ces informations envisagé.

28). Le Comité d'éthique peut aussi, sur demande du ministre, donner son avis sur toute question éthique qui peut être soulevé dans l'application de la présente loi, notamment concernant les activités ou actions prévues par les programmes, tant national que régionaux et territoriaux de santé publique.

29). Sous réserve des dispositions sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels, les avis du Comité d'éthique sont publics.

30). Le Comité d'éthique est composé des membres suivants, nommés par le gouvernement, sur recommandation du ministre en charge de la santé et après consultation des milieux concernés :

1-un éthicien,

2-trois représentants de la population intéressés aux travaux du Comité, qui n'ont aucun lien professionnel avec les établissements de santé et les services sociaux,

3-un directeur général d'agence régionale de santé,

4-deux professionnels œuvrant dans le domaine de la santé publique.

Le gouvernement peut également nommer deux autres membres à ce Comité, s'il estime que leur expertise serait utile aux travaux du Comité.

31). Une personne désignée par le directeur général de l'agence nationale de santé assiste aux réunions du Comité d'éthique et elle a droit à la parole.

32). Les membres du comité d'éthique ont un mandat d'au plus quatre ans. A la fin de leur mandat, ils demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient remplacés ou nommés de nouveau.

33). Les membres du Comité d'éthique choisissent parmi eux un président et un vice-président appelé à en assurer la présidence en cas d'absence ou d'empêchement du président.

34). La personne désignée par le directeur général de l'agence nationale de santé pour assister aux réunions du Comité d'éthique agit comme secrétaire.

35). Le quorum aux réunions du Comité d'éthique est de la majorité des membres, dont le président ou, le cas échéant, le vice-président.

En cas de partage, le président a voix prépondérante.

36). Le Comité d'éthique peut prendre tout règlement concernant son fonctionnement interne.

37). Les honoraires ou allocations des membres du Comité d'éthique, sont fixés par le gouvernement. Il en est de même pour les honoraires des consultants ou experts que le Comité d'éthique consulte.

38). Le ministère en charge de la santé assume le paiement des honoraires ou allocations visés à l'article 37.

Il assume également, compte tenu de ses ressources, le support administratif nécessaire à l'exécution des travaux du Comité d'éthique.

39). Le Comité d'éthique fournit au ministre tout renseignement que ce dernier requiert sur ses activités, dans les délais et dans la forme qu'il indique.

CHAPITRE V

SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

40). Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :

- 1-dresser un portrait global de l'état de santé de la population^{1571,1572},
- 2-observer les tendances et les variations temporelles et spatiales,
- 3-détecter les problèmes émergents,
- 4-identifier les problèmes prioritaires,
- 5-élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population,
- 6-suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

¹⁵⁷¹ Cela a pu être réalisé par le Haut Comité de la Santé Publique et les enquêtes « conditions de vie » de l'INSEE qui seront remplacées par les enquêtes « santé, protection sociale (SPS) » de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), qui comprennent pourtant moins d'items et de personnes interrogées présentant ainsi une moindre précision statistique et une richesse moindre. En 2011, le nombre de sans domicile fixe et le nombre de leur décès n'étaient pas connus.

¹⁵⁷² Le questionnaire d'handicap social issus des travaux de l'enquête « Conditions de vie » de l'INSEE, peut être utilisés car : il comprend un nombre d'indicateur plus important (111 items sont utilisés pour apprécier le degré d'handicap social, répartis au travers de 11 indicateurs spécifiques, couvrant 6 domaines d'analyse : « santé », « ressources », « insertion culturelle », « relations avec autrui », « logement » et « patrimoine ») que ceux habituellement utilisés ; la notion d'handicap social a été introduite par la loi n°74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale du code du travail ainsi que par l'Art. 51 de la 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ; il permet, associé au PMSI a permis de connaître les handicaps sociaux des usagers ; l'approche géographique à partir du concept d'handicap social est possible et peut être utile à des allocations de ressources différentielles ainsi qu'à des propositions pour répartir au mieux des financements supplémentaires : répartition par péréquation, allocation par territoire de santé et « social-isation » des groupes homogènes de séjour (voir plus loin).

41). La fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs généraux des agences régionales de santé.

Toutefois, le ministre peut confier au Haut conseil de la santé publique ou aux différents intervenants concernés, comme l'École des hautes études en santé publique, le mandat d'exercer, en tout ou partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance, aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriés. Il peut aussi confier un tel mandat à un tiers, sous réserve des dispositions sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels.

42). Le ministre et les directeurs généraux des agences régionales de santé, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance.

Lorsque le ministre confie à un tiers certaines activités de surveillance ou une partie de sa fonction, le plan de surveillance doit le prévoir.

43). Les projets de plans de surveillance doivent être soumis pour avis au Comité d'éthique.

Lorsqu'un plan de surveillance prévoit une communication de renseignements personnels sur laquelle les instances appliquant les dispositions sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels doivent se prononcer ou lorsque ces dernières doivent examiner un mandat confié par le ministre en vertu de l'article 41 de la présente loi, une copie de l'avis du Comité d'éthique doit être remise aux précédentes instances.

44). Le ministre et chaque directeur général des agences régionales de santé doivent réévaluer périodiquement la nécessité de maintenir chacun de leurs plans de surveillance ou d'y apporter des changements.

45). Le ministre et les directeurs généraux des agences régionales de santé peuvent exiger des médecins de laboratoires médicaux, publics ou privés, des établissements de santé, des services sociaux ou de tout ministère ou organisme, qu'ils leur fournissent des renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes que ces renseignements concernent, mais qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire de santé, par arrondissement ou par quartier.

SECTION II

ENQUÊTES SOCIO-SANITAIRES

46). Des enquêtes doivent être faites régulièrement auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population.

47). Le ministre peut veiller lui-même à la tenue de ces enquêtes ou s'assurer que les informations recueillies lors d'enquêtes par d'autres intervenants lui soient transmises ou soient mises à la disposition des directeurs généraux des agences régionales de santé.

48). Lorsque le ministre décide de tenir une enquête nationale pour les fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, il en établit les objectifs après consultation des directeurs généraux des agences régionales de santé.

49). La réalisation des enquêtes nationales est confiée à l'Institut national de la statistique et des études et des études économiques, qui les exécute en conformité avec les objectifs établis par le ministre.

Les directeurs généraux des agences régionales de santé peuvent réaliser des enquêtes socio-sanitaires régionales et territoriales.

50). Les enquêtes socio-sanitaires faites à des fins de surveillance de l'état de santé de la population doivent être préalablement soumises pour avis au Comité d'éthique.

CHAPITRE VI

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS ET REGISTRES¹⁵⁷³

51). Le ministre doit établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, un système de collecte de renseignements socio-sanitaires, personnels ou non, sur les naissances et les décès, dont les modalités d'application sont fixées par règlement.

52). Le médecin, la sage-femme ou, à défaut, toute personne qui assiste une femme à l'occasion d'un accouchement doit remplir, aux fins de la présente loi, un bulletin de naissance.

53). Un établissement qui maintient une installation dans laquelle décède une personne doit prendre les mesures pour qu'un bulletin de décès soit dressé au sujet du défunt par un médecin, aux fins de la présente loi.

Lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, le dernier médecin ayant soigné la personne doit remplir le bulletin de décès. Si tel médecin est inaccessible, le bulletin de décès peut être rempli par un autre médecin ou un médecin légiste. Si aucune personne possédant l'une de ces qualités n'est disponible dans un rayon de 16 kilomètres, le bulletin de décès peut être rempli par deux personnes majeures.

Dans le cas d'un décès faisant l'objet d'une investigation et, le cas échéant, d'une enquête, le bulletin de décès doit être fait par le médecin légiste.

Lors de l'entrée en France du cadavre d'une personne décédée hors de France, le bulletin de décès doit être fait par l'entreprise de pompes funèbres qui effectue le transport du cadavre, à moins que le cas ne relève de la compétence du médecin légiste.

54). Le ministre peut également établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, des systèmes de collecte de

données et de renseignements, personnels ou non, sur la prévalence, l'incidence et la répartition des problèmes de santé et en particulier sur les problèmes ayant des répercussions significatives sur la mortalité prématurée, la morbidité et l'incapacité¹⁵⁷⁴. Les modalités d'application sont fixées par règlement.

55). Les bulletins, donnés ou renseignés visés aux articles 52, 53 et 54 sont transmis au ministre suivant les règlements qu'il établit.

56). Le ministre peut, à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé de la population, instituer par règlement des registres où sont inscrits des renseignements personnels sur certains services ou soins de santé reçus par la population.

Le règlement doit indiquer quels services ou soins y seront inscrits, les renseignements personnels à fournir, dans quelles circonstances, par quels professionnels de santé et qui aura accès à ces renseignements personnels et pour quelles fins.

Le règlement doit prévoir que le consentement de la personne qui reçoit les services ou les soins est requis, tant pour l'inscription au registre que pour l'accès par des tiers aux renseignements qu'il contient et il doit permettre à une personne de retirer d'un registre tous les renseignements qui la concernent ou une partie d'entre eux,

Toutefois, le règlement peut prévoir l'inscription à un registre de certains renseignements ou prévoir l'accès à certains renseignements, sans le consentement de la personne que ces renseignements concernent, lorsque le refus de la personne pourrait mettre en danger la santé d'autres personnes. En pareil cas, la personne concernée ne peut non plus exiger que l'on retire du registre les renseignements qui la concernent.

¹⁵⁷³ Il est important d'établir ce chapitre notamment pour que les naissances ou décès des personnes n'ayant pas de domicile fixe soient pris en compte, ce qui n'était pas fait systématiquement en août 2011, ni dans une installation maintenue par un établissement, ni en dehors.

¹⁵⁷⁴ Il s'agit de l'altération de l'aptitude de façon générale, entraînant une déficience, une inaptitude, une incapacité de travail voir un handicap.

57). Les projets de règlement instituant les registres prévus à l'article 56 doivent être soumis pour avis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés. En cas d'avis défavorable, ils ne peuvent être adoptés par le ministre qu'avec l'approbation du gouvernement.

L'avis de la Commission et l'approbation du gouvernement doivent être déposés à l'Assemblée nationale dans les 30 jours de l'approbation si l'Assemblée est en session ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de l'ouverture de la session suivante ou de la reprise de ses travaux.

58). Lorsqu'un règlement du ministre adopté en vertu de l'article 56 entre en vigueur, les professionnels de santé visés par ce règlement sont tenus, dans les conditions, de la manière et dans les délais prévus au règlement, d'inscrire au registre ainsi établi les enseignements que le règlement précise.

59). Le ministre peut assumer lui-même la gestion des systèmes de collecte de données ou de registres prévus au présent chapitre ou décider d'en confier la gestion, par entente, à un autre organisme public¹⁵⁷⁵.

CHAPITRE VII

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

60). Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs généraux des agences régionales de santé, les responsables de territoires de santé, les établissements de santé exploitant une permanence d'accès aux soins de santé et les services sociaux, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment :

1-tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population,

¹⁵⁷⁵ Nous n'avons pas repris ici la section II concernant le fluoration de l'eau potable, le chapitre VII sur la vaccination (section I : registre de vaccination ; section II : déclaration des manifestations cliniques inhabituelles ; section III : indemnisation des victimes d'une vaccination), le chapitre VIII sur les intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire, le chapitre IX sur le traitement obligatoire et mesures de prophylaxie à respecter pour certaines maladies ou infections contagieuses (section I : maladies ou infections contagieuses à traitement obligatoire ; section II : mesures de

2-favoriser et soutenir auprès des professionnels de santé la pratique de soins préventifs,

3-identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer,

4-mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables,

5-promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes,

6-soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé.

61). Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé de la population.

A ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

62). Lorsqu'un directeur général d'agence régionale de santé constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.

Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.

Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur générale de l'agence régionale de santé ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur général de l'agence nationale de santé.

63). Le ministre peut en tout temps décider d'exercer lui-même le pouvoir prévu à l'article 62, en collaboration avec le ou les directeurs généraux de ou des agences régionales de santé concerné(s).

CHAPITRE VIII

SIGNALEMENT AUX AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

64). Les ministères, les organismes gouvernementaux et les collectivités territoriales doivent signaler au directeur général de l'agence régionale de santé du territoire concerné ou au directeur général de l'agence nationale de santé les menaces à la santé de la population dont ils ont connaissance ou les situations qui leur donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée.

65). Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur général de l'agence régionale de santé du territoire.

Les établissements de santé, les services sociaux et les associations doivent signaler au directeur général de l'agence régionale de santé du territoire les situations où ils ont des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent leurs installations.

66). Les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les entreprises, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention ou les maisons d'hébergement, peuvent signaler au directeur général de l'agence régionale de santé de leur territoire les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ces endroits. Un professionnel de la santé oeuvrant dans un tel établissement peut aussi signaler une telle situation au directeur général de l'agence régionale de santé.

67). Les signalements faits en vertu des dispositions du présent chapitre ne permettent pas à celui qui l'effectue de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice des pouvoirs prévus au chapitre IX.

CHAPITRE IX

POUVOIRS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DU GOUVERNEMENT EN CAS DE MENACE A LA SANTÉ DE LA POPULATION

SECTION I

ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX D'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

68). Un directeur général d'agence régionale de santé peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être¹⁵⁷⁶ et, en particulier [...] lorsqu'il reçoit un signalement donné en vertu du chapitre VIII.

69). Lorsqu'un directeur général d'agence régionale de santé est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux de son territoire prévu aux programmes régional et territoriaux de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur.

70). Un directeur général d'agence régionale de santé doit, s'il constate dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'un ministère, un organisme ou une collectivité territoriale dispose ou peut exercer, en vertu d'une autre loi, d'un règlement ou d'une entente, des pouvoirs d'inspection, de contrôle ou d'enquêtes nécessaires pour

¹⁵⁷⁶ Conformément au 2) de l'objet de la loi qui précise que sont concernés tous les agents physiques chimiques et biologiques « externes » à l'individu, plus de pollution des milieux et en complément des déterminants socio-économiques (environnement collectif).

vérifier la présence d'un agent physique, chimique ou biologique, d'une pollution des milieux ou de déterminants socio-économiques, constituant une menace à la santé de la population, aviser le ministère, l'organisme ou les collectivités territoriales concerné de la situation et lui demander de procéder.

Dans ces circonstances, l'enquête épidémiologique du directeur général de l'agence régionale de santé se poursuit, mais seul le ministère, l'organisme ou les collectivités territoriales concernés peuvent exercer ses pouvoirs d'inspection, de contrôle ou d'enquête à l'égard notamment des lieux, des animaux ou de substances pour lesquels ils ont compétence. Les résultats obtenus doivent être communiqués sans délais au directeur général de l'agence régionale de santé et ce dernier peut exiger qu'on lui communique aussi immédiatement tous les renseignements nécessaires à la poursuite de son enquête.

Un directeur général d'agence régionale de santé qui constate qu'un ministère, un organisme ou une collectivité territoriale refuse ou tarde à exercer ses propres pouvoirs doit en aviser le directeur général de l'agence nationale de santé.

71). Lorsqu'un directeur général d'agence régionale de santé constate dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'une menace à la santé de la population semble provenir d'une installation maintenue par un établissement de santé ou d'une pratique déficiente au sein d'un tel établissement, il doit en aviser le responsable

Si un conseil des médecins, dentistes, pharmaciens ou un conseil d'infirmiers existe au sein de l'établissement, le responsable doit les informer immédiatement de la situation signalée par le directeur général de l'agence régionale de la santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé doit aussi informer le directeur général de l'agence nationale de santé de la situation et le ministre peut, s'il le juge nécessaire, demander au directeur général de l'agence régionale de la santé de poursuivre aussi son enquête épidémiologique au sein de l'établissement

L'établissement doit sans délais prendre toutes les mesures requises pour vérifier ses installations et pratiques et, le cas échéant, pour corriger la situation. Les mesures prises doivent être communiquées sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé et au ministre.

72). Sous réserve de l'article 70, un directeur général de l'agence régionale de santé peut, lorsque c'est requis dans le cadre d'une enquête épidémiologique, peut :

- 1-exiger d'une personne qu'elle lui présente pour examen toute substance, plante, animal ou autre chose en sa possession,
- 2-exiger d'une personne en possession d'une chose de la démanteler ou exiger que soit ouvert tout contenant sous clé,
- 3-faire ou faire faire toute excavation nécessaire en tout lieu,
- 4-avoir accès à tout lieu et en faire l'inspection, à toute heure raisonnable,
- 5-prendre des échantillons d'air ou de toute substance, plante, animal ou autre chose, ou exiger d'une personne la prise de tels échantillons,
- 6-exiger de toute personne que les échantillons en sa possession soient transmis pour analyse [...],
- 7-exiger de tout responsable d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, qu'il transmette [...] tout échantillon ou culture qu'il juge nécessaire aux fins de son enquête,
- 8-ordonner à toute personne, organisme, collectivité territoriale ou ministère de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel,
- 9-exiger d'une personne qu'elle subisse un examen médical ou qu'elle lui fournisse un échantillon de son sang ou d'une autre substance corporelle, s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne est infectée par un agent biologique transmissible.

73). Les pouvoirs accordé au directeur général de l'agence régionale de santé par le paragraphe 4 de l'article 72 ne peuvent être exercés pour entrer dans une résidence privée sans le consentement de l'occupant, à moins que le directeur soit muni d'un mandat l'y autorisant.

Tout juge ayant juridiction dans la localité où se trouve la résidence peut accorder l'ordonnance s'il est d'avis que la protection de la santé de la population le justifie.

74). Sauf si la personne y consent, le directeur général de l'agence régionale de santé ne peut exercer les pouvoirs prévus au paragraphe 9 de l'article 72 sans être muni d'un ordre du juge à cet effet [...].

75). Un directeur général d'agence régionale de la santé peut, en tout temps pendant l'enquête épidémiologique, par mesure de précaution, ordonner à une personne qu'elle s'isole pour une période d'au moins 72 heures, ou respecte certaines directives précises afin d'éviter toute contagion ou contamination.

Un ordre d'isolement ne peut cependant être donné par le directeur que s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne a été en contact avec un agent biologique transmissible médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population. Les dispositions des articles 80 et 81 s'appliquent à un ordre d'isolement donné en vertu du présent article.

76). Tout propriétaire ou possesseur d'une chose ou tout occupant d'un lieu doit, sur demande du directeur général de l'agence régionale de santé, lui apporter toute l'assistance raisonnable et lui fournir tous les renseignements nécessaires pour lui permettre d'effectuer son enquête épidémiologique.

77). [...] Un directeur général de l'agence régionale de santé qui constate qu'une personne néglige ou refuse de collaborer à une enquête, s'objecte à ce qu'il exerce un pouvoir qui lui est accordé par l'article 72 ou refuse de respecter les directives données en vertu de l'article 75 peut demander à un juge ayant juridiction dans la localité où se trouve cette personne d'émettre une ordonnance.

Le juge émet toute ordonnance qu'il estime appropriée dans les circonstances.

78). Lorsqu'un directeur général de l'agence régionale de santé est d'avis, en cours d'enquête, qu'il existe effectivement une menace réelle à la santé de la population, il peut :

1-ordonner la fermeture d'un lieu ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes ou à certaines conditions et faire afficher un avis à cet effet,

2-ordonner l'évacuation d'un édifice,

3-ordonner la désinfection, la décontamination ou le nettoyage d'un lieu ou de certaines choses et donner des directives précises à cet effet,

4-ordonner la destruction d'un animal, d'une plante ou d'autre chose de la manière qu'il indique ou le traitement de certains animaux ou de certaines plantes,

5-ordonner la cessation d'une activité ou la prise de mesures de sécurité particulières si c'est cette activité qui est une source de menace pour la santé de la population,

6-ordonner à une personne, pour le temps qu'il indique, de ne pas fréquenter un établissement d'enseignement, un milieu de travail ou un autre lieu de rassemblement, si elle n'est pas immunisée contre une maladie contagieuse dont l'éclosion a été constatée dans ce milieu,

7-ordonner l'isolement d'une personne, pour la période qu'il indique mais pour au plus 72 heures, si celle-ci refuse de recevoir le traitement nécessaire pour éviter toute contagion ou s'il s'agit de la seule mesure à prendre pour éviter la transmission au sein de la population d'un agent biologique médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population,

8-ordonner à une personne de respecter des directives précises pour éviter toute contagion ou contamination,

9-ordonner toute autre mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer; Malgré les dispositions du premier alinéa, le directeur général de l'agence régionale de santé peut aussi utiliser les pouvoirs visés aux paragraphes 1 et 2 de cet alinéa comme mesure de précaution, s'il a des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ce lieu ou cet édifice.

79). Malgré les dispositions de l'article 78, un directeur général d'agence régionale de santé ne peut utiliser un pouvoir prévu à cet article si un ministère, un organisme ou une collectivité territoriale dispose du même pouvoir pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer et qu'il peut l'exercer.

Les dispositions de l'article 70 s'appliquent, dans ces circonstances, compte tenu des adaptations nécessaires.

80). Un ordre du directeur général de l'agence régionale de santé donné en vertu du paragraphe du premier alinéa de l'article 78 est suffisant pour que toute personne, y compris un agent de la paix, fasse tout ce qui est raisonnablement possible pour localiser et appréhender la personne dont le nom figure dans l'ordre et la conduire dans un lieu indiqué dans l'ordre ou auprès d'un établissement de santé choisi par le directeur.

La personne ou l'agent de la paix qui agit en présent article ne peut toutefois entrer dans une résidence privée sans le consentement de l'occupant ou sans être muni d'un ordre du juge l'y autorisant.

Lorsque la personne est appréhendée, on doit immédiatement l'informer des motifs de sa mise en isolement, du lieu où elle est emmenée et de son droit de communiquer avec un avocat.

Un établissement de santé qui reçoit cette personne en vertu d'un ordre du directeur général de l'agence régionale de santé ou du juge doit l'admettre d'urgence.

81). Une personne ne peut être maintenue isolée en vertu d'un ordre du directeur général de l'agence régionale de la santé plus de 72 heures sans qu'elle y consente ou sans une ordonnance du juge.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à tout juge ayant juridiction dans la localité où se trouve une personne qui a fait l'objet d'un ordre d'isolement, une ordonnance enjoignant à cette personne de respecter l'ordre du directeur et de demeurer isolée pour une période d'au plus 30 jours.

Le juge peut accorder l'ordonnance s'il est d'avis que mettre fin à l'isolement constituerait une grave menace à la santé de la population et que dans les circonstances il s'agit de la seule mesure efficace pour protéger la santé de la population. Il peut aussi accorder une ordonnance obligeant la personne à recevoir un traitement permettant d'éliminer les risques de contagion lorsqu'il est disponible ou rendre toute ordonnance qu'il estime appropriée.

Malgré l'ordre du juge, l'isolement d'une personne doit cesser dès que le médecin traitant, après avoir consulté le directeur général de l'agence régionale de santé du territoire, émet un certificat à l'effet que les risques de contagion n'existent plus.

82). Sauf en ce qui concerne un ordre donné en vertu du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 78, lorsqu'une personne refuse de se conformer à un ordre du directeur général de l'agence régionale de santé donné en vertu de l'article 78, celui-ci peut demander à tout juge ayant juridiction dans la localité où se trouve cette personne, d'émettre une ordonnance enjoignant à cette personne de se conformer à l'ordre donné.

Le juge peut accorder l'ordonnance s'il est d'avis qu'il existe une menace à la santé de la population et s'il est d'avis que l'ordre du directeur est approprié. Il peut aussi apporter à cet ordre toute modification qui lui apparaît raisonnable dans les circonstances.

83). Toute demande faite à un juge en vertu de la présente section [...] doit être présentée au moyen d'une requête du directeur général de l'agence régionale de santé ou de toute autre personne qu'il a spécifiquement autorisée.

Ces requêtes doivent être signifiées à la personne visée par celle-ci, mais le juge peut dispenser le requérant de le faire s'il considère que le délai que cela entraînerait risque de mettre inutilement en danger la santé de la population.

Ces requêtes sont jugées en urgence et les ordonnances émises sont exécutoires malgré appel. Toutefois, un juge de la Cour d'appel peut suspendre l'exécution de l'ordonnance s'il l'estime nécessaire dans l'intérêt de la justice.

Toutes les ordonnances émises doivent être signifiées personnellement à la personne visée et elles peuvent être exécutées par un agent de la paix.

Toutes les ordonnances peuvent, au besoin, être émises contre le parent, le tuteur ou la personne qui a la garde légale de la personne visée.

84). Lorsque la personne visée par un ordre du directeur général de l'agence régionale de santé est mineure, l'ordre doit également être adressé à l'un de ses parents ou, le cas échéant, à son tuteur ou, à défaut, à la personne qui en a la garde légale et le parent, le tuteur ou le gardien doit s'assurer que l'ordre est respecté.

85). Un directeur général de l'agence régionale de santé peut exercer lui-même les pouvoirs prévus à la présente section ou autoriser spécifiquement certaines personnes à en exercer certains en son nom.

86). Un directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un agent de la force de l'ordre de l'accompagner pour toute partie de son enquête.

87). Tout directeur général d'agence régionale de santé doit, sur demande, s'identifier et exhiber un certificat délivré par le ministre attestant sa qualité.

Toute personne spécifiquement autorisée par un directeur pour agir aux fins d'une enquête doit également, sur demande, s'identifier et présenter un certificat délivré par le directeur général d'agence régionale de santé attestant sa qualité.

SECTION II

POUVOIRS DU MINISTRE

88). Le ministre peut décider de coordonner les actions de plusieurs directeurs généraux d'agences régionales de santé ou d'exercer, compte tenu des adaptations nécessaires, certains ou tous les pouvoirs accordés au directeur général d'agence régionale de santé par [...] la section I du présent chapitre :

[...]

1-lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population de plus d'une région,

2- lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population et qu'il est nécessaire d'en informer des autorités sanitaires extérieures à la France.

Dans ces circonstances, le ministre agit avec l'assistance du directeur général de l'agence nationale de santé et les ordres ou directives donnés par le directeur général de l'agence nationale de santé doivent être exécutés de la même manière que ceux du ministre.

89). Le ministre peut, à la demande d'un directeur général d'agence régionale de santé ou du directeur général de l'agence nationale de santé, mobiliser les ressources

de tout établissement de santé et services sociaux en France qu'il estime nécessaires pour répondre à une situation d'urgence en santé publique.

Les établissements de santé et les services sociaux visés sont alors tenus de se conformer aux directives du ministre.

SECTION III

DÉCLARATION D'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE

90). Le gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou partie du territoire français lorsqu'une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, exige l'application immédiate de certaines mesures prévues à l'article 95 pour protéger la santé de la population.

91). L'état d'urgence sanitaire déclaré par le gouvernement vaut pour une période maximale de 10 jours à l'expiration de laquelle il peut être renouvelé pour d'autres périodes maximales de 10 jours ou, avec l'assentiment de l'Assemblée nationale, pour des périodes de 30 jours.

Si le gouvernement ne peut se réunir en temps utile, le ministre peut déclarer l'état d'urgence sanitaire pour une période maximale de 48 heures.

92). La déclaration d'état d'urgence sanitaire doit préciser la nature de la menace, le territoire concerné et la durée de son application. Elle peut habiliter le ministre à exercer un ou plusieurs pouvoirs mentionnés à l'article 95.

93). La déclaration d'état d'urgence sanitaire et tout renouvellement entrent en vigueur dès qu'ils sont exprimés. Ils sont publiés au Journal Officiel et le ministre doit prendre les meilleurs moyens disponibles pour qu'ils soient publiés et diffusés pour informer rapidement et efficacement la population concernée.

94). L'Assemblée nationale peut, conformément à ses règles de procédure, désavouer par un vote la déclaration d'état d'urgence sanitaire et tout renouvellement.

Le désaveu prend effet le jour de l'adoption de la motion.

Le président de l'Assemblée nationale doit promptement publier et diffuser un avis du désaveu avec les meilleurs moyens disponibles pour informer rapidement et efficacement la population concernée. Il doit, de plus, faire publier l'avis au Journal Officiel.

95). Au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population :

1-ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une certaine partie de celle-ci contre la variole ou contre une autre maladie contagieuse menaçant gravement la santé de la population et, s'il y a lieu, dresser une liste de personnes ou de groupes devant être prioritairement vaccinés,

2-ordonner la fermeture des établissements d'enseignement ou de tout autre lieu de rassemblement,

3-Ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document où à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel,

4-interdire l'accès à tout ou partie du territoire concerné ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes et qu'à certaines conditions, ou ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, pour le temps nécessaire, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire ou leur confinement et veiller, si les personnes touchées n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité,

5-ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de services de santé et de services sociaux,

6-requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés,

7-faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires,

8-ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.

Le gouvernement, le ministre ou toute autre personne ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli de bonne foi dans l'exercice ou l'exécution de ces pouvoirs.

96). Une déclaration d'état d'urgence sanitaire n'empêche pas les autorités de santé d'exercer les pouvoirs qui leur sont conférés par d'autres dispositions de la présente loi.

Pendant un état d'urgence sanitaire, le ministre agit avec l'assistance du directeur général de l'agence nationale de santé et les ordres ou directives donnés par le directeur général de l'agence nationale de santé doivent être exécutés de la même manière que ceux du ministre.

97). Lorsqu'une vaccination obligatoire est ordonnée en vertu de l'article 95, le ministre doit alors rendre disponibles les vaccins nécessaires et s'assurer que les services de santé requis sont offerts.

Le ministre assume alors les coûts afférents à la dispensation des services de santé requis pour que les vaccins administrés et, le cas échéant, les coûts d'acquisition de ceux-ci.

98). Si une personne fait défaut de se soumettre à la vaccination visée par un ordre donné en vertu de l'article 95, tout juge ayant juridiction dans la localité où se trouve cette personne, peut lui ordonner de s'y soumettre.

Le juge peut en outre, s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne ne s'y soumettra pas et qu'il est d'avis que la protection de la santé publique le justifie, ordonner que cette personne soit conduite à un endroit précis pour y être vaccinée.

99). L'ordonnance visée à l'article 95 s'obtient par requête d'une autorité de santé publique ou d'une personne autorisée par une telle autorité pour présenter une telle requête.

L'article 83 s'applique, compte tenu des adaptations nécessaires, aux fins du présent article.

100). Le gouvernement peut mettre fin à l'état d'urgence sanitaire dès qu'il estime que celui-ci n'est plus nécessaire.

Un avis doit être publié et diffusé avec les meilleurs moyens disponibles pour informer rapidement et efficacement la population concernée.

La décision doit, de plus, être publiée au Journal Officiel.

101). Le ministre doit déposer à l'Assemblée nationale, dans les trois mois qui suivent la fin de l'état d'urgence sanitaire ou, si elle ne siège pas, dans le 15 jours de la reprise de ses travaux, un rapport d'évènement.

Ce rapport doit préciser la nature et, si elle est déterminée, la cause de la menace à la santé de la population qui a donné lieu à la déclaration d'état d'urgence sanitaire, la durée d'application de la déclaration, ainsi que les mesures d'intervention mises en œuvre et les pouvoirs exercés en vertu de l'article 95.

102). Les sommes requises par le gouvernement ou par le ministre, dans l'exercice des pouvoirs qui leur sont attribués en vertu de la présente section, sont prises sur le fonds consolidé du revenu¹⁵⁷⁷.

CHAPITRE X

DISPOSITIONS PÉNALES

[...]

103). Commet une infraction et est passible d'une amende de 1 000 à 6 000 euros quiconque, dans le cadre de l'application du chapitre IX, entrave ou gêne le ministre, le directeur général de l'agence nationale de santé, un directeur général d'agence régionale de santé ou une personne autorisée à agir en leur nom, refuse d'obéir à un ordre que l'un d'entre eux est en droit de donner, refuse de donner accès ou de communiquer un renseignement ou un document que l'un d'eux est en droit d'exiger ou cache ou détruit un document ou toute autre chose utile à l'exercice de leurs fonctions.

104). Commet une infraction et est passible d'une amende de 1 000 à 6 000 euros quiconque fait une fausse déclaration ou donne un renseignement ou un document qui est incomplet ou qui comporte une mention fausse ou trompeuse dans le but d'induire

¹⁵⁷⁷ Nous n'avons pas repris ici le chapitre XII sur la protection des renseignements, et le chapitre XIII sur la réglementation, de la LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2004.

en erreur le ministre, le directeur général de l'agence nationale de santé, un directeur général d'agence régionale de santé ou une personne autorisée à agir en leur nom.

Une poursuite pénale pour une infraction visée au premier alinéa se prescrit par un an depuis la connaissance par le poursuivant de la perpétration de l'infraction. Toutefois, elle ne peut être intentée après un délai de cinq ans depuis la perpétration de l'infraction.

105). Commet une infraction quiconque aide ou, par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, amène une autre personne à commettre une infraction visée par la présente loi.

Une personne déclarée coupable en vertu du présent article est passible de la même peine que celle prévue pour l'infraction qu'elle a aidé ou amené à commettre.

106). En cas de récidive, les minima et maxima des amendes prévues par la présente loi sont portés au double¹⁵⁷⁸.

CHAPITRE XI

DISPOSITION FINALE

107). Le ministre de la santé est responsable de l'application de la présente loi.

¹⁵⁷⁸ Nous n'avons pas repris ici le chapitre XV sur les dispositions modificatives, transitoires et finales (section I : dispositions modificatives ; section II : dispositions transitoires) de la LOIS ET RÈGLEMENTS DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique*. Québec, Editeur officiel du Québec, 2004.

Annexe 4 : Proposition de loi sur l'assurance maladie

INTRODUCTION

1). Dans la présente loi, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions et mots suivants signifient ou désignent :

a) « services assurés » : les services, médicaments, appareils ou autres équipements suppléant à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication,

b) « professionnel de santé » ou « professionnel »: tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services aux assurés,

c) « professionnel soumis à l'application d'une entente »: un professionnel qui exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la présente loi, qui est rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires, qui comprend le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien, lui est payé directement par l'Assurance maladie¹⁵⁷⁹ lorsqu'une personne assurée a présenté sa carte d'assurance maladie, ou directement par une personne assurée lorsque cette dernière n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie,

d) « professionnel désengagé »: un professionnel autre qu'un pharmacien qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la présente loi mais qui accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires est payé à ses patients l'Assurance maladie,

e) « professionnel non participant »: un professionnel qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la présente loi mais qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires qui comprennent le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien,¹⁵⁸⁰

f) « personne assurée » : une personne qui réside ou qui séjourne en France et dans les régions d'outre-mer - Collectivités d'outre-mer et qui est dûment inscrite à l'Assurance maladie,

¹⁵⁷⁹ Ce terme a été préféré à la citation des assurances maladies obligatoires. Une réforme de ces assurances pourrait, comme pour la province du Québec, permettre d'arriver à un seul organisme : la Régie de l'assurance maladie.

¹⁵⁸⁰ « Entente », « rémunération de base » et « règlement » n'ont pas été retenus dans ces travaux.

- g) « centre hospitalier » : un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux,
- h) « établissement » : un établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux,
- i) « ministre »: le ministre en charge de la Santé,
- j) « prime d'encouragement » : une prime d'encouragement visée dans la section V.

1.1.). Le coût des services assurés est le montant établi par l'Assurance maladie suivant la rémunération de base pour ces services telle qu'applicable au moment où le professionnel de la santé fournit un service assuré à une personne assurée sans tenir compte de toute modification à celle-ci et ultérieure à ce moment.

2). Sous réserve de toute autre disposition législative applicable, rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel de la santé par lequel elle désire être traitée¹⁵⁸¹.

3). Le financement des services suivants qui sont rendus par un professionnel de la santé est assumé par l'Assurance maladie pour le compte de toute personne assurée, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements :

- a) tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical,
- b) les services que rendent les dentistes déterminés par règlement et qui sont requis au point de vue dentaire, n'est assumé par l'Assurance maladie que pour le compte d'une personne assurée,
- c) les services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue des orthoptistes, des ophtalmologistes et des opticiens, toutefois, n'est assumé par l'Assurance maladie que pour le compte d'une personne assurée,
- d) les services de planification familiale déterminés par règlement et qui sont rendus par un médecin,
- e) les services de procréation assistée déterminés par règlement.

L'assurance maladie assume aussi, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements¹⁵⁸², le financement des services déterminés par règlement qui sont

requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens, le financement des médicaments que fournissent les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin, d'un interne en médecine, d'un dentiste ou d'un autre professionnel habilité par la loi¹⁵⁸³, pour le compte de toute personne assurée qui est une personne admissible au sens de cette loi et qui n'adhère pas à un contrat d'assurance comportant les garanties prévues par le régime général, ou qui n'est pas bénéficiaire d'un tel régime.

L'Assurance maladie assume aussi, conformément aux dispositions de la présente loi et des règlements, le financement des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens, le financement des médicaments que fournissent les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste, ainsi que, le cas échéant, le financement de médicaments fournis dans le cadre des activités d'un établissement¹⁵⁸⁴, à toute personne assurée qui est une personne admissible au sens de cette loi.

L'Assurance maladie assume pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement le coût des services déterminés par règlement et des appareils ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique et qui sont déterminés par règlement.

L'Assurance maladie rembourse à un établissement reconnu à cette fin par le ministre le coût des services déterminés par règlement qu'il a fournis et des aides visuelles déterminées par règlement qu'il a prêtées à une personne assurée qui a une déficience visuelle et dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement.

L'Assurance maladie assume pour le compte d'une personne assurée dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement le financement des services déterminés par règlement et des aides auditives qui suppléent à une déficience auditive et qui sont déterminées par règlement.

¹⁵⁸¹ Il a été retiré « ou celle qu'a un tel professionnel d'accepter ou non de traiter une telle personne ».

¹⁵⁸² La Province du Québec bénéficie aussi d'une Loi sur l'assurance médicaments.

¹⁵⁸³ La Province du Québec bénéficie aussi d'une Loi médicale.

¹⁵⁸⁴ En fonction de la Loi sur l'assurance médicaments de la province du Québec.

L'Assurance maladie rembourse à un établissement reconnu à cette fin par le ministre le coût des services déterminés par règlement qu'il a fournis et des aides à la communication déterminées par règlement qu'il a prêtées à une personne assurée qui a une déficience physique de la communication et dont l'âge est celui fixé à ces fins par règlement.

Les cas et les conditions suivant lesquels l'Assurance maladie assume ou rembourse le coût des services assurés sont déterminés par règlement du gouvernement de même que les déficiences physiques, auditives, visuelles et de la communication. Les ensembles ou les sous-ensembles d'appareils, d'équipements et d'aides qui suppléent à de telles déficiences sont énumérés dans ce règlement. Toutefois, ces services, médicaments, appareils ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique, aides visuelles, aides auditives et aides à la communication ne comprennent pas ceux qu'une personne peut obtenir autrement¹⁵⁸⁵.

3.1.). L'Assurance maladie peut conclure un contrat avec un fournisseur d'appareils ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique, d'aides visuelles, d'aides auditives ou d'aides à la communication visés à l'article 3, afin d'y prévoir les conditions de fourniture aux dispensateurs des services dont le coût sera assumé ou remboursé par l'Assurance maladie¹⁵⁸⁶.

SECTION I

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

4). Le ministre peut, avec l'approbation du ministère des finances, conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de la présente loi.

Une entente peut prévoir notamment que la rémunération de services assurés varie selon des règles applicables à une activité, un genre d'activité ou l'ensemble des

¹⁵⁸⁵ L'Assurance maladie de la Province du Québec assume aussi le coût des services qui sont rendus par un professionnel de la santé dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail.

activités d'un professionnel de la santé, ou aux activités d'une catégorie de professionnels ou d'une spécialité à laquelle il appartient. Une telle entente peut aussi prévoir différents modes de rémunération dont les modes de rémunération à l'acte, à honoraires forfaitaires et à salaire. Elle peut en outre prévoir, à titre de compensation ou de remboursement, le versement de divers montants tels des primes, des frais ou des allocations.

Le ministre détermine par règlement, après consultation des organismes représentatifs des professionnels de la santé concernés, les territoires de santé publique ou les lieux d'exercice qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels. Ce règlement peut viser l'ensemble des professionnels d'un territoire ou d'un lieu d'exercice situé dans celui-ci ou une partie d'entre eux compte tenu de leur genre d'activité.

Une entente peut prévoir une rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans un territoire de santé publique ou un lieu d'exercice visé par un règlement pris en vertu du troisième alinéa.

Une entente peut prévoir une rémunération différente pour les médecins selon qu'ils sont autorisés ou non à y adhérer suivant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, pour la totalité ou une partie de leurs activités dans la région. Elle peut également prévoir les modalités de participation à une telle entente.

Afin d'assurer le respect des plans régionaux des effectifs médicaux de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une entente peut prévoir une rémunération différente pour certaines catégories de professionnels selon leur lieu d'exercice ou le territoire de santé publique où ils exercent leurs activités.

À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente visée dans le quatrième alinéa, le ministère des finances peut, par règlement qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération. Il peut de même déterminer le nombre d'années d'exercice d'un

¹⁵⁸⁶ Les SECTION II : PERSONNES ASSURÉES et SECTION II.0.2 : CONTRATS D'ASSURANCE ET SUBROGATION ; SECTION II.1 : RÉVISION ET RECOURS DEVANT LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC n'ont pas été développées dans ces travaux.

médecin pendant lesquelles cette rémunération s'applique, ce nombre ne peut excéder trois ans.

À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente et les modalités de participation du médecin à une entente visée au cinquième alinéa, le ministère des finances peut, par règlement qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération et déterminer les modalités de participation visées dans le cinquième alinéa. Il peut de même déterminer le nombre d'années pendant lesquelles la rémunération différente s'applique et des règles d'équivalence permettant à un médecin d'être libéré d'une participation à une activité médicale particulière, en raison notamment de la lourdeur de la tâche de ce médecin ou du nombre d'années pendant lesquelles il a pratiqué dans un territoire ou un lieu de pratique que ce règlement détermine.

À défaut d'entente pour déterminer la rémunération différente visée dans le sixième alinéa, le ministère des finances peut, par règlement qui tient lieu d'une entente, fixer cette rémunération.

Le ministre peut, à titre expérimental et pour une période déterminée, conclure une entente particulière avec les professionnels d'un établissement pour l'application à l'ensemble de ces professionnels d'un mode de rémunération prévu à une entente conclue en vertu du premier alinéa. Cette entente requiert, au préalable, l'assentiment des professionnels de la santé concernés, du conseil d'administration de l'établissement et de l'organisme représentatif des professionnels concernés.

Si la diminution de services médicaux dans un territoire de santé publique met en péril la santé publique, le ministre peut, afin de permettre que ces services soient fournis adéquatement dans une installation maintenue par un établissement de ce territoire, conclure pour une période déterminée une entente particulière avec un professionnel de la santé.

Toute entente lie, selon le cas, l'Assurance maladie, les agences régionales de santé et les établissements.

Le ministre doit consulter l'Assurance maladie, une agence régionale de santé, un établissement ou un groupe d'établissements susceptibles d'être liés nommément par une entente ou une partie d'entente. Ceux-ci peuvent transmettre au ministre des recommandations quant aux modalités de leur participation à la conclusion de cette entente ou partie d'entente.

La médecine du travail collabore à l'élaboration de la partie de l'entente.

5). Le ministre peut, avec l'approbation du ministère des finances, conclure avec un organisme représentatif des internes en médecine une entente sur les conditions de travail applicables aux internes en médecine en stage de formation auprès des établissements qui ont conclu notamment un contrat de services conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

6). Les dispositions d'une entente continuent d'avoir effet après son expiration; elles subsistent jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle entente qui peut toutefois comporter des dispositions ayant effet à compter de l'expiration de celle qu'elle remplace.

7). Une entente oblige tous les professionnels de la santé qui sont membres de l'organisme qui l'a conclue ainsi que tous ceux dont le champ d'activités professionnelles est le même que celui de ces membres et qui sont visés par l'entente.

Une entente oblige tous les résidents en médecine qui sont membres de l'organisme qui l'a conclue ainsi que tous ceux dont le champ d'activités professionnelles est le même que celui de ces membres et qui sont visés par l'entente.

8). Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré par l'Assurance maladie pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à

une personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie, ou d'être rémunéré par une personne assurée pour un service assuré qu'il lui a lui-même fourni lorsque cette dernière n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie, pourvu que ce professionnel de la santé se soit conformé aux dispositions de l'entente

SECTION II

RENSEIGNEMENTS

9). L'Assurance maladie est tenue de vérifier périodiquement, par voie d'échantillonnage, si les services assurés dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus.

SECTION III

RÈGLEMENTS

10). Le gouvernement peut, après consultation de l'Assurance maladie ou sur la recommandation de celle-ci, en outre des autres pouvoirs de réglementation qui lui sont conférés par la présente loi, adopter des règlements pour :

a) prescrire tout ce qui peut être prescrit en vertu de la présente loi,

b) déterminer, parmi les services visés à l'article 3, ceux qui ne doivent pas être considérés comme des services assurés, et la fréquence à laquelle certains de ceux qui sont visés au paragraphe *c* du premier alinéa ou au deuxième alinéa de l'article 3 peuvent être rendus pour demeurer des services assurés,

b.1) prescrire les cas, conditions ou circonstances, dans lesquels des services visés à l'article 3 ne sont pas considérés comme des services assurés pour les personnes assurées ou celles d'entre elles qu'il indique,

c) déterminer les services de chirurgie buccale qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3,

¹⁵⁸⁷ : non développé dans ces travaux jusqu'à la Section IV.

¹⁵⁸⁸ Les SECTION V : COMITÉS DE RÉVISION et SECTION VI : CONSEILS D'ARBITRAGE n'ont pas été développées dans ces travaux.

d) déterminer les services que rendent les dentistes et qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3 à l'égard de chacune des catégories de personnes assurées qui y sont visées,

e) fixer l'âge où une personne aura droit aux services assurés en vertu de l'article 3,

e.1) déterminer les services que rendent les pharmaciens et qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3 et prescrire la fréquence à laquelle certains de ces services doivent être rendus pour demeurer des services assurés, cette fréquence pouvant varier selon les cas, conditions et circonstances qu'il indique,

f) prévoir, au-delà du montant dont l'Assurance maladie assume le paiement des médicaments,

g) déterminer les services que rendent les ophtalmologistes et qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3 et fixer l'âge des personnes assurées pouvant recevoir ces services ou certains d'entre eux,

h) déterminer les déficiences physiques, les services ainsi que les ensembles ou les sous-ensembles d'appareils qui suppléent à une déficience physique qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3, fixer l'âge des personnes assurées qui y sont visées et en déterminer les catégories, déterminer le coût que l'Assurance maladie peut assumer pour le compte d'une personne assurée qui a une déficience physique ainsi que les cas et les conditions dans lesquels l'Assurance maladie assume le coût de ces services assurés et dans lesquels ils sont fournis et prescrire les cas et les conditions dans lesquels certains de ces biens peuvent ou doivent être récupérés,

h.1) déterminer les déficiences visuelles, les services ainsi que les ensembles ou les sous-ensembles d'aides visuelles qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3, fixer l'âge des personnes assurées qui y sont visées et en déterminer les catégories, déterminer le coût que rembourse l'Assurance maladie à un établissement reconnu par le ministre à l'égard d'une personne assurée qui a une déficience visuelle ainsi que les cas et les conditions dans lesquels l'Assurance maladie rembourse le coût des services assurés et dans lesquels ils sont fournis et

¹⁵⁸⁹ Non développé dans ces travaux, sauf le 9.

prescrire les cas et les conditions dans lesquels ces aides visuelles peuvent ou doivent être récupérées,

h.2) déterminer les déficiences auditives, les services ainsi que les ensembles ou les sous-ensembles d'aides auditives qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3, fixer l'âge des personnes assurées qui y sont visées et en déterminer les catégories, déterminer le coût que l'Assurance maladie peut assumer pour le compte d'une personne assurée qui a une déficience auditive, déterminer les cas et les conditions dans lesquels l'Assurance maladie assume le coût de ces services assurés et dans lesquels ils sont fournis, prescrire les modalités de réclamation et de paiement ainsi que les cas et les conditions dans lesquels certaines de ces aides auditives peuvent ou doivent être récupérées,

h.2.1) déterminer les déficiences physiques de la communication, les services ainsi que les ensembles ou les sous-ensembles d'aides à la communication qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins de l'article 3, fixer l'âge des personnes assurées qui y sont visées et en déterminer les catégories, déterminer le coût que rembourse l'Assurance maladie à un établissement reconnu par le ministre à l'égard d'une personne assurée qui a une déficience physique de la communication ainsi que les cas et les conditions dans lesquels l'Assurance maladie rembourse le coût des services assurés et dans lesquels ils sont fournis et prescrire les cas et les conditions dans lesquels ces aides à la communication peuvent ou doivent être récupérées,

h.3) déterminer les personnes, autres qu'un établissement ou un laboratoire, pouvant fournir certaines catégories de services assurés de l'article 3 dont le coût déterminé peut être exigé de la Régie par la personne assurée, les catégories de services dont le coût peut être ainsi exigé, fixer le coût maximum pouvant être exigé de la personne assurée par ces personnes¹⁵⁹⁰,

i) déterminer les activités ou tâches administratives qu'assume un professionnel de la santé et qui doivent être considérées comme des services assurés aux fins de l'article 3,

j) déterminer le nombre et les catégories de bourses d'études ou de recherche, le montant et le mode de paiement des bourses ainsi que les modalités selon lesquelles un territoire est assigné à tout boursier,

¹⁵⁹⁰ Ces travaux n'ont pas pris en compte les alinéas allant de j à n.

- k)* prescrire la teneur de l'engagement que tout boursier doit remplir en sus des conditions prévues par la présente loi,
- l)* déterminer les cas, conditions ou circonstances et les services pour lesquels l'Assurance maladie doit transmettre à une personne assurée un relevé des services assurés qu'elle a payés pour elle et la périodicité de cette transmission,
- m)* prescrire la teneur de l'engagement qu'un professionnel qui reçoit une prime d'encouragement doit remplir et déterminer le nombre et le montant des primes d'encouragement ainsi que la composition et le mode de fonctionnement d'un jury,
- n)* déterminer les cas ou circonstances où un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré par l'Assurance maladie pour des services assurés qu'il a fournis lui-même à une personne assurée lorsqu'elle n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie,
- o)* déterminer les cas et conditions dans lesquels l'Assurance maladie peut rembourser ou assumer le coût effectivement réclamé pour des services médicaux assurés,

Un règlement pris en vertu des paragraphes du premier alinéa a effet, même à l'égard de professionnels de la santé liés par une entente en cours de validité et malgré toute stipulation de celle-ci, à la date ou aux dates fixées dans ce règlement.

Toutefois, un règlement pris en vertu du paragraphe *b.1* du premier alinéa a effet même à l'égard de professionnels de la santé liés par une entente en cours de validité et malgré toute stipulation de celle-ci, à la date ou aux dates fixées dans ce règlement, à l'exception d'un tel règlement qui a pour effet de déterminer les services qui ne sont pas considérés comme des services assurés dans les cas, conditions ou circonstances qui tiennent compte du lieu d'exercice de leur dispensation.

11). Le ministère des finances peut, après consultation de l'Assurance maladie ou sur la recommandation de celle-ci, prendre des règlements en application des septième et huitième alinéas de l'article 4.

12). Le ministre peut faire des règlements pour déterminer les territoires de santé publique ou les lieux d'exercice situés dans ceux-ci qu'il estime insuffisamment

pourvus en professionnels de santé, pour l'ensemble ou une partie d'entre eux, compte tenu de leur genre d'activité¹⁵⁹¹.

SECTION IV

DISPOSITIONS PÉNALES ET AUTRES SANCTIONS¹⁵⁹²

SECTION V

PRIMES D'ENCOURAGEMENT

13). Le ministre peut accorder, conformément à la présente loi et aux règlements, une prime d'encouragement à un professionnel de santé qui accepte de fournir des services aux personnes assurées dans un territoire de santé publique reconnu par le ministre comme étant insuffisamment desservi en services.

Une entente peut prévoir les conditions et les modalités d'octroi des primes d'encouragement.

14). Nul n'a droit à une prime d'encouragement si, de l'avis d'un jury :

- a) il n'est domicilié en France et dans les régions d'outre-mer - Collectivités d'outre-mer,
- b) il n'est en règle vis-à-vis du Conseil de l'ordre professionnel qui régit sa profession,
- c) il n'a souscrit l'engagement prescrit.

15). L'examen des professionnels de santé qui demandent des primes d'encouragement est effectué par un jury dont la composition et le mode de fonctionnement sont déterminés par règlement.

Les examens ont pour objet de déterminer l'aptitude des postulants à remplir leur engagement.

¹⁵⁹¹

¹⁵⁹²

16). Chaque jury transmet au ministre un rapport écrit de son examen et une liste des postulants admissibles, par ordre de priorité.

l'Assurance maladie 17). L'Assurance maladie doit, dans son rapport annuel, donner séparément un compte rendu détaillé de ses activités relatives à l'application de la présente section.

18). Les primes d'encouragement accordées par le ministre pour chaque exercice financier sont payées par l'Assurance maladie durant cet exercice. L'Assurance maladie doit dans son rapport annuel faire état séparément des sommes versées à ces fins.

Annexe 5 : Loi sur la santé du canton de Genève

Loi sur la santé K 1 03

(LS)

du 7 avril 2006

(Entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2006)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève décrète ce qui suit :

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Buts

¹ La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun

² Elle garantit une égalité d'accès de chacun à des soins de qualité.

³ Elle encourage les responsabilités individuelle, familiale et collective ainsi que la solidarité.

Art. 2 Définitions

¹ La santé consiste en un état physique, psychique et social qui favorise à tout âge l'équilibre de la personne au sein de la collectivité.

² Les soins comprennent tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but de promouvoir, de protéger, d'évaluer, de surveiller, de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé humaine.

Art. 3 Champ d'application

¹ La présente loi définit et encourage le partenariat entre les acteurs publics et privés du domaine de la santé et régit les soins.

² Sont notamment définis par la présente loi :

- a) les autorités et leur champ de compétences;
- b) les objectifs de promotion de la santé et de prévention;
- c) la planification sanitaire cantonale;
- d) les relations entre patients, membres des professions de la santé, personnes exerçant des pratiques complémentaires et institutions de santé;
- e) l'exercice des professions de la santé;
- f) les pratiques complémentaires;
- g) l'exploitation des institutions de santé;
- h) le contrôle des produits thérapeutiques;
- i) les mesures de police sanitaire;
- j) la surveillance des activités du domaine de la santé.

Art. 4 Obligations de l'Etat et des communes

¹ L'Etat et les communes tiennent compte de la santé dans la définition et la réalisation de leurs tâches et soutiennent l'aménagement de conditions de vie favorables à la santé.

² Si un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'Etat peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé.

³ Pour accomplir ses tâches, l'Etat collabore avec la Confédération, les cantons, les communes, les membres des professions de la santé et les institutions de santé des secteurs privé et public ainsi qu'avec les autres milieux concernés.

⁴ Dans la limite de ses compétences, il coordonne les activités des divers partenaires du domaine de la santé.

⁵ Il veille à l'utilisation rationnelle des ressources disponibles.

⁶ Les prestations que l'Etat fournit dans l'accomplissement des tâches définies dans la présente loi, notamment celles en lien avec le dépôt de dossiers médicaux, la délivrance d'autorisations ou d'attestations ainsi que les inspections et contrôles, peuvent faire l'objet d'un émolument. Le montant des émoluments est fixé par le Conseil d'Etat.

Chapitre II Autorités

Art. 5 Conseil d'Etat

¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil, le Conseil d'Etat définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé.

² A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

- a) il coordonne la politique cantonale de la santé;
- b) il élabore la planification sanitaire cantonale;
- c) il nomme les membres des commissions instituées par la présente loi.

³ Il pourvoit à l'exécution de la présente loi.

⁴ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi.

Art. 6 Département

¹ Le département chargé de la santé (ci-après : département) met en œuvre la politique cantonale de la santé. A ce titre, il pourvoit à l'exécution des conventions internationales, du droit fédéral, des conventions intercantionales et de la législation cantonale dans le domaine de la santé.

² Il exerce la surveillance dans le domaine de la santé. Il peut procéder et faire procéder aux inspections et contrôles nécessaires.

³ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi ainsi que toutes celles qui ne relèvent pas d'un autre organe de l'Etat conformément aux législations fédérale et cantonale en la matière.

⁴ Le département dispose à cet effet de la collabore avec les départements dont les tâches et les activités peuvent avoir une influence sur la santé.

Art. 7 Délégation de tâches d'exécution

¹ Le département peut déléguer, notamment sous forme de mandat de prestations, des tâches d'exécution de la présente loi à des organismes publics ou privés, son pouvoir de décision étant réservé.

² Le mandat de prestations précise les tâches d'exécution déléguées, leur mode de financement, compte tenu de la planification sanitaire cantonale, et les instruments de mesure permettant leur évaluation. Sa durée de validité, renouvelable, ne doit en principe pas dépasser 4 ans.

³ L'organisme mandaté doit fournir au département un rapport périodique sur son activité ainsi que toutes les informations utiles permettant de contrôler le bon déroulement du mandat, notamment la qualité des prestations fournies et leur caractère efficace, adéquat et économique.

⁴ Le département peut révoquer le mandat lorsque l'organisme mandaté ne remplit pas ses obligations. En cas de dol ou de négligence grave, il peut exiger le remboursement de tout ou partie des montants versés.

Art. 8 Direction générale de la santé

¹ La direction générale de la santé accomplit toutes les tâches de planification et de gestion du domaine de la santé qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

² Elle conseille le département dans tous ces domaines.

Art.

9 Médecin, pharmacien et chimiste cantonaux

¹ Le médecin cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi, la législation cantonale ainsi que la législation fédérale, notamment la lutte contre les maladies transmissibles et les abus de stupéfiants.

² Le pharmacien cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi et la législation fédérale, notamment le contrôle des produits thérapeutiques, des stupéfiants et des toxiques.

³ Le chimiste cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi et la législation fédérale, notamment le contrôle des denrées alimentaires et des objets usuels.

⁴ Les services concernés collaborent avec le vétérinaire cantonal dans l'exécution des tâches de prévention et de lutte contre les zoonoses.

⁵ Ils conseillent le département dans ces différents domaines.

Art. 10 Commission de surveillance

¹ Une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission de surveillance) est instituée.

² Son organisation et ses compétences sont réglées par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006.

Art. 11 Instance de médiation

¹ Pour aider les patients et les professionnels de la santé à résoudre leurs différends, il est institué une instance de médiation.

² Ses compétences sont réglées par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006.

Art. 12 Autorité supérieure de levée du secret professionnel

¹ Il est institué une commission chargée de statuer sur les demandes de levée du secret professionnel (ci-après : la commission du secret professionnel) conformément à l'article 321 chiffre 2 du code pénal suisse.

² Elle est composée de 3 membres dont un médecin de l'Institut universitaire de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

³ Les membres sont nommés par le Conseil d'Etat. Il est procédé à la désignation d'un suppléant pour chacun d'eux.

⁴ En cas de requête en levée du secret professionnel présentant un caractère d'extrême urgence, le président peut statuer à titre provisionnel.

⁵ Les décisions de cette commission du secret professionnel peuvent faire l'objet d'un recours dans les 10 jours qui suivent leur notification auprès de la chambre administrative de la Cour de justice

⁶ Cette commission du secret professionnel est rattachée administrativement au département.

⁷ Elle exerce en toute indépendance les compétences que la présente loi lui confère.

Art. 13 Communes

¹ Les communes veillent, dans le cadre de leurs compétences, au maintien de l'hygiène générale conformément à l'article 125 de la présente loi.

² Elles remplissent les autres tâches et compétences qui leur sont attribuées par la législation cantonale.

Chapitre III Promotion de la santé et prévention

Section 1 Dispositions générales

Art. 14 Promotion de la santé

¹ La promotion de la santé est un processus qui donne les moyens à l'individu et à la collectivité d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et qui encourage les modes de vie sains.

² Elle a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des individus et de la population en général.

Art. 15 Prévention

La prévention comprend l'ensemble des mesures ayant pour but d'éviter la survenance de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences.

Art. 16 Mesures de promotion de la santé et de prévention

¹ Les mesures de promotion de la santé et de prévention englobent en particulier :

- a) l'information de la population sur la santé et ses déterminants, notamment en vue de développer les responsabilités individuelle, familiale et collective;
- b) l'éducation de la population, en particulier les jeunes, en vue d'encourager des comportements favorables à la santé, notamment une alimentation saine et une bonne hygiène de vie;
- c) l'action communautaire et l'entraide, ainsi que l'aide et le conseil des personnes ou des groupes de personnes directement concernés par un problème de santé;
- d) l'aménagement de conditions de vie et de travail favorables à la santé;
- e) la détection précoce des risques et des problèmes de santé;
- f) le traitement préventif ou précoce des problèmes de santé;
- g) le recueil d'informations et la recherche épidémiologique;
- h) l'éducation dans le recours aux services de santé;
- i) la formation des professionnels de la santé et des autres personnes intervenant dans la promotion de la santé et la prévention, la loi sur l'université, du 13 juin 2008, étant réservée
- j) l'intégration des personnes handicapées.

² La conception, la réalisation et l'évaluation de ces mesures font l'objet d'actions spécifiques.

³ Dans chaque domaine où il intervient, l'Etat encourage les attitudes et les conditions de vie qui permettent de prévenir ou de limiter les atteintes à la santé et leurs conséquences et soutient les mesures d'information les concernant.

Section 2 Domaines prioritaires

Art. 17 Promotion de la santé périconceptionnelle, prénatale et périnatale

¹ L'Etat encourage les mesures de prévention materno-infantiles visant à permettre à chaque enfant de naître et de se développer dans les meilleures conditions de santé possibles.

² Il soutient en particulier les mesures d'aide et de conseils aux futurs parents et aux familles.

Art. 18 Promotion de la santé des enfants et adolescents

¹ L'Etat définit l'organisation de la promotion de la santé, de la prévention et de la surveillance de la santé dans les structures d'accueil de la petite enfance, dans les écoles publiques et privées, dans les foyers et dans les institutions pour enfants et adolescents, en collaboration avec les communes, les institutions de santé et les associations.

² Il fixe en particulier les tâches, les compétences et l'organisation des services de santé scolaire et des autres professionnels et institutions de santé responsables de la santé scolaire.

Art. 19 Promotion de la santé au travail

¹ L'Etat encourage les mesures de promotion de la santé au travail, d'hygiène, de médecine et de sécurité liées aux conditions et à l'organisation du travail.

² Il soutient également les mesures de prévention des maladies et accidents professionnels.

Art. 20 Promotion de la santé des personnes âgées

L'Etat soutient et encourage les mesures de promotion de la santé et de prévention en faveur des personnes âgées, en particulier celles visant à maintenir et à prolonger l'autonomie des personnes âgées, si possible dans le cadre de vie de leur choix.

Art. 21 Prévention des maladies non transmissibles et transmissibles

¹ L'Etat encourage les mesures destinées à prévenir les maladies qui, en termes de morbidité et de mortalité, ont des conséquences sociales et économiques importantes ainsi que les mesures visant à limiter les effets néfastes de ces maladies sur la santé et l'autonomie des personnes concernées.

² L'Etat prend les mesures nécessaires pour prévenir et empêcher la propagation de maladies transmissibles, y compris les zoonoses.

³ Il encourage leur prévention, notamment par des campagnes de vaccinations qu'il peut rendre obligatoires si nécessaire, conformément aux dispositions de la loi fédérale.

Art. 22 Prévention des atteintes à la santé liées à l'environnement

L'Etat encourage les mesures destinées à prévenir les atteintes à la santé dues à l'environnement naturel et bâti, et soutient les actions visant à maintenir ou rétablir un environnement propice à la santé.

Art. 23 Promotion de la santé mentale

L'Etat soutient les actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques.

Art. 24 Promotion de la dignité en fin de vie

¹ L'Etat veille à la promotion des soins palliatifs et à leur développement dans les lieux de pratique des professionnels de la santé.

² Il encourage l'élaboration de directives anticipées notamment dans les institutions de santé, en particulier dans les établissements médico-sociaux.

Art. 25 Information sexuelle et planning familial

L'Etat soutient les mesures d'information et d'éducation sexuelles ainsi que de planning familial.

Art. 26 Prévention des accidents

¹ L'Etat encourage les actions de prévention des accidents, comportant des mesures passives agissant sur l'environnement et des mesures actives agissant sur les comportements.

² Il soutient la diffusion dans les populations concernées d'informations sur les comportements sûrs et sur la gestion et la maîtrise des risques.

Art. 27 Prévention des dépendances

¹ L'Etat soutient les actions de prévention des addictions ainsi que les mesures de réduction des risques dans ce domaine, en particulier auprès des mineurs.

² La publicité pour les boissons alcoolisées, les produits du tabac, les médicaments et les autres substances nuisibles à la santé est interdite dans les limites des dispositions fédérales et cantonales.

Chapitre IV Planification sanitaire

Art. 28 Principe

¹ Sur la base d'une évaluation de la santé de la population, la planification sanitaire cantonale a pour buts de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité.

² La planification sanitaire cantonale est évaluée tous les 4 ans.

³ Le Conseil d'Etat procède à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale tous les 4 ans. Sur cette base, il présente au Grand Conseil une planification sanitaire cantonale comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement. Le Grand Conseil se prononce dans les 6 mois sous forme de résolution.

⁴ La planification sanitaire comprend notamment le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que le plan cantonal d'accès aux soins.

⁵ La réalisation, l'exécution et le financement de la planification sanitaire sont fixés dans des dispositions légales spécifiques

Art. 29 Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention

¹ Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention détermine les besoins en fonction des domaines concernés et définit les mesures propres à les satisfaire. Il tient compte des initiatives d'organismes privés, des projets des communes et des organismes publics cantonaux ainsi que des actions menées par les autres cantons et la Confédération.

² Le plan cantonal accorde une attention spéciale aux populations se trouvant dans une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et aux différences de cultures. Il tient compte des besoins de l'individu spécifiques à chaque étape de sa vie.

³ Le département, en collaboration avec les autres départements concernés, met en œuvre le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Il coordonne les projets de promotion de la santé et de prévention, s'assure de leur qualité et de leur évaluation. Il encourage la recherche en la matière.

Art. 30 Plan cantonal d'accès aux soins

¹ Le plan cantonal d'accès aux soins comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires et ambulatoires en veillant à une couverture des soins conforme aux besoins de la population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

² Le plan cantonal d'accès aux soins a pour but de garantir l'accès aux soins pour tous. A cet effet, il établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestataires de soins publics et privés.

³ Le plan cantonal stationnaire comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires, les mandats de prestations de chaque établissement et les collaborations intercantionales et régionales, conformément à l'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal).

⁴ Le plan cantonal ambulatoire vise à assurer une couverture des soins ambulatoires conforme aux besoins de la population.

Art. 31 Statistiques et autres moyens de mesures

¹ Le Conseil d'Etat règle, conformément aux normes reconnues en la matière, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

² Dans les limites de leurs capacités, les professionnels et les institutions de santé sont tenus de participer à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesure nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, pour autant que les données requises ne soient pas déjà disponibles auprès d'autres organismes publics.

Art. 32 Rapport sur la santé de la population

¹ Sur la base des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, le département publie à intervalles réguliers un rapport sur la santé de la population.

² Il peut mandater un organisme public ou privé pour l'établissement de ce rapport.

Art. 33 Financement

¹ Le Conseil d'Etat prévoit au budget les ressources nécessaires pour élaborer, subventionner, évaluer et contrôler le plan cantonal et les actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention qui en découlent.

² Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement des actions et des institutions qui y participent.

Chapitre V Relations entre patients et professionnels de la santé

Section 1 Dispositions générales

Art. 34 Champ d'application

Le présent chapitre règle les relations entre patients, professionnels de la santé et institutions de santé lors de soins prodigués tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Art. 35 Admission des patients dans les institutions de santé

¹ Nul ne peut être admis contre son gré dans une institution de santé, sauf sur la base d'une décision de privation de liberté à des fins d'assistance ou d'une mesure thérapeutique ou d'internement selon le code pénal suisse.

² La privation de liberté à des fins d'assistance est réglée par le code civil et par la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006. L'admission des personnes faisant l'objet d'une mesure thérapeutique ou d'un internement est régie par le code pénal suisse et la loi d'application du code pénal suisse et d'autres lois fédérales en matière pénale, du 27 août 2009

Art. 36 Sortie d'une institution de santé

¹ Le patient peut quitter à tout moment une institution de santé. Cette dernière a le droit de lui demander une confirmation écrite de sa décision, après l'avoir clairement informé des risques ainsi encourus.

² Avec l'accord du patient, l'institution de santé prévient le médecin qui a rédigé le certificat médical conformément à l'article 44, alinéa 1, et le médecin traitant.

Art. 37 Droit aux liens avec l'extérieur dans les institutions de santé

¹ Le patient séjournant en institution de santé doit pouvoir maintenir le contact avec ses proches. Des restrictions ne sont autorisées que dans l'intérêt des autres patients et compte tenu des exigences des soins et du fonctionnement de l'institution de santé.

² L'enfant hospitalisé a le droit d'entretenir des contacts avec ses parents sans contrainte d'horaires et dans un environnement approprié.

³ Le patient a le droit de recevoir en tout temps la visite de son médecin de confiance, spontanément ou sur demande.

⁴ Le patient a droit en tout temps aux visites de l'aumônier de l'institution de santé ainsi qu'à celle de son conseiller spirituel extérieur.

Art. 38 Accompagnement des patients en institution de santé

¹ Le patient suivi par une institution de santé a droit à une assistance et à des conseils. Il a droit en particulier au soutien de ses proches.

² Le patient séjournant dans une institution de santé a le droit de demander un accompagnement par un représentant d'organisme ou une personne reconnue à cette fin par le département. Il a également droit à cet accompagnement pendant la durée de toutes les procédures découlant de la présente loi ou de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006.

³ Les institutions tiennent à disposition des patients une liste des organismes et individus admis à accompagner les patients.

Art. 39 Accompagnement des patients en fin de vie

¹ Les patients en fin de vie ont droit aux soins, au soulagement et au réconfort appropriés. Leurs proches doivent bénéficier d'une assistance et des conseils nécessaires.

² Les patients en fin de vie bénéficient d'un accompagnement adéquat et peuvent se faire entourer de leurs proches sans restriction horaire.

Art. 40 Devoirs des patients

¹ Les patients s'efforcent de contribuer au bon déroulement des soins, notamment en donnant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur santé et en suivant les prescriptions qu'ils ont acceptées.

² En institution de santé, les patients ainsi que leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients.

Art. 41 Voies de droit

¹ Indépendamment des voies de droit ordinaires, toute personne qui allègue une violation d'un droit que la présente loi reconnaît aux patients peut saisir en tout temps, par le biais d'une plainte ou d'une dénonciation, la commission de surveillance.

² A moins que la saisine de la commission de surveillance ne soit manifestement irrecevable ou mal fondée ou qu'un intérêt public prépondérant ne justifie l'instruction de l'affaire par la commission de surveillance, il peut être proposé aux parties de résoudre à l'amiable leur différend devant l'instance de médiation.

³ La procédure est réglée par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006.

Section 2 Principaux droits du patient

Art. 42 Droit aux soins

Toute personne a droit aux soins qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel.

Art. 43 Libre choix du professionnel de la santé

¹ Toute personne a le droit de s'adresser au professionnel de la santé de son choix.

² Le libre choix du professionnel de la santé peut être limité dans les institutions de santé publiques ou subventionnées ainsi qu'en cas d'urgence et de nécessité.

Art. 44 Libre choix de l'institution de santé

¹ Dans la mesure où l'état de santé attesté par un certificat médical l'exige, toute personne a le droit d'être soignée dans une institution de santé publique ou dans une institution de santé privée au bénéfice d'un mandat de prestations, pour autant que les soins requis entrent dans la mission de cette institution.

² Le droit au libre choix de l'institution de santé peut être limité en cas d'urgence et de nécessité.

³ Les personnes détenues et nécessitant des soins en milieu hospitalier sont admises selon leur état de santé dans le service de médecine pénitentiaire ou le service médical spécialisé des Hôpitaux universitaires de Genève.

Art. 45 Droit d'être informé

¹ Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur :

- a) son état de santé;
- b) les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels;
- c) les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé.

² Il peut demander un résumé écrit de ces informations.

³ Le patient doit recevoir, lors de son admission dans une institution de santé, une information écrite sur ses droits, sur les mesures de protection ou d'assistance prévues par le droit tutélaire, sur ses devoirs ainsi que sur les conditions de son séjour. Si nécessaire, ses proches sont également informés.

⁴ Dans les limites de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que le patient qui s'adresse à lui a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute connaissance de cause.

⁵ Lorsque le remboursement par l'assurance obligatoire de soins n'est pas garanti, il en informe le patient.

Art. 46 Choix libre et éclairé – Personne capable de discernement

¹ Aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur.

² Le patient peut retirer son consentement en tout temps.

Art. 47 Choix libre et éclairé – Directives anticipées

Principes

¹ Toute personne informée, capable de discernement, peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans des situations données où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

² De même, toute personne peut par avance désigner un représentant thérapeutique pour prendre en son nom les décisions de soins si elle venait à perdre le discernement. Le représentant thérapeutique choisi doit alors recevoir les informations nécessaires conformément à l'article 45 et pouvoir accéder au dossier du patient aux conditions de l'article 55 de la présente loi.

³ Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées à tout moment par leur auteur.

Art. 48 Choix libre et éclairé – Directives anticipées

Effets

¹ Le professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée dans des directives anticipées, pour autant que ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient.

² Lorsque le professionnel de la santé a des raisons de penser que les directives anticipées ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient ou qu'il existe un conflit d'intérêt entre le patient et le représentant qu'il a désigné, il doit saisir l'autorité tutélaire.

Art. 49 Choix libre et éclairé – Personne incapable de discernement

¹ Si le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher s'il a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant. A défaut, le professionnel de la santé doit obtenir l'accord du représentant légal après lui avoir fourni les informations nécessaires conformément à l'article 45 et lui avoir permis

d'accéder au dossier médical. En l'absence de représentant légal, le professionnel de la santé s'adresse aux proches afin de déterminer la volonté présumée du patient.

² Lorsque la décision du représentant choisi par le patient ou du représentant légal met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut saisir l'autorité tutélaire.

³ A titre exceptionnel, soit en cas d'urgence ou dans l'attente de la désignation d'un représentant légal, le professionnel de la santé doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci.

Art. 50 Mesures de contrainte – En général

¹ Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutiques et d'internement et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.

² A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :

a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et

b) si le comportement du patient présente un danger grave pour la sécurité ou la santé de lui-même ou d'autrui.

³ Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.

⁴ La mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

Art. 51 Mesures de contrainte – Modalités et protection des patients

¹ La surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.

² Le patient, le représentant qu'il a désigné pour prendre en son nom les décisions de soins, son représentant légal et ses proches peuvent s'adresser à la commission de surveillance pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

Section 3 Traitement des données relatives à la santé du patient

Art. 52 Tenue d'un dossier de patient

¹ Tout professionnel de la santé pratiquant à titre dépendant ou indépendant doit tenir un dossier pour chaque patient.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions qui sont exemptées de cette obligation, partiellement ou entièrement, et détermine les conditions de l'exemption.

³ Il fixe les exigences minimales concernant la tenue et le traitement des dossiers, y compris dans les institutions de santé.

Art. 53 Contenu du dossier

Le dossier comprend toutes les pièces concernant le patient, notamment l'anamnèse, le résultat de l'examen clinique et des analyses effectuées, l'évaluation de la situation

du patient, les soins proposés et ceux effectivement prodigués, avec l'indication de l'auteur et de la date de chaque inscription.

Art. 54 Dossier informatisé

Le dossier du patient peut être tenu sous forme informatisée, pour autant que toute adjonction, suppression ou autre modification reste décelable et que l'on puisse identifier son auteur et sa date.

Art. 55 Consultation du dossier

¹ Le patient a le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut s'en faire remettre en principe gratuitement les pièces, ou les faire transmettre au professionnel de la santé de son choix.

² Ce droit ne s'étend pas aux notes rédigées par le professionnel de la santé exclusivement pour son usage personnel, ni aux données concernant des tiers et protégées par le secret professionnel.

Art. 56 Traitement des données

¹ Le traitement des données du patient, en particulier la communication de données à autrui, est régi par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles ainsi que par les dispositions spéciales de la présente loi.

² Le traitement des données dans le cadre du réseau communautaire d'informatique médicale est au surplus régi par la loi spéciale y relative.

Art. 57 Conservation du dossier

¹ Les éléments du dossier doivent être conservés aussi longtemps qu'ils présentent un intérêt pour la santé du patient, mais au moins pendant dix ans dès la dernière consultation.

² Si aucun intérêt prépondérant pour la santé du patient ou pour la santé publique ne s'y oppose, le dossier est détruit après vingt ans au plus tard. Sont réservées les dispositions de la loi sur les archives publiques, du 1^{er} décembre 2000 imposant un délai de conservation plus long.

³ Le patient peut consentir à une prolongation de la durée de conservation de son dossier à des fins de recherche.

Art. 58 Sort du dossier en cas de cessation d'activité

¹ Le professionnel de la santé qui cesse ou interrompt son activité en informe ses patients. A leur demande, il leur remet leur dossier ou le transmet au professionnel de la santé qu'ils ont désigné. Sans réponse du patient dans un délai raisonnable, il remet les dossiers à l'association professionnelle à laquelle il appartient ou, à défaut, à la direction générale de la santé, contre émoluments.

² En cas de décès du professionnel de la santé, ses dossiers sont placés sous la responsabilité de l'association professionnelle à laquelle il appartient ou de la direction générale de la santé.

³ Les dépositaires sont tenus au respect de la protection des données. En particulier, ils ne peuvent ni consulter, ni utiliser, ni communiquer les données contenues dans les dossiers placés sous leur responsabilité.

⁴ L'article 57 relatif à la conservation du dossier leur est applicable.

Section 4 Mesures médicales spéciales

Art. 58A Prélèvement et transplantation – Autorité compétente

L'autorité compétente pour appliquer la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (ci-après : la loi sur la transplantation), du 8 octobre 2004, est le médecin cantonal.

Art. 59 Prélèvement et transplantation – Prélèvement sur une personne mineure ou incapable de discernement

L'autorité indépendante pour autoriser à titre exceptionnel le prélèvement de tissus ou de cellules régénérables sur une personne mineure ou incapable de discernement, selon l'article 13 de la loi sur la transplantation, est le Tribunal tutélaire.

Art. 60 Prélèvement et transplantation – Prélèvement à des fins étrangères à la transplantation

Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur une personne décédée est autorisé à d'autres fins uniquement avec le consentement exprès du donneur ou de ses proches. Les proches ne peuvent s'opposer au prélèvement lorsque la personne décédée y a expressément consenti de son vivant.

Art. 61 Recherche biomédicale avec des personnes – Principes

¹ Toute recherche biomédicale impliquant des personnes doit être menée conformément aux règles des bonnes pratiques des essais cliniques et épidémiologiques, reconnues au niveau national, dont le but est de garantir la protection des sujets de recherche et d'assurer la qualité des résultats.

² Une recherche biomédicale impliquant des personnes doit en particulier respecter les conditions suivantes :

- a) l'investigateur responsable est titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ou de médecin dentiste ou d'un diplôme équivalent et a l'autorisation de pratiquer la médecine ou la médecine dentaire;
- b) les risques prévisibles pour les sujets de recherche ne sont pas disproportionnés par rapport aux bénéfices potentiels de la recherche;
- c) toutes les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la santé, le bien-être et les droits des sujets de recherche, le promoteur, l'investigateur et, le cas échéant, l'organisme de recherche ayant convenu dans l'intérêt des sujets des modalités visant à prévenir tout dommage dans le cadre de la recherche et veillé en particulier à garantir le suivi médical des sujets;
- d) la protection des données relatives aux sujets de recherche est garantie;
- e) les sujets de recherche ont donné leur consentement libre, exprès et éclairé, par écrit ou attesté par écrit, après avoir été informés notamment sur la nature et le but de la recherche, l'ensemble des contraintes, des actes et des analyses impliqués, l'existence éventuelle d'autres traitements que ceux qui sont prévus dans la recherche, les risques et les inconforts prévisibles, les bénéfices potentiels, leur droit à une compensation en cas de dommages imputables à la recherche, leur droit de retirer leur consentement à tout moment sans préjudice pour la poursuite des soins;
- f) la recherche a obtenu l'avis favorable de la ou des commissions d'éthique de la recherche compétentes.

³ Toute recherche biomédicale qui n'est pas obligatoirement notifiée à une autorité nationale doit l'être à l'autorité cantonale compétente, selon la procédure fixée par le Conseil d'Etat.

⁴ Pour le surplus, les dispositions de la loi fédérale sur les produits thérapeutiques, du 15 décembre 2000, sont applicables à toute recherche biomédicale.

Art. 62 Recherche biomédicale avec des personnes – Conflits d'intérêt

¹ Le promoteur, l'investigateur et, le cas échéant, l'organisme de recherche doivent informer la commission d'éthique de la recherche compétente des conflits d'intérêts, de nature financière ou autre, qui peuvent influencer le déroulement de la recherche, l'analyse et la publication des résultats, ainsi que les mesures adoptées afin d'en prévenir les effets.

² Une recherche ne peut être entreprise que si l'investigateur a un droit d'accès à toutes les données brutes et si sa liberté de publier les résultats obtenus, positifs ou négatifs, est garantie.

³ L'investigateur rend public par tout moyen approprié les résultats de la recherche dans un délai raisonnable.

Art. 63 Recherche biomédicale avec des personnes – Registre des sujets de recherche

¹ Il est créé un registre des sujets de recherche afin de s'assurer que ceux-ci ne participent pas simultanément à plusieurs recherches impliquant des personnes et respectent le délai d'attente entre chaque recherche à laquelle ils participent.

² Doit être inscrite dans le registre des sujets de recherche toute personne qui participe à une recherche sans bénéfice direct attendu pour sa santé (volontaire sain).

³ Le Conseil d'Etat peut étendre le champ d'application du registre à d'autres recherches que celles mentionnées à l'alinéa 2. Il règle en outre le détail de l'organisation, du financement et du contrôle du registre des sujets de recherche.

Art. 64 Recherche biomédicale avec des personnes – Commission d'éthique de la recherche

¹ La commission d'éthique de la recherche compétente procède à l'évaluation éthique des projets de recherche et en vérifie la qualité scientifique. Ce faisant, elle veille à préserver les droits, la sécurité et le bien-être des sujets de recherche conformément aux règles reconnues des bonnes pratiques des essais cliniques et épidémiologiques.

² La commission d'éthique accorde une attention toute particulière aux recherches impliquant des populations vulnérables ou en situation d'urgence médicale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les exigences que doivent remplir ces commissions, en particulier le détail de leur compétence, leur composition, la procédure de désignation de leurs membres, leur mode de fonctionnement, leur financement et la procédure de surveillance dont elles font l'objet.

⁴ Le département autorise les commissions d'éthique de la recherche compétentes.

Art. 65 Formation des professionnels de la santé

¹ La participation des patients à des activités spécifiques de formation des professionnels de la santé requiert leur consentement ou l'accord de leur représentant légal, la volonté des patients devant toujours être respectée.

² Le patient a le droit de refuser de participer à une activité spécifique de formation des professionnels de la santé. Il peut également retirer, à tout moment, le consentement préalablement donné, sans crainte d'en subir un préjudice dans le cadre des soins dont il a besoin.

³ La formation des professionnels de la santé doit être donnée dans le respect de la dignité et de la sphère privée des patients.

Art. 66 Interruption de grossesse

Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions du code pénal suisse en matière d'interruption de grossesse. Il désigne en particulier les autorités compétentes.

Art. 67 Stérilisation des personnes incapables de discernement

Avant de procéder à toute intervention sur une personne incapable de discernement provoquant une interruption permanente de la fécondité, le médecin concerné doit le signaler à l'autorité tutélaire de surveillance, les cas d'urgence étant réservés.

Art. 68 Constatation de la mort

¹ Le permis d'inhumation et d'incinération d'une personne décédée ne peut être délivré que sur la base d'un certificat de décès établi par un médecin.

² En cas de mort suspecte, violente ou sur la voie publique et en cas de mort par maladie transmissible présentant un risque grave de santé publique, le médecin concerné doit refuser le certificat de décès. Il délivre alors un simple constat de décès et avise les autorités compétentes pour procéder à la levée de corps.

Art. 69 Sort du cadavre et sépulture

Le Conseil d'Etat fixe les conditions de levée de corps, d'octroi du permis d'inhumation et d'incinération, de transport, d'inhumation et d'exhumation des cadavres ainsi que les interventions qui peuvent être pratiquées sur eux. Il fixe également les conditions auxquelles une personne peut faire don de son corps à la science, à des fins d'enseignement ou de recherche.

Art. 70 Autopsie

¹ Une autopsie ou un prélèvement sur un cadavre ne peut être pratiqué que si la personne décédée ou ses proches y ont expressément consenti, la volonté de la personne décédée devant toujours être respectée.

² Les proches peuvent être informés des conclusions de l'autopsie par le truchement d'un médecin, à moins que la personne décédée ne s'y soit opposée.

³ Si l'intérêt de la santé publique l'exige, la direction générale de la santé peut ordonner une autopsie, même contre la volonté de la personne décédée ou de ses proches.

⁴ Demeurent réservées les décisions des autorités judiciaires.

Chapitre VI Professions de la santé

Section 1 Dispositions générales

Art. 71 Champ d'application

¹ Le présent chapitre s'applique aux professionnels de la santé qui fournissent des soins en étant directement en contact avec leurs patients et dont l'activité doit être contrôlée pour des raisons de santé publique.

² Tout soin qui, compte tenu de la formation et de l'expérience requises pour le prodiguer, relève spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi ne peut être fourni que par une personne ayant le droit de pratiquer cette profession.

³ Le Conseil d'Etat établit périodiquement par voie réglementaire la liste des professions soumises au présent chapitre ainsi que les conditions spécifiques de leur droit de pratique.

Art. 71A Professions médicales universitaires

En plus de la présente loi, les dispositions de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006, sont applicables aux professions suivantes exercées à titre indépendant : médecin, dentiste, chiropraticien, pharmacien et vétérinaire.

Art. 72 Catégories de professionnels

¹ La présente loi s'applique aux trois catégories de professionnels de la santé suivantes :

- a) ceux qui exercent à titre indépendant;
- b) ceux qui exercent à titre dépendant sous leur propre responsabilité;
- c) ceux qui exercent à titre dépendant sous la responsabilité d'un professionnel de la santé cité aux lettres a ou b.

² Les notions d'indépendance et de dépendance s'entendent au sens de la législation en matière d'assurances sociales.

Art. 72A Formation professionnelle

¹ Dans le cadre de sa formation, le professionnel de la santé ne peut pas pratiquer sous sa propre responsabilité.

² Sous réserve du droit fédéral, le Conseil d'Etat fixe la durée de formation admise selon la profession et la spécialisation ainsi que le nombre de personnes en formation dont peut être responsable un professionnel autorisé, en distinguant la formation en pratique privée de celle en institution de santé. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

Art. 73 Titre de spécialiste

Un professionnel de la santé ne peut porter un titre ou se référer à une formation particulière que s'il possède le titre correspondant ou si la formation en question a été reconnue par le département.

Section 2 Droit de pratique

Art. 74 Principe

Une personne n'a le droit de pratiquer une profession de la santé que si elle est au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le département.

Art. 75 Autorisation de pratique

¹ L'autorisation de pratique est délivrée au professionnel de la santé qui :

- a) possède le diplôme ou le titre requis en fonction de la profession ou un titre équivalent reconnu par le département;
- b) présente un certificat médical attestant qu'il ne souffre pas d'affections physiques ou psychiques incompatibles avec l'exercice de sa profession;
- c) n'a pas fait l'objet de sanction administrative ou de condamnation pénale pour une faute professionnelle grave ou répétée ou pour un comportement indigne de sa profession.

² Lorsque le professionnel de la santé est au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans un autre canton, le département peut lui demander de lui fournir une copie conforme et actuelle de cette autorisation.

Art. 78 Durée du droit de pratique

Un professionnel de la santé qui entend exercer son activité au-delà de 70 ans doit en faire la demande à la direction générale de la santé en présentant un certificat médical. Le droit de pratiquer peut être prolongé pour 3 ans, puis d'année en année.

Art. 79 Inscription dans les registres

¹ Le département tient, par profession, un registre dans lequel sont inscrites les autorisations délivrées.

² Les registres sont publics.

³ Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont tenus d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

⁴ L'exercice d'une profession médicale universitaire est exclusif de toute autre profession régie par la présente loi, à l'exception du médecin qui est également dentiste. Il en va de même de l'exercice des professions d'assistant-médecin, d'assistant en médecine dentaire, d'assistant-pharmacien, d'assistant-vétérinaire, de droguiste, d'opticien et de préparateur en pharmacie. Les autres professions de la santé ne sont pas exclusives les unes des autres dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées.

Section 3 Droits et devoirs

Art. 80 Devoirs professionnels

Sauf dispositions contraires de la présente loi, les devoirs professionnels prévus à l'article 40 de la loi fédérale sur les professions médicales, du 23 juin 2006, s'appliquent à tous les professionnels de la santé.

Art. 80A Respect de la dignité humaine et de la liberté du patient

¹ Le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des droits de la personnalité de ses patients.

² Dans le cadre de ses activités, le professionnel de la santé s'abstient de tout endoctrinement des patients.

Art. 81 Libre choix

¹ Le professionnel de la santé est libre d'accepter ou de refuser un patient dans les limites déontologiques de sa profession. Il a toutefois l'obligation de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient.

² Lorsque les intérêts du patient l'exigent, le professionnel de la santé a l'obligation de collaborer avec l'ensemble des autres professionnels.

Art. 82 Objection de conscience

¹ Le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses.

² L'objecteur doit dans tous les cas donner au patient les informations nécessaires afin que ce dernier puisse obtenir, par d'autres professionnels de la santé, les soins qu'il n'est pas disposé à lui fournir.

³ En cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de la santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger, même si elles sont contraires à ses convictions éthiques ou religieuses.

Art. 83 Collusion

Les ententes entre professionnels de la santé en vue d'obtenir un avantage financier sont interdites.

Art. 84 Compétences et responsabilité

¹ Le professionnel de la santé ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation et l'expérience nécessaires.

² Il doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé.

³ Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé que si ce dernier possède la formation et les compétences pour fournir ces soins.

⁴ Lorsque les soins exigés par l'état de santé du patient excèdent ses compétences, le professionnel de la santé est tenu de s'adjoindre le concours d'un autre professionnel habilité à fournir ces soins ou d'adresser le patient à un professionnel compétent.

Art. 85 Assurance responsabilité civile

¹ Les professionnels de la santé qui entendent exercer à titre indépendant ou dépendant sous leur propre responsabilité doivent être couverts par une assurance responsabilité civile professionnelle.

² L'assurance responsabilité civile professionnelle doit offrir une couverture adaptée à la nature et à l'étendue des risques liés aux activités développées.

Art. 86 Formation continue

¹ Tout professionnel de la santé doit suivre régulièrement une formation continue.

² Le Conseil d'Etat encourage les professionnels de la santé à compléter leur formation.

³ Le Conseil d'Etat règle les modalités de la formation continue en concertation avec les associations professionnelles concernées dans la mesure où celles-ci ne sont pas réglées par une disposition fédérale.

Art. 87 Secret professionnel – Principe

¹ Les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel.

² Le secret professionnel a pour but de protéger la sphère privée du patient. Il interdit aux personnes qui y sont astreintes de transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession. Il s'applique également entre professionnels de la santé.

³ Lorsque les intérêts du patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, se transmettre des informations le concernant.

Art. 88 Secret professionnel – Libération du secret

¹ Une personne tenue au secret professionnel peut en être déliée par le patient ou, s'il existe de justes motifs, par l'autorité supérieure de levée du secret professionnel.

² Sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice.

Art. 89 Publicité

Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont autorisés à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées.

Art. 90 Lieux de pratique – En général

¹ Un cabinet ne peut être exploité que sous la responsabilité et la surveillance d'un professionnel de la santé autorisé.

² Une personne ne peut pratiquer une profession de la santé que dans un cabinet, dans une institution de santé ou au chevet du patient, les cas d'urgence étant réservés.

Art. 91 Lieux de pratique – Cabinets de groupe

¹ Par cabinet de groupe, on entend le regroupement, dans des locaux communs, d'un ou de plusieurs professionnels de la santé, lesquels exercent chacun sous leur propre responsabilité.

² Tous les professionnels de la santé qui pratiquent dans un cabinet de groupe doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratique.

Art. 92 Remplacement

¹ Une personne qui pratique sous sa propre responsabilité une profession de la santé peut se faire remplacer temporairement à son lieu de travail pour cause de formation, vacances, service militaire, congé de maternité ou pour raisons de santé. Elle en informe le département. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession.

² Lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige, le département peut exceptionnellement autoriser un remplacement par une personne autorisée à pratiquer une autre profession.

Art. 93 Service de garde

¹ Les professionnels de la santé assurent des services de garde de manière à garantir les besoins en soins de la population.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions de la santé qui sont tenues d'assurer de tels services.

³ Au cas où les conditions de l'alinéa 1 ne sont pas respectées, il peut exiger des associations professionnelles concernées la mise en place d'un service de garde.

Art. 94 Situations exceptionnelles

Chaque professionnel de la santé peut être appelé à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 95 Assurance qualité

Le département encourage le développement de systèmes d'assurance qualité, en lien avec les associations professionnelles concernées.

Il peut leur déléguer la mise en œuvre et le contrôle de l'assurance qualité.

Art. 96 Ecoles et programmes de formation

¹ L'Etat peut exploiter ou subventionner des écoles dans le domaine de la santé, qui correspondent aux priorités fixées dans la planification sanitaire cantonale. De la même manière, il peut organiser ou subventionner des programmes de formation ou de perfectionnement dans ce domaine.

² Le Conseil d'Etat veille à ce que le nombre de places de formation et de stage dans le domaine des professions de la santé corresponde aux besoins du canton définis dans la planification sanitaire cantonale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement de ces écoles et de ces programmes de formation et de perfectionnement.

Chapitre VII Pratiques complémentaires

Art. 97 Principes

¹ Le professionnel de la santé peut recourir à toute pratique complémentaire pouvant répondre aux besoins de ses patients dûment informés et pour laquelle il a la formation et l'expérience nécessaires, après inscription dans les registres du département.

² Une personne qui ne pratique pas une profession de la santé peut recourir à une pratique complémentaire uniquement :

- a) si elle est inscrite dans les registres du département;
- b) si cette pratique ne présente pas de danger pour la santé du patient ou de la population et si elle n'interfère pas avec un traitement institué par un professionnel de la santé;
- c) s'il n'y a pas risque de confusion avec des soins qui relèvent spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi;
- d) si le patient y consent après avoir été dûment informé qu'il s'agit d'une pratique complémentaire, ainsi que de ses risques et de ses bienfaits et de la possibilité de s'adresser à un professionnel de la santé.

Art. 98 Inscription dans les registres

¹ Le Conseil d'Etat définit les informations et les documents qui doivent être fournis en vue de l'inscription.

² L'inscription a pour but le recensement des pratiques complémentaires. Elle ne vaut ni comme autorisation ni comme reconnaissance de compétences.

³ Les personnes inscrites dans les registres sont tenues d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

⁴ Les registres sont publics.

Art. 99 Devoirs

¹ Une personne qui ne pratique pas une profession de la santé et qui recourt à une pratique complémentaire doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un professionnel de la santé. En cas de doute sur l'état de santé du patient, elle a en outre l'obligation de l'en informer et de l'inciter à consulter un professionnel de la santé.

² Les personnes exerçant des pratiques complémentaires n'ont pas le droit :

- a) de traiter des personnes atteintes de maladies transmissibles au sens de la législation fédérale;
- b) d'inciter un patient à interrompre le traitement institué par un professionnel de la santé au sens de la présente loi;
- c) de procéder à des actes réservés aux professionnels de la santé ou d'opérer des prélèvements sur le corps humain;
- d) de proposer à la vente, d'administrer ou de remettre des produits thérapeutiques, ou de prescrire ceux dont la vente est soumise à ordonnance médicale;
- e) d'utiliser des appareils de radiologie, le droit fédéral sur les dispositifs médicaux étant réservé;
- f) de se prévaloir de formations sanctionnées par la législation fédérale ou cantonale, si elles ne sont pas titulaires des titres requis.

³ Les personnes exerçant une pratique complémentaire et inscrites dans les registres sont autorisées à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement, dans les limites définies par voie réglementaire par le Conseil d'Etat.

⁴ Les dispositions concernant les droits des patients et les obligations des professionnels de la santé sont applicables par analogie.

⁵ Le Conseil d'Etat peut en outre soumettre à conditions ou interdire des pratiques complémentaires lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige. Le département peut procéder aux contrôles nécessaires afin de s'assurer du respect des exigences de la présente loi.

Chapitre VIII Institutions de santé

Art. 100 Définition et champ d'application

¹ Par institution de santé, on entend tout établissement, organisation, institut ou service qui a, parmi ses missions, celle de fournir des soins.

² En fonction de leur mission, les catégories d'institutions de santé sont les suivantes :

- a) les établissements médicaux privés et publics;
- b) les établissements médico-sociaux;
- c) les organisations d'aide et de soins à domicile;
- d) les laboratoires d'analyses ou de recherches médicales;
- e) les services d'ambulance;
- f) les institutions de lutte contre les dépendances;
- g) les institutions de promotion de la santé et de prévention;
- h) les autres institutions spécialisées;
- i) les pharmacies publiques;
- j) les drogueries;
- k) les commerces d'opticien.

³ Les cabinets individuels ou de groupe ne sont pas soumis au présent chapitre.

Art. 101 Autorisation d'exploitation

¹ Afin de protéger la santé des patients et de la population et de garantir des soins appropriés de qualité, la création, l'extension, la transformation et l'exploitation de toute institution de santé sont soumises à autorisation.

² L'autorisation d'exploitation est délivrée par le département lorsque l'institution, compte tenu de sa mission :

- a) est dirigée par une ou des personnes responsables qui possèdent la formation ou les titres nécessaires;
- b) est dotée d'une organisation adéquate;
- c) dispose du personnel qualifié nécessaire ayant reçu une formation professionnelle adéquate;
- d) dispose des locaux et de l'équipement nécessaires répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients;
- e) participe à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale;
- f) garantit, s'il y a lieu, la fourniture adéquate en médicaments.

³ L'autorisation d'exploitation indique la mission de l'institution de santé. Elle peut fixer un nombre maximal de personnes que l'institution peut prendre en charge.

⁴ Le Conseil d'Etat définit, selon la nature des prestations offertes, pour chaque catégorie d'institution, les conditions spécifiques d'octroi de l'autorisation d'exploitation qui visent notamment l'aménagement des locaux, l'effectif et la qualification du personnel, ainsi que les exigences à l'égard du ou des répondants. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

⁵ L'autorisation d'exploitation relative aux établissements médico-sociaux mentionnés par l'article 100, alinéa 2, lettre b, est accordée par l'autorité compétente en vertu de la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009, sur la base du préavis du département attestant du respect des exigences découlant de la présente loi.

Art. 102 Autorisation d'assistance pharmaceutique

¹ Les institutions de santé visées à l'article 100, alinéa 2, lettre a, doivent disposer des services d'un pharmacien responsable et d'un local, notamment pour le stockage des médicaments, adapté à ses besoins. Une autorisation particulière d'assistance pharmaceutique lui est alors délivrée par le département.

² Les médicaments que le pharmacien responsable commande sont destinés exclusivement aux patients hospitalisés.

³ L'institution peut demander à être exemptée de cette obligation si elle ne traite qu'un volume restreint de médicaments.

Art. 103 Durée

¹ L'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée en principe pour une durée indéterminée.

² Pour de justes motifs, l'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée pour une durée déterminée. Son renouvellement fait alors l'objet d'une procédure simplifiée.

Art. 104 Devoir d'information

¹ Toute modification des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation doit être communiquée sans tarder au département.

² Une institution de santé doit informer le département avant de procéder à une extension ou une transformation.

Art. 105 Surveillance

Le département s'assure que les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation d'une institution de santé sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer les contrôles nécessaires.

Art. 106 Contrôle de qualité

¹ Les institutions de santé prennent les mesures nécessaires pour répertorier les incidents survenus dans le cadre de leur mission de soins.

² Le département peut procéder ou faire procéder à des contrôles de qualité des institutions de santé.

³ Il entend préalablement les associations professionnelles concernées.

Art. 107 Obligations

¹ Les institutions de santé doivent fournir, de manière continue et personnalisée, les soins qui entrent dans leur mission à toute personne qu'elles prennent en charge. Elles ne peuvent, de leur propre initiative, arrêter la prise en charge d'une personne que si la continuité de celle-ci est garantie.

² Elles examinent s'il y a lieu ou non d'aviser les proches de la prise en charge.

³ Si nécessaire, elles doivent veiller, notamment par leur service social, à prendre toutes les dispositions utiles pour sauvegarder les intérêts des patients.

⁴ Elles doivent, dans l'intérêt des patients et de la santé de la population, collaborer avec les autres institutions de santé et les professionnels de la santé et fonctionner de manière coordonnée.

⁵ Elles doivent, compte tenu de leur mission et de leurs dimensions, participer à la formation et au perfectionnement des professionnels de la santé.

⁶ Elles peuvent être appelées, compte tenu de leur mission et de leurs dimensions, à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 108 Publicité

Les dispositions de l'article 89 concernant la publicité s'appliquent par analogie aux institutions de santé.

Art. 109 Etablissements publics

Le statut juridique, l'organisation et la gestion des établissements médicaux publics sont régis par la législation spéciale.

Chapitre IX Produits thérapeutiques

Art. 110 Autorisation de fabrication

¹ Sous réserve des dérogations prévues par le droit fédéral, celui qui entend fabriquer des médicaments doit être au bénéfice d'une autorisation délivrée par l'Institut suisse des produits thérapeutiques ou, dans le cadre des attributions cantonales, par le département.

² Les conditions d'octroi de l'autorisation cantonale sont définies par le Conseil d'Etat.

Art. 111 Autorisation de mise sur le marché

¹ La mise sur le marché des médicaments est soumise à l'autorisation de l'Institut suisse des produits thérapeutiques, sous réserve des exceptions prévues par le droit fédéral.

² Est soumise à l'autorisation du département la mise sur le marché des médicaments préparés d'après une formule propre à l'établissement titulaire d'une autorisation de fabrication (spécialités de comptoir).

Art. 112 Interdiction

Le département peut interdire la fabrication et/ou la mise sur le marché de médicaments préparés d'après une formule magistrale, officinale ou d'après une formule propre à l'établissement titulaire d'une autorisation de fabrication s'ils sont inadapés ou s'ils présentent un danger pour la santé.

Art. 113 Prescription de médicaments

¹ Seuls les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les vétérinaires autorisés à pratiquer peuvent prescrire des médicaments, dans les limites de leurs compétences et compte tenu de la législation fédérale en la matière. Le département peut également établir une liste de médicaments pouvant être prescrits par les personnes exerçant la profession de sage-femme et à quelles conditions.

² Les ordonnances médicales sont exécutées sous la responsabilité d'un pharmacien dans une officine.

³ Les professionnels de la santé sont tenus de contribuer à la lutte contre l'usage inadéquat et dangereux des produits thérapeutiques.

Art. 114 Professionnels de la santé autorisés à remettre des médicaments

¹ Les professionnels de la santé habilités à remettre des médicaments, dans la mesure fixée par le droit fédéral, doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

² Cette autorisation n'est accordée qu'aux personnes qui possèdent les titres, les qualifications et les connaissances nécessaires tels que fixés par le Conseil d'Etat, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

³ La vente directe de médicaments par le médecin traitant (propharmacie) est interdite. Les médecins et les dentistes peuvent cependant administrer directement de manière non renouvelable des médicaments à leurs patients dans les cas d'urgence.

⁴ Toute autre forme de remise des médicaments est interdite, dans les limites du droit fédéral.

Art. 115 Vente par correspondance

Le département est compétent pour délivrer les autorisations de vente par correspondance conformément à la législation fédérale en la matière.

Art. 116 Autorisation du commerce de détail

¹ La remise des médicaments doit se faire en pharmacie ou dans les lieux ou par les autres personnes désignées par ordonnance du Conseil fédéral.

² Les institutions de santé remettant des médicaments doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

³ Cette autorisation n'est accordée qu'aux institutions disposant du personnel, des locaux et des équipements tels que fixés par le Conseil d'Etat, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

⁴ La remise des médicaments rangés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques dans la catégorie des médicaments en vente libre n'est pas soumise à autorisation.

Art. 117 Publicité

Les dispositions de l'article 89 concernant la publicité s'appliquent par analogie au titulaire d'une autorisation de commerce de détail.

Art. 118 Stockage du sang et des produits sanguins

¹ Les institutions qui entendent stocker du sang et des produits sanguins doivent être au bénéfice d'une autorisation délivrée par le département.

² Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation.

Art. 119 Surveillance et inspection

Le département s'assure que les conditions d'octroi des autorisations délivrées dans le cadre des attributions cantonales sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer des contrôles périodiques.

Art. 120 Séquestre, destruction et autres mesures administratives

¹ Dans les limites des attributions cantonales, le département peut prendre toutes les mesures administratives nécessaires à l'exécution de la législation fédérale en la matière.

² Le département peut notamment ordonner le séquestre et la destruction de tout produit thérapeutique.

Chapitre X Police sanitaire

Art. 121 Lutte contre les maladies transmissibles – Principes

¹ La direction générale de la santé exécute les tâches de lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses, prévues par la législation fédérale.

² Elle a notamment les attributions suivantes :

a) assurer la coordination entre la Confédération, les cantons et les organes concernés aux niveaux cantonal et communal;

b) ordonner en particulier :

1° les enquêtes épidémiologiques et la surveillance médicale,

2° le traitement, l'isolement ou le transfert des malades dans une institution de santé,

3° la mise en quarantaine des personnes concernées,

4° la désinfection des locaux publics ou privés,

5° toutes les autres mesures justifiées par les circonstances;

c) veiller à l'application des dispositions sur la déclaration des maladies transmissibles et des zoonoses.

³ Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la législation fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses, notamment les compétences de la direction générale de la santé, du département, des professionnels et des institutions de santé.

Art. 122 Lutte contre les maladies transmissibles – Déclaration obligatoire

Les professionnels de la santé soumis par le droit fédéral à l'obligation de déclarer les maladies transmissibles et les zoonoses doivent, dans les délais, faire les déclarations prévues au médecin cantonal ou au vétérinaire cantonal.

Art. 123 Contrôle des stupéfiants et lutte contre leur abus

¹ L'Etat adopte les mesures nécessaires afin de contrôler les stupéfiants et de lutter contre leur abus.

² Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la législation fédérale sur le contrôle des stupéfiants et la lutte contre leur abus, notamment les compétences du pharmacien cantonal, du médecin cantonal, du département, des professionnels et des institutions de la santé.

³ Les mesures et sanctions administratives prévues aux articles 126 et suivants s'appliquent aux professionnels de la santé enfreignant la législation fédérale sur les stupéfiants.

Art. 124 Activités pouvant mettre en danger la santé

¹ Le Conseil d'Etat peut soumettre à conditions et contrôler d'autres activités ne relevant pas de l'exercice des professions de la santé mais qui peuvent mettre en danger la santé humaine, comme les soins corporels ou esthétiques, voire les interdire lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige.

² Dans ce cas, il fixe des prescriptions en matière d'hygiène, de moyens utilisés et de protection des mineurs.

³ Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

⁴ Les mesures et sanctions administratives visées aux articles 126 et 127, alinéa 1, lettre d, sont applicables.

Art. 125 Hygiène générale

¹ L'Etat et les communes veillent, dans les limites de leurs compétences, au maintien de l'hygiène sur les places, dans les rues, les écoles, les plages, les établissements et emplacements de bains publics, ainsi que les cimetières sis sur leur territoire.

² L'Etat effectue des contrôles réguliers et prend au besoin, aux frais des propriétaires, les mesures nécessaires à la protection de la santé publique.

³ Les dispositions concernant la salubrité des constructions demeurent réservées.

⁴ Le Conseil d'Etat fixe les prescriptions nécessaires pour assurer l'hygiène des plages et des établissements et emplacements de bains publics.

Chapitre XI Mesures administratives, sanctions et voies de droit

Art. 126 Mesures administratives

¹ Le département peut prendre toute mesure utile afin de faire cesser un état de fait contraire au droit. Il peut en particulier :

- a) soumettre à conditions, suspendre ou interdire des activités nocives à la santé;
- b) limiter ou interdire la circulation des personnes, des animaux ou des biens;
- c) ordonner la fermeture de locaux;
- d) ordonner le séquestre, la confiscation ou la destruction de biens ayant servi ou pouvant servir à des activités contraires au droit ou de biens résultant de telles activités.

² Il prend en outre toutes les mesures prévues par la présente loi qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

³ Les coûts de ces mesures sont à la charge des personnes responsables.

Art. 127 Sanctions administratives – Dispositions générales

Professionnels de la santé

¹ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des professionnels de la santé sont les suivantes :

- a) la commission de surveillance, s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à 20 000 F;
- b) le département, s'agissant de l'interdiction de pratiquer une profession de la santé, à titre temporaire, pour 6 ans au plus;
- c) le département, s'agissant de l'interdiction de pratiquer une profession de la santé, à titre définitif, pour tout ou partie du champ d'activité;
- d) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, s'agissant d'amendes n'excédant pas 5 000 F.

² En cas de violation de l'obligation de suivre une formation continue telle que prévue à l'article 86, seules peuvent être prononcées les sanctions visées à l'alinéa 1, lettre a ou d.

Institutions de santé

³ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des exploitants et des responsables des institutions de santé sont les suivantes :

- a) la commission de surveillance, s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à 50 000 F;
- b) le département, s'agissant de la limitation ou du retrait de l'autorisation d'exploitation, de la limitation ou du retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques;

c) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, s'agissant d'amendes n'excédant pas 10 000 F.

Pratiques complémentaires

⁴ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des personnes exerçant des pratiques complémentaires sont les suivantes :

a) le département, s'agissant des avertissements, des blâmes, des amendes jusqu'à 20 000 F et de la limitation ou de l'interdiction de recourir à une pratique complémentaire;

b) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, s'agissant des amendes n'excédant pas 5 000 F.

Dispositions particulières

⁵ L'amende peut être prononcée en plus de l'interdiction de pratiquer.

⁶ Les sanctions administratives peuvent être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions de pratique ou d'exploitation.

⁷ A titre de mesure provisionnelle, pendant toute procédure disciplinaire, le département ou, sur délégation, le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal peuvent limiter l'autorisation de pratiquer ou d'exploiter, l'assortir de charges ou la retirer.

Art. 128 Sanctions administratives – Limitation, retrait ou révocation du droit de pratique

¹ Le droit de pratiquer d'un professionnel de la santé peut être limité ou retiré :

a) si une condition de son octroi n'est plus remplie;

b) en cas de violation grave des devoirs professionnels ou malgré des avertissements répétés.

² Le retrait peut porter sur tout ou partie du droit de pratique et être d'une durée déterminée ou indéterminée.

³ Le département peut révoquer le droit de pratique lorsqu'il a connaissance après coup de faits qui auraient justifié un refus de son octroi.

⁴ Le retrait et la révocation de l'autorisation font l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 129 Sanctions administratives – Limitation ou interdiction de recourir à une pratique complémentaire

¹ Le département peut limiter le droit de recourir à des pratiques complémentaires ou interdire la poursuite de cette activité :

a) si les soins fournis présentent un danger pour la santé;

b) en cas d'abus financier grave au détriment des patients ou de leurs répondants ou malgré des avertissements répétés;

c) en cas d'infraction grave à la législation sur la santé ou malgré des avertissements répétés;

d) si la personne se livre, sous couvert de l'exercice d'une pratique complémentaire, à un endoctrinement des patients.

² La limitation du recours à des pratiques complémentaires ou l'interdiction de poursuivre cette activité est rendue publique, les sanctions pénales étant réservées.

Art. 130 Sanctions administratives – Limitation ou retrait de l'autorisation d'exploitation

¹ L'autorisation d'exploiter une institution de santé peut être limitée ou retirée :

- a) si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie;
- b) si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la présente loi;
- c) en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui en compromettent la mission;
- d) en cas de manquements graves ou répétés dans la qualité des soins.

² Si l'institution ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le département, l'autorisation est retirée.

³ Lorsque le retrait de l'autorisation entraîne le transfert de patients dans d'autres institutions, le département peut en assurer l'organisation, les frais étant en principe à la charge de l'institution responsable.

⁴ Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 131 Sanctions administratives – Limitation ou retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques

¹ Les autorisations délivrées par le département pour la fabrication, la mise sur le marché, la vente par correspondance et le stockage des produits thérapeutiques peuvent être limitées ou retirées :

- a) si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie;
- b) si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la présente loi;
- c) en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui en compromettent la mission.

² Si l'ayant droit ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le département, l'autorisation est retirée.

³ Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 132 Sanctions administratives – Notification de la décision du département

¹ Les parties, telles que définies dans la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006, et, le cas échéant, la personne exerçant des pratiques complémentaires mise en cause, reçoivent notification de la décision du département.

² La décision est communiquée au médecin cantonal ou au pharmacien cantonal.

³ Le dénonciateur est informé de manière appropriée du traitement de sa dénonciation. Il est tenu compte à cet égard de tous les intérêts publics et privés en présence, notamment, s'il y a lieu, du secret médical protégeant des tiers.

⁴ Si un intérêt public le justifie, la direction de l'institution de santé concernée doit être informée de manière appropriée de l'issue de la procédure concernant l'un de ses employés.

Art. 133 Sanctions administratives – Exécution

Les décisions définitives infligeant une amende administrative en application de la présente loi sont assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889.

Art. 133A Prescription

Les dispositions prévues à l'article 46 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006, en matière de prescription sont applicables aux procédures disciplinaires visées par la présente loi.

Art. 134 Sanctions pénales

¹ Est passible de l'amende jusqu'à 20 000 F la personne qui :

- a) n'aura pas transmis des informations utiles aux autorités en violation des dispositions de la présente loi;
- b) aura imposé des mesures de contrainte à un patient en violation grave des exigences de l'article 50;
- c) aura induit en erreur des tiers de bonne foi sur sa formation, ses compétences et sur ses activités dans le domaine des soins;
- d) aura, sans droit, prodigué des soins qui relèvent d'une profession soumise à la loi au sens de l'article 71, alinéa 2;
- e) aura, sans droit, pratiqué une profession de la santé;
- f) aura contrevenu aux dispositions relatives à la publicité prévues aux articles 27, alinéa 2, 89, 99, alinéa 3, 108 et 117;
- g) aura, sans droit, modifié ou détruit tout ou partie d'un dossier de patient dans le but d'empêcher ce dernier de faire valoir ses droits;
- h) sans droit, n'aura pas respecté le secret professionnel au sens de la présente loi;
- i) aura, sans droit, exploité une institution de santé;
- j) n'aura pas fourni des soins à un patient en violation grave des exigences de l'article 81, alinéa 1, et 107, alinéa 1;
- k) aura contrevenu aux interdictions de fabrication et de mise sur le marché de produits thérapeutiques formulées à l'article 112;
- l) aura, sans droit, proposé à la vente, administré ou remis des produits thérapeutiques, ou prescrit ceux dont la vente est soumise à ordonnance médicale;
- m) aura contrevenu aux injonctions et interdictions fixées par le Conseil d'Etat en application de l'article 124.

² La tentative et la complicité sont punissables.

³ Les dispositions pénales de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006, sont réservées.

⁴ La poursuite et le jugement des infractions ont lieu conformément au code de procédure pénale suisse, du 5 octobre 2007.

Art. 135 Voies de droit

¹ Les décisions prises par le médecin cantonal et le pharmacien cantonal en vertu de l'article 127, alinéa 1, lettre c, de la présente loi peuvent faire l'objet d'un recours préalable dans les 30 jours auprès de la commission de surveillance.

² Sont réservées les décisions prises par le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, en vertu de l'article 127, concernant les professionnels de la santé et les institutions de santé, qui peuvent faire l'objet d'un recours préalable dans les 10 jours auprès de la commission de surveillance.

Chapitre XII Dispositions finales et transitoires

Art. 136 Clause abrogatoire

Sont abrogées :

- a) la loi instituant un plan directeur des prestations sanitaires, du 30 mars 1995;

- b) la loi concernant la constatation des décès et les interventions sur les cadavres humains, du 16 septembre 1988;
- c) la loi sur les prélèvements et les transplantations d'organes et de tissus, du 28 mars 1996;
- d) la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients, du 6 décembre 1987;
- e) la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 11 mai 2001.

Art. 137 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 138 Dispositions transitoires

¹ Les institutions de santé ainsi que les personnes souhaitant exercer une profession de la santé ou une pratique complémentaire sont assujetties aux dispositions relatives à celles-ci dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Les autorisations délivrées avant l'entrée en vigueur de la présente loi sur la base de l'ancien droit restent valables à l'exception des autorisations délivrées aux permanences et aux médecins-assistants qui y exercent, lesquels disposent d'un délai de 5 ans pour s'adapter aux nouvelles exigences et conditions légales. Dans l'intervalle, les médecins-assistants continuent à travailler sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin inscrit au registre de sa profession.



Résumé : La recomposition des politiques de santé publique est, depuis quelques années, recentrée autour de la notion de « territoire pertinent ». Les expériences menées depuis 1991 en matière de planification sanitaire et sociale ont conduit les pouvoirs publics à évoquer différents « territoires de santé », permettant de cerner les périmètres dans lesquels l'État tente de mailler des offres de soins et de santé, en fonction des besoins de la population et des priorités nationales ou régionales. Au-delà du constat sur les inégalités entre les territoires, certaines problématiques relatives à l'accès aux soins et à la santé semblent devoir interférer. La loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dessine, suivant une redéfinition des missions de service public, de nouveaux modèles qui imposent une réflexion sur ces inégalités et sur les inégalités qui en dérivent. Il existe une superposition des lieux et des formes d'inégalité qui invite à repenser les variations discursives entre maintien du service public et développement de services au public. Des propositions sont faites pour améliorer l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour tous et partout et pour que les principes de solidarité et de fraternité ne soient plus remis en cause. L'ensemble de ces propositions peut permettre de redonner un service public pour remporter les enjeux des systèmes de santé au XXI^{ème} siècle, comme la réduction des inégalités. Ces travaux relatifs à un territoire de santé publique garant de l'égalité d'accès aux soins et à la santé et mettant au cœur de la problématique les droits des patients, constituent une illustration de la territorialisation des politiques de santé, étant entendu que la dynamique de la territorialisation concerne l'ensemble des politiques publiques.

Descripteurs : territoire de santé publique ; déterminants de la santé ; continuité des soins ; continuité de la santé ; égalité d'accès aux soins et à la santé ; solidarité ; fraternité ; service public ; organisation et planification de la santé ; agence régionale de santé ; droit de la santé ; santé publique.

Summary: The recomposition of public health policies has, for some years now, recentred around a notion of « relevant territory ». Experiments conducted since 1991 in the field of health and social planning have led public authorities to suggest a range of « health territories ». This notion allows identification of the perimeters within which the state attempts to knit together care and health offers in line with the needs of the population as well as with national or regional priorities. Beyond the fact of inequalities between territories, certain issues relating to access to care and health seem destined to get in the way. The French law of 2009 on reforming hospitals and concerning patients, health care and territories, sets out new models, in accordance with a redefinition of public service missions, which demand reflection on these inequalities as well as on those inequalities derived therefrom. There is a layering of places and forms of inequality which invites a rethink of the discursive variations between the maintenance of public service and the development of services for every section of the public. Proposals are made to improve equality of access to care and health for everyone, everywhere, so that principles of solidarity and fraternity no longer be called into question. This set of proposals could allow a return to a public service, effectively addressing such 21st century challenges as the reduction of inequalities. With the patient rights issue at its heart, this work on public health territory guarantees equality of access to care and health, illustrating the territorialisation of health policy. This means, of course, that the territorialisation dynamic concerns all public policy.

Descriptors: public health territory; health determinants; continuity of care; continuity of health; equality of access to care and health; solidarity; fraternity; public utilities ; health organisation and planning; regional health agency; right to health; public health.