

ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

Dr C. SAGNES-RAFFY

I. DÉFINITIONS.....	2
A. SYSTÈME DE SANTÉ, SYSTÈME DE SOINS.....	2
B. LA SANTÉ PUBLIQUE.....	2
II. LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RÉCENTES.....	3
A. LA LOI DU 4 MARS 2002.....	3
B. LA LOI DU 9 AOÛT 2004 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	3
C. LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES » (HPST).....	5
III. LE NIVEAU NATIONAL.....	5
A. LE MINISTÈRE.....	6
B. LES STRUCTURES D'APPUI AU NIVEAU NATIONAL.....	8
1. Les structures de Santé Publique.....	8
2. Les instituts de recherche, de formation et d'éducation.....	8
3. L'organisation de la sécurité sanitaire.....	9
IV. LE NIVEAU RÉGIONAL.....	11
A. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS).....	11
1. Domaines de compétence.....	11
2. Organisation et gouvernance.....	12
V. LE NIVEAU COMMUNAL.....	12
A. LE SERVICE COMMUNAL D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ.....	12
B. LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE.....	13
C. LES CENTRES DE SANTÉ ET DISPENSAIRES MUNICIPAUX.....	13
CONCLUSION.....	13

ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

Le système de santé regroupe l'ensemble des moyens et activités mis en œuvre pour la production de la santé à visée :

- ❖ **CURATIVE** : restaurer la santé
- ❖ **PRÉVENTIVE** : prévenir l'apparition des maladies ou réduire les conséquences de celles-ci si on n'a pu empêcher la maladie
- ❖ **ÉDUCATIVE** : faire en sorte que chaque personne puisse acquérir, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie.

I. DÉFINITIONS

A. SYSTÈME DE SANTÉ, SYSTÈME DE SOINS

La **santé de la population** est entendue dans un sens beaucoup plus large que l'état de **non-maladie**. Le système de santé est défini comme l'ensemble des moyens et activités dont la fonction est la **production de santé** dans le sens promouvoir, prévenir l'apparition des facteurs de risque ou de maladies, guérir, réduire les conséquences des maladies sur le plan professionnel et social (secteurs curatif, préventif et médico-social).

Le soin

- au niveau individuel, la prise en charge du patient est implicitement décomposée en plusieurs types d'actes : les actes diagnostiques, de prescription et d'interventions réalisés par le corps médical et le soin proprement dit, réalisé par le personnel soignant, composé du soin direct au patient et du soin indirect (organisation du soin par la prise de rendez-vous, l'accueil...)
- au niveau global, à l'inverse, on entend le soin comme l'ensemble de tous les actes réalisés pour prendre en charge une demande liée à une maladie perçue.

Le système de santé s'étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale, quand le système de soins fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie.

B. LA SANTÉ PUBLIQUE

La Santé Publique constitue un domaine très vaste d'intervention qui déborde largement le champ de la médecine pour s'intéresser à l'économique, au social, à la communication... À côté de la médecine de soins, qui s'adresse à chacun des individus en lui apportant une réponse spécifique, la Santé Publique concerne tous les facteurs qui concourent à la détermination de la santé des individus et des groupes : environnement physique et social, conditions de vie (logement, emploi, loisirs...).

Elle poursuit trois objectifs principaux :

- réduire au plus bas niveau possible les risques sanitaires,
- garantir la meilleure qualité possible des soins, en termes d'efficacité médicale évaluée et validée,
- assurer la plus grande égalité possible vis-à-vis de la santé.

De nombreuses disciplines sont également concernées : économie, gestion, sociologie, droit... qui portent un intérêt croissant au système de santé et à son fonctionnement.

II. LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RÉCENTES

A. LA LOI DU 4 MARS 2002

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, participe à l'évolution du système de santé qui, centré jusqu'à ce jour sur le bénéfice thérapeutique, tend désormais à réaffirmer le respect des libertés des patients. Le malade doit désormais être considéré non seulement comme une personne détentrice de droits fondamentaux mais aussi comme un **usager**, d'abord à **titre individuel** dans sa relation avec la profession médicale, ensuite à **titre collectif** par son rôle dans les institutions de santé.

Cette loi déploie un large éventail de dispositions touchant à la **démocratie sanitaire**, à la **qualité du système de santé**, à la **réparation** des conséquences des risques sanitaires et à la **solidarité envers les personnes handicapées**.

Dans le volet intitulé « Démocratie sanitaire », ce texte affirme les droits individuels du malade ainsi que les droits collectifs des usagers et de leurs associations. Il s'agit en premier lieu du respect, par le système de santé, des droits de la personne en général : droit à la protection de la santé (prévention, égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé, continuité des soins, sécurité sanitaire), droit à la confidentialité, protection de la vie privée et du secret médical, droit à la protection contre toute discrimination y compris en raison des caractéristiques génétiques. Mais la loi consacre également des droits individuels spécifiques au système de santé, notamment le droit de chacun de prendre les grandes décisions qui touchent sa propre santé et d'obtenir, s'il le souhaite, les informations médicales qui le concernent grâce à un accès direct au dossier médical.

Par ailleurs, la loi institue un statut nouveau pour les associations d'usagers du système de santé, instaure des « commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » et leur reconnaît une place dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé. Enfin, elle renforce les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement.

La loi instaure également un droit à l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs au titre de la solidarité nationale et met en place de nouvelles procédures en faveur d'une indemnisation plus rapide des victimes d'accidents médicaux.

Enfin, cette loi comprend diverses dispositions qui modifient l'organisation du système de santé. Elles visent à donner une place plus importante aux régions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. La loi tente de poser les bases d'une politique de prévention globale en créant un institut national de prévention et de promotion de la santé. Elle souhaite faciliter la coordination en matière de santé en instituant des réseaux de santé.

B. LA LOI DU 9 AOÛT 2004 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

La loi 806-2004 du 9 août 2004 n'est que la deuxième loi relative à la politique de Santé Publique dont la France se soit dotée en un siècle ; la première, datant de 1902, concernait notamment la politique vaccinale. Cette loi se donne comme objectif de développer une politique de santé rééquilibrée entre prévention, soins et réadaptation. La priorité est la **réduction de la mortalité** et de la **morbidity évitables** (avant 60 ans), la **lutte contre les inégalités de santé**, l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de **handicap** ou de **perte d'autonomie** et la prise en compte des **déterminants de santé** dans leur globalité.

Cette loi réorganise le système de santé en fixant **100 objectifs pluriannuels** de santé (par référence au savoir scientifique et à ce que l'on observe dans les pays comparables au nôtre) à la politique de Santé Publique et en proposant **5 plans stratégiques** pour la période 2004 - 2008.

Le suivi des indicateurs correspondant aux objectifs de la politique de Santé Publique permet d'évaluer l'impact des actions menées, en termes d'amélioration de la santé de la population. Il contribue à identifier les forces et les faiblesses du système de santé et à évaluer sa performance afin de réorienter si nécessaire les efforts collectifs.

Par exemple, les cinq plans stratégiques pour 2004 - 2008 :

- *un plan national de lutte contre le cancer : création d'un Institut National du Cancer et mise en place de diverses mesures destinées à compléter et renforcer l'arsenal législatif en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, facteurs bien connus de développement des cancers.*
- *un plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ;*
- *un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement, incluant l'environnement de travail ;*
- *un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;*
- *un plan d'amélioration de la prise en charge des maladies rares.*

Exemple d'objectifs de Santé Publique pour les maladies cardio-vasculaires

		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables	69	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : - cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; - thromboses veineuses profondes de 15 % d'ici à 2008.		* Incidence et létalité des cardiopathies ischémiques et des embolies pulmonaires.
	70	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS).		* Taux moyen de la LDL-cholestérolémie dans la population adulte.
	71	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mmHg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008.	Définir les conditions d'échantillonnage et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible.	* Valeur moyenne de la pression systolique par tranche d'âge et par sexe, avec la prise en compte des pourcentages d'hypertendus (= 140/90 mmHg) dépistés, traités et contrôlés.
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques	72	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.	La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI).	* Incidence et létalité des AVC. * Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités associées dans les suites des AVC.
	73	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.		* Fréquence des réhospitalisations par décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque.

C. LOI « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES » (HPST)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est un projet d'organisation. Elle a pour objectif de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Elle propose une modernisation globale du système de santé et doit permettre le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.

La loi comprend 4 titres.

- ⇒ **La modernisation des établissements de santé** : les missions de l'hôpital sont précisées et les liens entre médecine de ville et hôpital sont renforcés.
- ⇒ **L'amélioration de l'accès à des soins de qualité** : la répartition des médecins sur le territoire sera optimisée. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales. Le nombre de médecins formés dépendra davantage des besoins locaux.
- ⇒ **La prévention et la Santé Publique** : la loi a pour objet de renforcer la politique de prévention. Pour protéger la santé des jeunes, il est proposé notamment d'interdire la vente d'alcool aux mineurs et celle des cigarettes aromatisées dites cigarettes « bonbons ». L'objectif est également de développer l'éducation thérapeutique des patients, pour améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.
- ⇒ **L'organisation territoriale du système de santé** : la loi crée les **Agences Régionales de Santé (ARS)**. Ces nouveaux organismes réuniront les moyens de l'État et de l'Assurance Maladie au niveau régional en simplifiant les structures. Les agences déclineront dans un cadre territorial les objectifs de la loi : faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital afin de simplifier le parcours de santé des patients, et développer la qualité et la sécurité du système de santé (cf chapitre le niveau régional).

III. LE NIVEAU NATIONAL

L'État est garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Il doit mettre en œuvre toutes les mesures tendant à assurer **la plus grande égalité** possible des citoyens face à la maladie, à **améliorer la qualité des soins** et à **promouvoir globalement la Santé Publique**. Son intervention est restée discrète jusqu'à la fin de la première guerre mondiale ; elle s'est nettement affirmée et diversifiée depuis 1945.

L'État, soit directement, soit par l'intermédiaire des services déconcentrés :

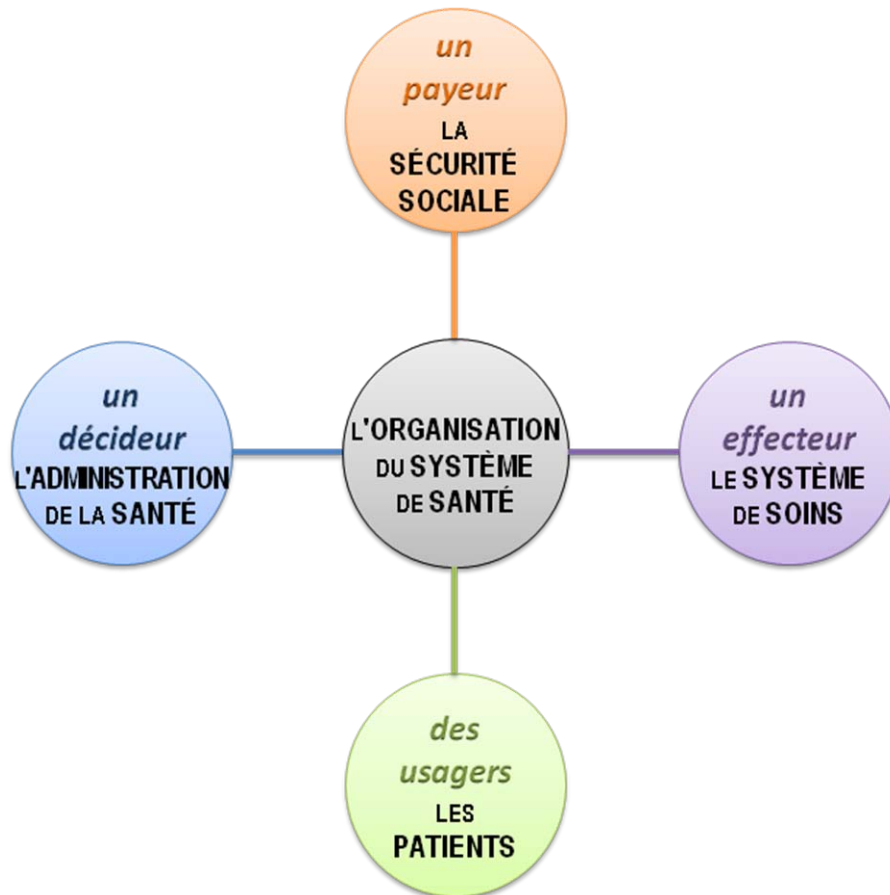
- assume la prise en charge des problèmes généraux de Santé Publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux (ex : toxicomanie, alcoolisme)
- assure la formation des personnels de santé, participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique
- exerce sa tutelle sur les Agences Régionales de Santé
- veille à l'adéquation des structures de soins et de prévention et régule le volume de l'offre de soins : personnels, établissement, équipements lourds
- exerce la tutelle de la protection sociale : modalités de son financement (assiette et taux de cotisations), règles de couverture de la population, relations avec les producteurs de soins, prise

en charge financière des soins (tarifs et taux de remboursement). Il veille à l'équilibre des comptes sociaux.

Depuis 1996, c'est de la compétence du Parlement de fixer chaque année les objectifs de dépenses en adoptant les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Cette loi :

- a) fixe un objectif prévisionnel de dépenses d'Assurance Maladie pour l'année suivante, dénommé Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) ;
- b) approuve un rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale ;
- c) comporte des dispositions nouvelles sur les prestations et sur la régulation du système.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE



Plusieurs ministères interviennent dans l'élaboration des politiques de santé au nom de l'État : le ministère de la santé, le ministère du travail mais aussi le ministère de l'économie ont un rôle à jouer dans le domaine de la Santé Publique.

A. LE MINISTÈRE

Au plan national, c'est le **ministère chargé de la santé** et le ministère chargé des affaires sociales qui interviennent au nom de l'État sur le système de santé. Selon les gouvernements, les domaines de compétence sont soit regroupés dans un ministère de la Santé, soit associé à d'autres domaines du secteur social. On parle donc de département ministériel chargé de la santé. Lorsque le ministère de la santé n'est pas un ministère à part entière, un ministre délégué ou un secrétaire d'état se voit plus spécialement confier ce domaine sous l'autorité du ministre des affaires sociales. Le gouvernement actuel comprend un ministre de la santé et des sports (Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN).

Quatre directions de ces ministères interviennent dans l'organisation du système de santé :

⇒ la Direction Générale de la Santé

- élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique de santé
- concevoir la politique de prévention et de promotion de la santé
- promouvoir la qualité et la sécurité des soins, des services de santé, des dispositifs médicaux et autres produits de santé en liaison avec les agences concernées

⇒ la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

- élaborer la politique de l'offre de soins (établissements publics et privés, médecine de ville et une partie du champ médico-social) en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé

⇒ la Direction de la Sécurité sociale

- élaborer et mettre en œuvre la politique relative à la Sécurité Sociale
 - ⇔ trait d'union entre le ministère et les Caisses Nationales de Sécurité Sociale

⇒ la Direction de l'Action Sociale

- élaborer, coordonner et mettre en œuvre les politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité
 - ⇔ politiques en direction des personnes ou des groupes en difficulté sociale, des enfants et des adultes handicapés, des personnes âgées ainsi que des familles, des enfants et des adolescents

Chaque direction, dans le champ de ses attributions, anime et coordonne l'action des services déconcentrés compétents en matière de santé et de solidarité, participe à l'évaluation des politiques dont elle a la charge et suit, en liaison avec la délégation compétente, les questions européennes et internationales.

B. LES STRUCTURES D'APPUI AU NIVEAU NATIONAL

L'État a suscité progressivement la création de plusieurs organismes ayant compétence dans un domaine spécifique. Il y est toujours représenté, en assure la tutelle et en définit les missions. Ces organismes ont des formes juridiques variées (agence, délégation, comité, association...).

1. Les structures de Santé Publique



Haut Conseil
de la Santé Publique

- contribue à la **définition des objectifs pluriannuels de Santé Publique**, évalue la réalisation des objectifs nationaux de Santé Publique ; l'aide à l'élaboration de la loi quinquennale de Santé Publique est un travail essentiel du HCSP
- fournit aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, **l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires** et à la conception ainsi que l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire



- **lieu de concertation** sur les orientations des politiques de santé
- analyse la **situation sanitaire** et les **besoins de santé** de la population
- formule des avis et propositions sur les plans et programmes prévus par le gouvernement ou en vue d'améliorer le système de santé en France
- élabore chaque année un **rapport sur le respect des droits des usagers** du système de santé
- contribue à l'organisation de **débats publics** sur les questions de santé

2. Les instituts de recherche, de formation et d'éducation



- constitué à partir de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
- exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière **d'éducation et de promotion pour la santé**
- assure le développement de **l'éducation pour la santé** et **l'éducation thérapeutique** en France



- placé sous la responsabilité conjointe des ministres chargés de la Santé et de la Recherche
- a pour mission de développer la recherche médicale et valoriser les résultats et de former les chercheurs



- assure la formation des personnes ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection ou de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux ou médico-sociaux
- assure un enseignement supérieur en matière de Santé Publique en développant les relations internationales dans ces domaines



Agence Nationale
de Recherche sur le Sida
et les hépatites virales

- anime, coordonne et finance les recherches sur le sida et les hépatites virales B et C : recherche biologique fondamentale, vaccinale, clinique et épidémiologique, essais thérapeutiques, recherches en Santé Publique, en sciences de l'homme et de la société
- anime et soutient des programmes de recherche dans les pays en développement



- anime la politique publique d'information sur le cancer (population, personnes malades, professionnels) et de prévention du cancer (dont le dépistage)
- élabore et diffuse des normes de qualité des soins en cancérologie
- harmonise l'effort de recherche en proposant et en finançant des actions de recherches interdisciplinaires

3. L'organisation de la sécurité sanitaire

Le dispositif de veille et de sécurité sanitaire a été mis en place par la loi du 1^{er} juillet 1998 face à la complexité croissante des menaces sanitaires, aux interrogations scientifiques, aux demandes des citoyens d'un droit à la santé, à la sécurité, à l'information. Ce sont des agences propres à chaque domaine qui ont été créées. Le principe de la séparation entre l'évaluation et la gestion a été retenu, le cas de l'AFSSAPS constituant une exception délibérée.

Missions : anticiper, surveiller, alerter, agir, évaluer



- **surveillance et observation permanentes de l'état de santé de la population**
- **veille et vigilance sanitaires** : rassemble, analyse et actualise les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; détecte de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population
- **alerte sanitaire** : informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace
- **contribution à la gestion des situations de crise sanitaire**



- **évaluation**
 - du **service attendu** des produits, actes ou prestations de santé pris en charge par l'Assurance Maladie (proposer ou non leur remboursement par l'Assurance Maladie)
 - des **pratiques professionnelles** et accréditation des professionnels et équipes médicales des établissements de santé (développer des méthodes et outils d'évaluation des pratiques professionnelles)
 - de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population
- élaboration des **guides de bon usage** des soins et des recommandations de bonne pratique
- **certification** des établissements de santé



- **évalue, inspecte, contrôle les produits de santé destinés à l'homme** : médicaments, produits sanguins, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et cellulaire, produits thérapeutiques annexes, dispositifs médicaux, dispositifs de diagnostic in vitro, matières premières à usage pharmaceutique, produits cosmétiques et d'hygiène corporelle
- assure et coordonne la **vigilance sanitaire** autour des produits de santé
- **alerte** en cas de risque pour la Santé Publique (police sanitaire)



Agence Française
de Sécurité Sanitaire
des Aliments

- **évalue les risques sanitaires et nutritionnels de tous les aliments**, y compris de l'eau d'alimentation, depuis la production jusqu'à la consommation finale (alimentations destinés aux animaux et à la consommation humaine. Elle peut être saisie par le gouvernement et les associations de consommateurs. Elle peut s'auto-saisir
- mène des **recherches** en matière de santé animale, d'hygiène des aliments et de nutrition
- délivre les autorisations de mise sur le marché des médicaments vétérinaires



Agence Française
de Sécurité Sanitaire
de l'Environnement
et du Travail

- contribue à **assurer la sécurité sanitaire dans les domaines de l'environnement et du travail** en évaluant les risques qu'ils peuvent comporter ;
- coordonne **l'expertise** en santé environnement et en santé au travail
- fournit aux autorités toutes les informations sur les risques sanitaires, et les conseils nécessaires à l'élaboration de **dispositions législatives et réglementaires**
- exerce une **veille scientifique** et met en œuvre des programmes de **recherche**



- **opérateur unique** de la transfusion sanguine
- assume le monopole des activités de collecte, de préparation, de qualification et de distribution des produits sanguins labiles aux établissements de soins
- veille à la **satisfaction des besoins** en matière de produits sanguins labiles, à garantir une **sécurité** maximale dans le fonctionnement du système français de transfusion sanguin



- quatre domaines : **prélèvement et greffe d'organes**, de **tissus** et de **cellules, procréation, embryologie et génétique** humaines
- ⇒ suit, évalue et contrôle les activités thérapeutiques et biologiques relevant de ses compétences
- ⇒ gère la liste nationale des patients en attente d'une greffe d'organe
- ⇒ contribue à la réflexion éthique, à la diffusion et au respect des principes éthiques dans les activités relevant de son champ de compétence



- organisme scientifique et technique national de référence pour la recherche et l'expertise sur le **risque nucléaire et radiologique** : sûreté des installations nucléaires, des transports et des déchets, de la protection de l'homme et de l'environnement contre les rayonnements ionisants...

IV. LE NIVEAU RÉGIONAL

À partir des années 80, une double réforme est mise en place afin de privilégier le cadre régional et départemental :

- la décentralisation territoriale est organisée dans une loi du 2 mars 1982 suivie par de nombreux textes,
- la déconcentration des administrations centrales est prévue dès 1982 et précisée dans la loi du 6 février 1992 et le décret du 1^{er} juillet 1992.

Le processus de régionalisation de l'organisation et de la gestion du système de soins s'est renforcé avec les ordonnances de 1996. L'idée est de donner davantage de responsabilités aux acteurs régionaux pour favoriser l'innovation, l'expérimentation ainsi que l'émergence de nouvelles formes d'organisation. L'approche régionale apparaît comme la bonne échelle de maîtrise des risques et de contrôle des dépenses. Mais surtout, les régions semblent mieux placées que le niveau central pour adapter des solutions aux contextes locaux et traiter la dimension territoriale des politiques de Santé Publique.

⇒ Les services déconcentrés

Les services sanitaires et sociaux déconcentrés de l'État se situent aux deux niveaux de la « circonscription régionale » et de la « circonscription départementale ». **La déconcentration est une délégation de certaines fonctions du ministère à des services extérieurs.**

⇒ Les services décentralisés

La décentralisation est le transfert de compétences de l'État central à des assemblées élues au plan territorial : la commune (Conseil Municipal), le département (Conseil Général), la région (Conseil Régional).

La loi HPST réorganise le paysage régional et départemental.

A. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les ARS prévues par la loi « HPST » seront des entités régionales **uniques** du service public de la santé. Créées début 2010, elles regrouperont sept organismes auparavant chargés des politiques de santé dans les régions et les départements (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Agence Régionale d'Hospitalisation, Groupement Régional de Santé Publique, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Mission Régionale de Santé).

1. Domaines de compétence

Elles seront ainsi en charge de la **sécurité sanitaire**, des actions de **prévention** menées dans la région, de **l'organisation de l'offre de soins** en fonction des besoins de la population, notamment au travers du maillage de l'offre de soins sur le territoire (hôpitaux publics, cliniques privées, maisons de retraite), de la **répartition territoriale des professionnels de santé** et de l'organisation de la **permanence des soins** tant pour la médecine de ville qu'à l'hôpital. Elles seront aussi responsables de la **gestion du risque**, du contrôle de la **qualité** et du contrôle de **gestion externe des établissements** de santé, du pilotage des actions d'amélioration des pratiques professionnelles et des modes de recours aux soins (en ville comme à l'hôpital), de la collecte et l'interprétation des données de santé. D'autre part, les ARS viseront à favoriser la **coopération entre professionnels de santé et établissements de santé** pour faciliter la prise en charge des patients, notamment pour les maladies chroniques, les personnes âgées ou les personnes handicapées. Enfin, les ARS contribueront au respect de **l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie**.

2. Organisation et gouvernance

Placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'Assurance Maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, les ARS seront chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique nationale de santé, en tenant compte des spécificités de chaque région.

Trois instances seront constituées auprès de chaque ARS.

LES CONFÉRENCES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA), organismes consultatifs placés auprès des ARS, seront composées de plusieurs collèges au sein desquels seront représentés les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale, etc.

Les CRSA seront chargées de participer par leurs avis à la **définition des objectifs et des actions de l'ARS** dans ses domaines de compétences. Par exemple, elles émettront un avis sur le **plan stratégique régional de santé** et pourront **organiser des débats publics** sur les questions de santé de leurs choix. Elles pourront aussi faire des **propositions** au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé dans la région. Leur participation à **l'évaluation des actions de l'agence** portera par ailleurs sur les conditions dans lesquelles seront appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, à l'égalité d'accès aux services de santé et à la qualité des prises en charge. Enfin, tous les avis de la CRSA seront rendus publics.

DEUX COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. La première commission sera chargée d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. La seconde commission assurera les mêmes fonctions dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Il existera par ailleurs des délégations territoriales des ARS dans tous les départements, afin de constituer un relais de proximité pour les politiques menées par l'agence, en lien étroit avec les acteurs territoriaux et en premier lieu les préfets de département (ainsi que les services départementaux relevant de sa compétence).

V. LE NIVEAU COMMUNAL

Il y a 36 551 communes sur le territoire métropolitain. Ces communes sont gérées par un Conseil Municipal élu pour 6 ans et présidé par le Maire. Trois types de services œuvrent dans le domaine sanitaire et social.

A. LE SERVICE COMMUNAL D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ

Dans les villes de plus de 10 000 habitants, les vaccinations, la désinfection et la surveillance des règles d'hygiène peuvent être confiées au service municipal d'hygiène et de santé placé sous l'autorité du maire, mais sous la responsabilité technique d'un médecin directeur. Il sert, pour le contrôle des règles d'hygiène, de relais local au service d'hygiène du milieu de la DDASS.

B. LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Il constitue le premier maillon de l'aide médicale ; il instruit les dossiers de demande et délivre les prises en charge après attribution par la commission cantonale ou intercantonale de l'aide sociale.

C. LES CENTRES DE SANTÉ ET DISPENSAIRES MUNICIPAUX

Ils pratiquent habituellement des actions de "santé primaire" et de prévention. Leur déficit financier chronique oblige les municipalités à renflouer régulièrement leur budget ; ce qui hypothèque leur avenir.

CONCLUSION

Chaque étage territorial intervient dans le domaine de la Santé Publique et, malgré la décentralisation, l'État demeure présent au plan départemental comme au plan régional. On assiste toutefois à une redistribution des pouvoirs et des compétences, au sein des collectivités territoriales, entre l'État et les assemblées locales. Cela a pour conséquence de responsabiliser les élus locaux mais cela suscite également un certain nombre de problèmes liés notamment au clivage entre les deux domaines sanitaire et social. La tendance actuelle est à un renforcement du rôle joué par les régions aux dépens des départements, même si ces derniers constituent encore le maillon principal du système administratif français.

Références

Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

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

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

Santé publique. Spécial loi de Santé Publique. Décembre 2004

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