

2017

[POLITIQUES DE SANTE]

Genèse et enjeux d'un concept incertain

Cette note est le fruit d'un travail collaboratif conduit au sein de « La santé à voix haute », une association citoyenne créée en novembre 2016, à Nantes, afin de mieux comprendre la fabrique des politiques et des enjeux de santé, et de favoriser le débat sur ces questions.

L'objectif est tout d'abord de proposer un cadre général permettant de décrypter la complexité des processus de décisions en santé.

Ce concept de politique de santé étant d'utilisation relativement récente, il est utile d'en retracer la généalogie, depuis l'émergence de l'hygiène publique en tant qu'objet scientifique et la définition de droits sociaux, à la fin du XIXème siècle en Europe.

En France, le terme de politique de santé est inscrit pour la première fois dans la loi dans les ordonnances de 1996, une étape importante dans le processus de construction de ce nouvel objet politique.

La note se conclue par une tentative de description des principales parties prenantes associées à l'élaboration de ces politiques.

Cadre général

Les politiques de santé consistent à fixer collectivement des caps pour donner à chacun les moyens de se soigner, et de rester en bonne santé le plus longtemps possible. De manière générale, le terme de politiques de santé désigne les politiques publiques des Etats, ou des autres échelons de décision politiques (régions, départements, communes ou groupements de communes). Mais l'Etat et les collectivités territoriales ne sont pas les seuls à se saisir de ces questions, qui peuvent aussi être portées par des entreprises, des groupements mutualistes, des associations citoyennes...

Aujourd'hui, les politiques de santé sont devenues une affaire d'Etat, **la santé étant sans doute l'un des domaines de l'action publique dans lequel la définition d'une politique est l'exercice le plus difficile**¹, face aux défis contemporains : financement de nouveaux traitements coûteux, vieillissement de la population, risques épidémiques ou environnementaux émergents, exigences accrues en matière de sécurité et de qualité des soins, revendications des professionnels... Entre ces contraintes, il est souvent difficile pour les gouvernements de définir des priorités et de faire des choix faisant consensus.

Il est nécessaire en effet pour élaborer une politique de santé de **prendre en compte l'ensemble des facteurs qui influent sur notre état de santé**, que l'on désigne habituellement sous le terme de déterminants de santé : génétique, habitudes de vie (alimentation, hygiène de vie...), conditions de travail, environnement, habitat, relations sociales et histoires familiales, accès aux soins... Cette nécessité s'est affirmée au plan international depuis une trentaine d'années, sous l'influence notamment de la Charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986, lors d'une conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé. Tous les champs d'action publique sont ainsi susceptibles d'être mobilisés, exposant à la difficulté pratique de coordonner l'ensemble des politiques publiques.

La **désignation d'un périmètre d'action** apparaît pour certains auteurs comme une première condition pour construire une politique de santé à l'échelle d'une nation, comprenant par exemple¹ :

- la gestion des urgences sanitaires (crises, géopolitique),
- la régulation des acteurs de santé (démographie, formation, planification, qualité),
- la promotion de priorités sanitaires (plans, programmes...),
- la cohésion de l'assurance maladie (égal accès, adaptation, maîtrise),
- l'intégration des externalités sanitaires (transports, logement, industrie...),
- l'organisation de la démocratie sanitaire (droits, débats, transparence...).

En cherchant à établir des priorités, **toute politique de santé prend le risque de s'exposer aux critiques de ceux dont les actions n'ont pas été désignées comme prioritaires**. Dans le champ de la santé, les décideurs sont soumis à de fortes pressions. Ils doivent arbitrer entre une demande sociale toujours croissante, des lobbys professionnels (la santé est un secteur d'activité de première importance), industriels (entreprises pharmaceutiques par exemple) ou politiques (sauvegarde de l'emploi en cas de restructuration de l'offre de soins), et des contraintes économiques.

La définition des politiques de santé souffre également d'un défaut d'instruments de mesure objective permettant de définir les « besoins de santé », censés justifier les choix effectués. Besoins de santé d'autant plus difficiles à évaluer que ce terme est considéré comme un concept flou, qui embrasse au niveau des individus la demande de soins, mais aussi les attentes en matière de bien-être, de confort, d'écoute, de proximité, de disponibilité, et ne permet pas véritablement d'éclairer aujourd'hui les décisions en santé².

¹ Tabuteau D. « Loi de santé publique et politique de santé », *in* Santé publique, 22/2010 n°2.

² Deplaud MO. « Une fiction d'institution : les besoins de santé de la population », *in* Comment se construisent les problèmes de santé publique, Gilbert C, et Henry E. (dir.), Paris: La Découverte; coll. « Recherches », 253-70.

A l'origine : hygiène publique et droits sociaux

Dans la plupart des pays, les politiques de santé constituent aujourd'hui des enjeux politiques majeurs. Ce terme est cependant d'utilisation récente, même si toutes les sociétés sont confrontées aux questions relatives à la lutte contre la maladie et à la mort. Dans le passé, les questions sanitaires ont été notamment abordées sous l'angle de la réglementation de l'exercice de la médecine, de la lutte contre les épidémies, et des aménagements urbains en matière d'assainissement, encore visibles aujourd'hui dans les vestiges d'anciennes villes romaines.

Le XIX^{ème} siècle est parfois considéré comme le siècle de l'hygiène publique³. L'industrialisation et l'urbanisation rapide des pays européens, couplées avec l'apparition du choléra (1832), favorisent la prise en compte des idées hygiénistes malgré des connaissances scientifiques très limitées. En agissant sur les conditions de vie, les gouvernements locaux prennent des mesures susceptibles d'améliorer la survie et la santé du plus grand nombre. La construction systématique de réseaux d'égouts et d'eau potable dans les villes européennes date de cette époque. Les premières découvertes scientifiques à la fin du XIX^{ème} siècle, et en particulier les travaux de Pasteur, donnent une forte impulsion à ce mouvement. Les politiques de santé s'engagent alors sur le terrain de la prévention vaccinale et de la pratique des asepties⁴.

Certains auteurs se sont interrogés sur le fait qu'un pays comme la France qui a créé le mouvement **d'hygiène publique** moderne et établi la santé publique comme discipline scientifique ait été si lent à en appliquer les mesures sur une grande échelle³. Ainsi, les pouvoirs publics ont tardé à introduire des obligations vaccinales contrairement à beaucoup d'autres pays européens. Les préoccupations hygiéniques ont longtemps été essentiellement urbaines, la concentration de populations vivant dans des conditions insalubres favorisant la contagion, et nécessitant l'intervention de la puissance publique. Or, le mouvement d'urbanisation s'est effectué en France à un rythme beaucoup plus lent que chez ses voisins³, ce qui pourrait contribuer à expliquer pourquoi la France ait tardé à se doter d'une politique volontariste dans ce domaine. Cette réticence à engager des campagnes de vaccination illustre aussi, selon G. Jorland, l'incapacité des pouvoirs publics à « imposer à la population des mesures qui portent atteinte à la propriété, à la famille, et aux libertés individuelles ».

Le XIX^{ème} siècle est aussi la période de construction en Europe des **droits sociaux**, avec un pays pionnier dans ce domaine, l'Allemagne. Les bases des systèmes modernes de protection sociale ont en effet été jetées dans ce pays, dès 1883, sous l'influence du chancelier Otto Von Bismarck. Pour contrer l'émergence de forces politiques qui contestent le pouvoir impérial, le chancelier a imposé la mise en place un système de couverture sociale qui couvre une grande part de la population⁵.

En France, l'organisation d'une **couverture maladie généralisée** s'effectue beaucoup plus tardivement, et en deux étapes (1930 et 1945). Au milieu du XIX^{ème} siècle, se sont pourtant formées de nombreuses sociétés de secours mutuels, l'émergence de nouvelles solidarités⁴ en lien avec l'extension du salariat et la montée d'une conscience collective des masses ouvrières. Mais il faut attendre la loi sur les assurances sociales (1930), pour que se mette en place une assurance maladie en faveur des salariés de l'industrie et du commerce. S'installe

³ Jorland G. « Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au XIX^{ème} siècle », Paris: Gallimard; 2010.

⁴ Vallin J, Meslé F. « Origine des politiques de santé », in Histoire des idées et politiques de population, volume VII, Caselli G, Vallin J, Wunsch G, (dir.). Paris: INED; 2006.

⁵ Bled JP. « Bismarck ». Paris: Perrin; 2013, p. 246-49.

alors un réseau de plusieurs centaines de caisses de sécurité sociale confessionnelles, syndicales, patronales ou généralistes qui collectent les cotisations et servent les prestations.

Le Conseil national de la résistance (CNR) porte en 1945 un programme de transformation sociale qui prévoit notamment l'instauration de la sécurité sociale, sous l'égide des partenaires sociaux. La nouvelle organisation qui se met en place améliore alors sensiblement la protection maladie des salariés, sauf en ce qui concerne le niveau de remboursement des soins médicaux. En 1960, le général De Gaulle parvient à imposer aux professionnels de santé libéraux la signature de conventions obligeant les praticiens à respecter les tarifs de référence de la sécurité sociale.

L'ordonnance du 31 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires (CHU)⁶, dans les mois qui suivent l'accession au pouvoir du général De Gaulle, est une étape majeure dans la **construction du système de soins français**, dont les CHU deviennent alors l'épicentre. La réforme favorise le rapprochement entre les activités de soins, d'enseignement et de recherche. Le développement des établissements hospitaliers et des spécialités médicales et chirurgicales devient prioritaire, les questions relatives à l'organisation des soins de premier recours et à la santé publique passant au second plan.

L'émergence de crises sanitaires successives (sida, sang contaminé, maladie de Creutzfeld-Jacob...), qui mettent en évidence les carences de la surveillance épidémiologique et plus généralement de l'expertise en matière de contrôle de la chaîne alimentaire et de sécurité des produits de santé conduit à réintroduire les questions de santé publique dans l'agenda politique⁷.

Parallèlement, la nécessité de prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé s'impose progressivement dans les réflexions des experts, notamment sous l'influence de la Charte d'Ottawa (1986). En France, un premier rapport du Haut comité de la santé publique⁸ jette les bases d'une stratégie pour l'élaboration d'une politique de santé.

⁶ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

⁷ Tabuteau D. « Démocratie sanitaire - Les nouveaux défis de la politique de santé ». Paris: Odile Jacob; 2013.

⁸ Stratégie pour une politique de santé, propositions préalables à la définition de priorités. Rapport au ministre de la santé et de l'action humanitaire. Haut Comité de la Santé Publique, 1992.

Et les politiques de santé entrent dans la loi

Les **ordonnances Juppé** (1996) marquent un basculement. La fixation des dépenses et recettes de la sécurité sociale (et donc de l'assurance maladie), prérogative qui appartenait auparavant aux partenaires sociaux, devient la responsabilité de l'Etat, dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Cette réforme impose, en annexe de la loi, la présentation d'un rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale.

En 2002, le Parlement adopte la **loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé**⁹ (dite loi Kouchner) qui a un impact déterminant pour l'expression des usagers au sein du système de santé. Un article de la loi précise les conditions de présentation de la politique de santé et de son évaluation par le Parlement. « La nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles. L'application de la politique de santé est évaluée annuellement (...). Au vu de ses 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 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante".

Après l'alternance politique de 2002, la **loi relative à la politique de santé publique**, votée en août 2004¹⁰, marque une forte impulsion pour la politique de santé publique. « 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 œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat (...) La loi définit tous les cinq ans les objectifs de la santé publique (...) La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé qui précisent son application est suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans ». Cent objectifs de résultats de la politique de santé publique¹¹ ainsi que cinq grands plans stratégiques sont inscrits dans la loi pour la période 2004-2008 :

- plan national de lutte contre le cancer
- plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives,
- plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement,
- plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) procède quelques années plus tard à l'évaluation de certains de ces programmes¹².

La loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite loi HPST), créée en 2010 les **Agences régionales de santé** (ARS), établissements publics chargés de mettre en œuvre la politique de santé nationale en région, constitués par regroupement d'un grand nombre d'entités administratives disparates¹³. Cette loi inscrit par ailleurs les questions relatives à l'organisation des soins de premier recours dans les politiques de santé.

Les conditions d'élaboration et de suivi des politiques de santé sont une nouvelle fois redéfinies en 2016¹⁴. Une politique de santé¹⁵ «... tend à assurer la promotion de conditions

⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹¹ Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO) : analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnées, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs. Paris : La documentation française; 2003.

¹² Code de la santé publique-art. L1411-1.

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'égalité des femmes et des hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la santé et aux soins ». Le texte de loi redéfinit également le périmètre de cette politique (la plupart de ces items figuraient déjà dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) :

- a. Surveillance de l'état de santé de la population,
- b. Promotion de la santé,
- c. Prévention individuelle et collective,
- d. Animation nationale des actions conduites dans le cadre de la Protection maternelle et infantile,
- e. Organisation des parcours de santé,
- f. Prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie et du handicap,
- g. Préparation et la réponse aux alertes et crises sanitaires,
- h. Production, diffusion et utilisation des connaissances utiles à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé,
- i. Promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le champ de la santé,
- j. Adéquation entre la formation initiale des professions de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités,
- k. Information et participation de la population, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé, et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

La politique de santé se décline en de multiples plans et programmes, nationaux mais aussi régionaux

Ainsi, à quatre reprises (1996, 2002, 2004, 2016), les conditions d'élaboration et d'évaluation des politiques de santé ont été définies par la loi. Mais ces dispositions n'ont pas ou très partiellement été appliquées. Le principe de la publication d'un rapport annexe joint à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, suite aux ordonnances de 1996, a vite été abandonné¹⁵. La disposition prévoyant la présentation d'un rapport annuel au Parlement sur les politiques de santé, inscrit dans la loi de mars 2002, n'a jamais vu le jour. Enfin, la réévaluation des objectifs de santé publique, à cinq ans (prévue dans la loi d'août 2004), n'a pas été effectuée.

Ces constats témoignent des hésitations des différents gouvernements à définir les modalités concrètes d'élaboration d'une véritable stratégie en santé. Dans un rapport effectué à la demande du ministre chargé de la santé (2010), **l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) soulignait le fait que la politique de santé se décline en France à travers de nombreux plans et programmes, s'ajoutant les uns aux autres, avec des objectifs multiples sans axes prioritaires**¹⁶. L'existence même d'une politique de santé y est questionnée. Comme le soulignent les auteurs du rapport « les enjeux dans le domaine de la santé ne sauraient échapper au débat politique », ce qui interroge sur le rôle du Parlement.

La multiplication des plans nationaux se conjugue avec une réforme majeure intervenue en 2010, à savoir la mise en place dans chaque région d'une Agence régionale de santé (ARS). Chaque ARS est chargée, tous les cinq ans, de l'élaboration et de la mise en œuvre du **Projet régional de santé** (PRS), composé lui-même de différents plans et programmes en santé.

De plus, dans les régions, des **déclinaisons** des plans nationaux de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement et du plan national santé travail sont conduites par les administrations de l'Etat. Le pilotage de l'action publique sur le plan gérontologique et dans le domaine du handicap repose, quant à lui, sur une double tutelle des Agences régionales de santé d'une part, et des Conseils départementaux d'autre part, qui conduisent chacun leur propre schéma d'organisation.

L'efficacité des politiques publiques, soumise aux conditions de la coordination entre les niveaux d'intervention nationaux et régionaux, et entre les plans et programmes portés par les différents ministères, est ainsi questionnée.

¹⁵ Code de la santé publique-art. L1411-1.

¹⁶ Lopez A, rapporteur. Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010. Commandité par le Ministère de la Santé et des Sports.

Quel rôle pour le Parlement ?

En France, les questions de santé sont au cœur des travaux du Parlement, qui a adopté, au cours de la période 2004-2010, en sus des lois de financement de la sécurité sociale, douze lois consacrées à la santé¹ et relatives à :

- l'assurance maladie,
- la sécurité sanitaire,
- la santé environnementale,
- l'organisation du système de santé,
- l'exercice des professions de santé,
- la bioéthique,
- les droits des malades.

Sept lois supplémentaires concernant les collectivités locales, l'environnement, la protection de l'ordre public ou encore la simplification du droit, et ayant une incidence directe sur la législation sanitaire sont également dénombrées.

Cette inflation de l'activité législative contraste avec le **rôle relativement limité du Parlement en matière de suivi et d'évaluation des politiques de santé** : les préconisations inscrites dans la loi Kouchner qui donnaient des prérogatives importantes dans ce domaine au Parlement n'ont pas été mises en œuvre, et ont disparu du Code de la santé publique.

Le Parlement a pourtant un rôle majeur, chaque année, dans le vote des crédits alloués aux différentes composantes du secteur de la santé, dispositions qui sont rassemblées dans deux lois différentes : la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) et la loi de finances.

La **LFSS** détermine les charges et les ressources des différentes branches de la sécurité sociale (maladie, accidents du travail-maladies professionnelle, retraites et allocations familiales) et fixe un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

Parallèlement à la LFSS, le Parlement vote, dans le cadre de la **Loi de finances**, le budget de l'Etat concernant la santé, qui recouvre essentiellement l'aide médicale de l'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière, enveloppe représentant 0,3 % du budget de l'Etat (loi de finances 2016). Les dépenses de l'Etat ne contribuent que pour 1,4 % à la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)¹⁷.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)¹⁶ a fait le constat qu'aucune de ces deux lois (LFSS et loi de finances) ne constitue le lieu propice pour effectuer un suivi annuel des politiques de santé. Elle préconise de rassembler l'ensemble des crédits affectés à la santé dans une seule loi afin de mieux identifier les enjeux des politiques de santé.

¹⁷ Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé. Paris: DREES; 2016.

De nombreuses parties prenantes

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹⁸, l'élaboration d'une politique de santé nécessite la recherche d'un consensus sur les objectifs à atteindre, s'appuyant sur la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes. Dans ce domaine, le nombre d'acteurs concernés est très important. Ces politiques impactent en effet la vie de tous les citoyens, et de nombreux déterminants de santé sont en jeu.

L'Etat s'appuie sur l'expertise d'une quinzaine d'agences sanitaires

En France, le pilotage du système de santé est de la **responsabilité de l'Etat**. Au sein du ministère chargé de la santé, la Direction générale de la santé (DGS) est la principale administration centrale en charge de conduire ces démarches, en collaboration avec les autres directions ministérielles. L'organisation de l'Etat dans ce domaine s'est toutefois profondément transformée depuis une trentaine d'années.

A côté des administrations centrales, ont été créées une quinzaine **d'agences sanitaires**, destinées à apporter une expertise indépendante, et bénéficiant de l'autonomie juridique et financière. Elles exercent leur mission dans les domaines de la sécurité des produits de santé (produits sanguins, médicaments et dispositifs médicaux, greffes...), des produits alimentaires ou des actes de soins. Des agences ont également vu le jour pour organiser la surveillance épidémiologique, encadrer le développement des systèmes d'information ou améliorer la performance des organisations de santé. La coordination de ces agences est encadrée par la loi¹⁹. Par nature, la politique de santé a également une dimension transversale, plusieurs ministères contribuant à son élaboration : économie (financement du système de santé), travail (santé au travail), éducation (promotion de la santé en milieu scolaire, à l'université...), agriculture (risques liés à l'utilisation de produits phytosanitaires, alimentation...), intérieur (lutte contre la toxicomanie, sécurité routière) etc.

Au plan régional, la politique nationale de santé est mise en œuvre par l'Agence régionale de santé (ARS) qui arrête, tous les cinq ans, un Projet régional de santé (PRS). Des centres ressources interviennent dans les régions auprès des ARS, en matière d'éducation et de promotion de la santé (IREPS, instance régionale d'éducation et de promotion de la santé), et d'analyse des données de santé (ORS, Observatoire régional de santé).

L'assurance maladie, principal interlocuteur des professionnels de santé libéraux et des assurés sociaux

Principal contributeur de la consommation de soins et de biens médicaux (78% de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux²⁰), **l'Assurance maladie obligatoire (AMO)** est constituée de différents régimes, l'ouverture des droits sociaux s'effectuant en fonction de l'appartenance professionnelle de l'assuré (général, agricole, indépendants, fonctionnaires...). L'assurance maladie est l'interlocuteur historique des représentants syndicaux des professionnels de santé libéraux pour la signature et la mise en œuvre des conventions qui régissent leurs relations et déterminent notamment la tarification des activités de soins.

Les complémentaires santé (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) participent au financement des dépenses de soins et de biens médicaux, à hauteur de 13%²⁰, pour tout ou partie de la part non prise en charge par l'assurance maladie. Contrairement à l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires n'ont pas de responsabilité directe dans l'administration du système de santé.

¹⁸ A framework for national health policies, strategies and plans. World Health Organization. Regional Office for Europe. Moscow. 2010. [Consulté le 02/06/17]. Disponibilité sur internet : <http://www.who.int/nationalpolicies/FrameworkNHPSP_final_en.pdf>

¹⁹ Code de la santé publique-art. L1411-5-1.

²⁰ Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé. Paris: DREES; 2016.

Les déterminants de santé : champ d'action principal en santé pour les collectivités territoriales

Les préoccupations de santé publique ont historiquement été portées par les **villes**, en raison des risques de contagion liés à la concentration urbaine. En France, la première loi de santé publique du 15 février 1902²¹ impose aux communes d'au moins 20 000 habitants la création d'un service communal d'hygiène et de santé (anciennement nommé bureau municipal d'hygiène), obligation abolie en 1983. Pourtant, l'intérêt des communes pour les questions sanitaires s'est renforcé depuis une trentaine d'années sous l'impulsion de la Charte d'Ottawa et des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Depuis 2010, les communes ou groupements de communes peuvent signer des contrats locaux de santé²² avec l'ARS pour financer des actions de santé.

Les **conseils départementaux** ont en charge, conjointement avec les ARS, les questions relatives à la planification et au financement des équipements et services pour personnes âgées dépendantes et/ou en situation de handicap. Les Départements financent également les services de Protection maternelle et infantile (PMI).

Les compétences directes des **conseils régionaux** en matière de santé concernent le financement de certaines formations initiales des professionnels de santé.

Même si leurs compétences directes en matière de santé sont peu étendues, l'essentiel des décisions en santé relevant au plan local des Agences régionales de santé, les collectivités territoriales interviennent sur le cadre de vie des populations (habitat, aménagements urbains, modes de transports, lutte contre la pollution...) et sont donc des acteurs de santé à part entière. La pénurie de médecins généralistes dans certains territoires a conduit certaines collectivités à dépasser le cadre des compétences directes qui leur sont dévolues par la loi pour accompagner le développement de maisons de santé pluriprofessionnelles, autre témoignage de l'implication de plus en plus forte des collectivités territoriales pour ces questions.

Usagers : une parole mieux entendue ?

Depuis une vingtaine d'années, les droits des usagers au sein du système de santé se sont considérablement renforcés.

Sur le plan de la représentation collective, des instances consultatives (composées principalement de représentants des différents acteurs du système de santé), ont été créées, dès 1996, aux trois niveaux de décision :

- Conférence **nationale** de santé, CNS²³
- Conférence **régionale** de santé et d'autonomie, CRSA²⁴
- Conseil **territorial** de santé²⁵.

Les instances locales ont plusieurs fois changé d'intitulé : conférence sanitaire de secteur, conférence sanitaire, conférence de territoire, puis conseil territorial de santé depuis la loi de janvier 2016.

La CNS et les CRSA doivent produire annuellement un bilan des droits des usagers. Elles contribuent à l'élaboration des politiques de santé et ont également pour mission d'organiser le débat public sur les questions de santé.

Le fonctionnement de ces différents organismes est assuré par l'ARS et le ministère chargé de la santé.

²¹ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

²² Code de la santé publique-art. L1434-17.

²³ Code de la santé publique-art. D1411-37.

²⁴ Code de la santé publique-art. D1432-28.

²⁵ Code de la santé publique-art. L1434-10.

Les ordonnances de 1996 ont aussi instauré dans chaque établissement de santé une **Commission de conciliation** pour régler les litiges entre les usagers et l'établissement. Elle a été remplacée par la Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), mise en place en 2002, qui est devenue en 2016 la Commission des usagers²⁶.

La loi du 4 mars 2002²⁷, dite « loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a renforcé les droits individuels des patients en termes d'accès au dossier médical, d'implication directe dans la décision médicale, et d'indemnisation des accidents médicaux. Les droits collectifs ont été élargis à travers une participation accrue des représentants des usagers aux instances de décision et de consultation, dans les établissements de santé ou médico-sociaux et dans les organismes de santé publique.

Dans la poursuite de ce mouvement, la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 a rendu obligatoire leur présence au sein des instances dirigeantes des agences sanitaires²⁸. Une Union Nationale des Associations d'Usagers²⁹ a été instituée par transformation du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) qui réunissait auparavant ces organismes.

Les professionnels du secteur sanitaire et social

Enfin, les politiques de santé ne peuvent être conduites sans la participation des professionnels les plus directement concernés.

Leurs **organisations représentatives** (ordres professionnels, syndicats, organisations d'employeurs, unions régionales de professionnels de santé libéraux...) siègent dans les nombreuses instances consultatives existant aux différents échelons de décision. En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, les représentants syndicaux signent les conventions qui déterminent les tarifs des professionnels et organisent leur cadre d'exercice.

Par ailleurs, des milliers de professionnels contribuent, **à titre individuel**, à l'élaboration des circulaires ministérielles ou des recommandations des différentes agences sanitaires (plus de 3 000 experts pour la seule Haute Autorité de Santé-HAS³⁰) dans le cadre de groupes de travail, de travaux d'expertise ou de participation à des conférences de consensus, avec les risques de conflits d'intérêts, fréquemment mis en exergue.

Juin 2017

²⁶ Code de la santé publique-art. L1112-3.

²⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁸ Article 177 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

²⁹ Décret n° 2017-90 du 26 janvier 2017 relatif à l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé.

³⁰ Rapport d'activité de la Haute Autorité de Santé. 2015. [Consulté le 02/06/17]. Disponibilité sur internet : < https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/rapport_activite_2015.pdf >