

Références

Santé

Social

2^e édition

MANUEL **de santé** **publique**

Préface de Virginie Migeot

Jacques Raimondeau (dir.)

Pierre-Henri Bréchat

Élodie Carmona

Gilles Huteau

Philippe Marin

Philippe Naty-Daфин



PRESSES
DE L'EHESP

MANUEL **DE santé** **publique**

Connaissances, enjeux et défis

2^e édition

Préface de Virginie Migeot

Jacques Raimondeau (dir.)

Pierre-Henri Bréchat

Élodie Carmona

Gilles Huteau

Philippe Marin

Philippe Naty-Daфин

2023

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Références

Santé

Social

Série de manuels de fond dans le domaine du droit, ou plus largement des politiques sociales et de santé, à destination d'un public étudiant désireux d'accéder à toutes les connaissances ou références juridiques relatives à ce sujet.

LE PHOTOCOPILLAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.
Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 1^{re} édition, 2020, Presses de l'EHESP.

© 2^e édition, 2023, Presses de l'EHESP – 2, avenue Gaston-Berger – CS 41119 – 35011 Rennes.

ISBN : 978-2-8109-1068-7

www.presses.ehesp.fr

Liste des auteurs

Jacques Raimondeau est médecin spécialiste en santé publique. Conseiller médical au pôle santé publique, accidents collectifs et environnement du tribunal judiciaire de Paris. Ancien responsable de formation à l'EHESP, il y assure la direction des enseignements de santé publique des cycles de préparation aux concours. Il est secrétaire général du Conseil national professionnel pour le développement professionnel continu (DPC) des médecins de santé publique.

Pierre-Henri Bréchat est médecin spécialiste en santé publique et médecine sociale, praticien hospitalier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Docteur *es* sciences, docteur en droit public et habilité à diriger des recherches, il est également membre de l'Institut Droit et Santé (IDS) l'université de Paris Cité, du Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques (CERSA) de l'université Paris 2 Panthéon-Assas, personnalité qualifiée de l'Institut Santé pour refonder notre système de santé, ancien professeur affilié de l'EHESP et *fellow* de l'Healthcare Delivery Institute du Kem C. Gardner Transformation Center d'Intermountain Healthcare (États-Unis).

Élodie Carmona est diplômée de l'École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE), de Sciences Po et de l'université de Paris XI. Statisticienne et épidémiologiste, ancienne cheffe de bureau adjointe de la qualité des eaux à la Direction générale de la santé (DGS), ancienne membre de la *Task Force Pharma* de la Commission européenne, elle est aujourd'hui administratrice au Parlement européen.

Gilles Huteau est docteur en droit et ancien élève de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (En3S). Après une carrière de dirigeant dans les organismes d'assurance maladie, il est devenu professeur à l'EHESP et enseigne les politiques sociales et de santé dans plusieurs masters, ainsi que la protection sociale à Sciences Po Rennes. Il a également été membre du jury de l'agrégation en sciences médico-sociales. Rattaché au Laboratoire de droit et changement social de l'université de Nantes (UMR-CNRS 6297), il est l'auteur de travaux de recherches et de nombreuses publications sur les questions sanitaires et sociales.

Philippe Marin est directeur d'hôpital, docteur en droit de l'université de Bordeaux, diplômé de Sciences Po Bordeaux. Après avoir été responsable de la formation des directeurs d'hôpital, puis directeur des études au sein de l'EHESP, il assure aujourd'hui des enseignements portant sur la politique de santé, le pilotage, la gouvernance du système de santé et le management interne des établissements publics de santé, domaines dans lesquels il publie régulièrement dans des revues classées ou professionnelles. Il est membre du Conseil scientifique de la Collection « Profession cadre service public », dans laquelle il publie. Il est par ailleurs Data protection officer (DPO) de l'EHESP depuis 2018 et référent déontologue cette École depuis 2020.

Philippe Naty-Daouin est docteur en pharmacie et économiste de la santé, diplômé de l'université de Bordeaux II, de l'Université Paris Dauphine, de l'université Paris 2 Panthéon-Assas, de l'ESSEC Business School, et auditeur du 11^e cycle de l'Institut des hautes études de protection sociale (IHEPS). Ancien conseiller du président de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), il est actuellement responsable du pôle produits de santé, pharmacie et biologie de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, chargé d'enseignements à l'EHESP et l'EN3S, et intervient dans des colloques internationaux.

(Les avis exprimés n'engagent que les auteurs et ne sauraient être considérés comme constituant une prise de position officielle de leur employeur, notamment de la Commission européenne, du Parlement européen ou de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.)

Préface

Modernisation, transformation, refondation... Telles sont les dynamiques lancées, période après période, pour réformer notre système de santé. Ce système doit en effet sans cesse s'adapter pour répondre, non seulement aux enjeux bien connus que sont le vieillissement de la population, le fardeau des maladies chroniques qui pèsent sur les organisations, la persistance des inégalités sociales et géographiques de santé, mais également à ceux plus récents que sont la transition numérique, la pénurie de personnels et de médicaments, la transformation écologique et la crise énergétique. Néanmoins, au cours des trente dernières années, il ne faut pas oublier que des succès et des avancées ont été obtenus, très bien décrits dans l'ouvrage collectif, dirigé par René Demeulemeester et coll.¹. On peut citer la mobilisation sociale qui s'est nettement amplifiée, les politiques locales qui, à partir de diagnostics partagés, ont permis la mise en place de contrats locaux de santé, y compris de santé mentale ou d'évaluation d'impact en santé. De nouveaux modes d'exercice plus collaboratifs ont vu le jour, avec le développement de maisons de santé pluriprofessionnelles, celui des communautés professionnelles territoriales de santé ou des groupements hospitaliers de territoire, qui favorisent le décloisonnement entre les professionnels et entre les secteurs. La mise en place effective du développement professionnel continu, qui, après plusieurs années de construction, permettra à tous les professionnels de santé, par la formation continue et surtout par l'analyse de leurs pratiques, de mieux cheminer dans ces transitions nécessaires.

Plusieurs chapitres de cet ouvrage explicitent de façon claire l'ensemble de ces enjeux, et soulignent que tous les acteurs doivent être mobilisés et tout particulièrement les professionnels en charge de faire vivre le système de santé. Des perspectives vers lesquelles devrait s'orienter le système de santé sont également proposées aux lecteurs de ce livre, notamment celle de l'Union européenne de la santé favorisant la coordination des réponses sanitaires entre les pays, ou celle d'une plus grande prise en compte de la santé environnementale, voire d'une seule santé (*One Health*).

Plusieurs stratégies semblent incontournables :

- Le renforcement de la responsabilité populationnelle du système de santé, impliquant un véritable changement de paradigme qui va privilégier l'optimisation

1. R. Demeulemeester, J.-C. Henrard, B. Roussille, P. Siwek, *Trente ans d'évolutions de la santé en France : à quoi ont servi les politiques de santé ?*, Berger-Levrault, 2021.

de la demande de santé à celle, habituelle, de l'offre de soins. En partant d'une population d'un territoire donné, avec des acteurs de santé, tous statuts confondus, qui s'accordent pour coopérer, un engagement va être pris pour améliorer l'état de santé des populations sur leur territoire. Ce changement peut être aussi une opportunité pour renforcer le partenariat patient/citoyen à tous les niveaux du système de santé, tels que formalisés dans le modèle de Montréal². Cet engagement des usagers au sein du système de santé tant dans leur prise en charge individuelle qu'à l'échelon collectif est fortement encouragé (stratégie nationale « Ma santé 2022 », recommandation de la Haute Autorité de santé sur l'engagement des usagers³, nouvelle certification HAS des établissements de santé...) et devrait permettre, à terme, un désengorgement des services de santé, et une meilleure adéquation du système aux besoins de santé de la population.

– L'investissement réel dans la prévention et la promotion de la santé avec l'ensemble des acteurs et une mise à l'échelle de programmes ou d'interventions qui ont déjà montré leur efficacité. Créer des environnements favorables pour que les populations puissent avoir accès à une alimentation saine et à un environnement protecteur, et promouvoir l'exercice physique ou les mobilités actives, et non plus uniquement centrer les actions visant à modifier les comportements individuels. Nous devons dépasser le stade de l'expérimentation et impliquer tous les secteurs.

– Enfin, si on ne veut pas que les effets du changement climatique annulent les progrès réalisés en matière de santé et de développement, le système de santé déjà à bout de souffle doit rapidement mettre en place des stratégies préventives d'adaptation et saisir l'opportunité de construire des systèmes résilients, basés sur la prévention, la sobriété, la responsabilité sociale. Les choses évoluent, les initiatives se multiplient : la création récente d'un Comité sur la transition écologique en santé par la FHF, la publication d'un guide du cabinet écoresponsable, le guide des unités durables du CHU de Bordeaux⁴, le jeu pédagogique « Plan Health Faire »⁵ pour sensibiliser les étudiants en santé ou les professionnels de santé, afin qu'ils comprennent les enjeux essentiels du développement durable appliqués à la santé.

Telles sont quelques-unes des évolutions du système de santé à développer, et dont vous pourrez, en lisant cet ouvrage, saisir l'impérieuse nécessité, qui devraient mobiliser tous les professionnels œuvrant dans le système de santé et pour la santé.

*Virginie Migeot,
professeure de santé publique, praticienne hospitalière,
présidente du Conseil national professionnel de santé publique*

2. M.-P. Pomey *et al.*, « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, 2015/HS S1, p. 41-50.

3. HAS, « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire », 2020.

4. Voir le site d'Agir durablement en santé en Nouvelle-Aquitaine.

5. OMEDIT Île-de-France, « Plan Health Faire », www.omedit-idf.fr.

Introduction

Jacques Raimondeau, Philippe Naty-Daфин

Objectifs pédagogiques

- Connaître les définitions de la santé et de la santé publique
- Comprendre les principes de l'approche collective des problèmes de santé
- Comprendre les différences et la nécessaire articulation entre l'approche de santé publique et la logique soignante individuelle
- Comprendre l'importance de la prise en compte de multiples et très divers déterminants de santé
- Comprendre que la santé publique est par essence une activité multidisciplinaire
- Comprendre que la montée en puissance des questions de santé publique dans nos sociétés implique une vigilance éthique croissante

1. La santé

La notion de santé n'est pas simple et univoque. Elle peut en effet être considérée et définie de diverses manières :

- positive ou négative, en référence plus ou moins marquée à la maladie ;
- statique ou dynamique, dans une logique d'adaptation à l'environnement physique et social ;
- comme un but en soi, comme une ressource pour atteindre ou contribuer à atteindre d'autres objectifs ;
- ayant de multiples dimensions, y compris subjectives.

Ainsi, la santé a été définie comme l'absence de maladie déclarée : «Lorsqu'on la possède, on n'y pense plus» (Descartes, 1649), ou encore «la vie dans le silence des organes» (Leriche, 1936). Ces définitions présentent toutefois la faiblesse de mal prendre en compte des maladies longtemps asymptomatiques, comme le diabète ou l'hypertension artérielle. C'est aussi le cas des maladies telles le Covid-19 qui peuvent se présenter sous diverses formes : peu ou pas symptomatique, aiguë sévère et d'évolution prolongée («Covid long»). Elles sont aussi mal adaptées à la situation des malades chroniques ou des personnes handicapées. Enfin, induisant une approche binaire «malade-non malade», elles ne sont pas un bon support pour la prévention, notamment pour le dépistage des maladies.

Le modèle de définition positive est celui de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1946 :

« Un état de complet bien-être physique, mental et social... pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cette approche introduit explicitement le caractère global de la notion de santé, avec notamment une dimension psychologique et sociale. Elle a cependant l'inconvénient de rester un peu imprécise, avec cette notion de « bien-être » teintée de subjectivité. De plus, en choisissant d'évoquer un « *complet* bien-être », l'OMS a opté pour un objet à la fois utopique et statique. Il s'agit d'une vision prescriptive, et non descriptive. Il existe en revanche des définitions qui insistent sur le caractère dynamique de la santé, telle celle de Monnier *et al.*, en 1980 :

« Un état d'équilibre harmonieux entre l'homme, les hommes et l'environnement. »

La notion d'interaction, tout particulièrement avec l'environnement physique et social, est ici mise en avant. Avec la définition de l'OMS en 1986 (charte d'Ottawa) :

« La mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. »

La santé n'apparaît plus comme un objectif ou un résultat, mais plutôt comme une ressource, un outil ou un prérequis pour atteindre des objectifs d'épanouissement individuels ou collectifs – et ce, de façon durable, en rendant possible l'adaptation au milieu.

Cette notion de « santé-ressource » aboutit à une notion de « santé suffisante » dans la définition de René Dubos, en 1973 :

« État physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. »

La santé n'est plus ici un absolu, un idéal, mais un état suffisamment bon pour permettre une vie acceptable aussi longtemps que possible. Cette définition apparaît bien mieux adaptée à la situation des personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicaps dont la prise en charge est l'un des grands enjeux de nos systèmes de santé. On ne s'étonnera donc pas qu'elle ait été retenue, à côté de celle de l'OMS, par le Haut Comité de la santé publique (HCSP) dans son rapport *La santé en France* (1994).

Ces définitions différentes, voire d'allures presque contradictoires, coexistent au sein de la population et, sans doute, chez les individus. Elles constituent un socle plus ou moins propice aux actions de santé, tout particulièrement dans le champ de la prévention ou de la prise en charge des maladies chroniques.

On a vu plus récemment émerger le concept « *One Health* », littéralement « **Une seule santé** », qui ambitionne de prendre en compte, dans une approche

unifiée, les santés humaine et animale ainsi que la dimension d'un environnement sain. Cette définition favorise une approche massivement intégrée des déterminants de santé qui trouve sa justification, par exemple dans la transmission de maladies animales à l'être humain ou l'altération de la santé animale par les activités humaines, problématique sous-jacente aux préoccupations actuelles sur la **biodiversité**. Elle inclut également la prise en compte de l'impact du fonctionnement du système de soins sur l'environnement et en favorise la réduction (renforcement de la réutilisation de certains dispositifs, modifications des techniques dans un but de réduction de la consommation énergétique, relocalisation de certaines productions...). Au-delà, il est également possible d'ajouter les éléments de souveraineté sanitaire qui contribuent à la résilience de la protection de la population et l'impact socio-économique du secteur sanitaire. Il est ainsi important de parler de la formation des professionnels et de leur rétention pour le fonctionnement du système, ce qui fait partie de la vision «*One Health*» au même titre que la lutte contre les inégalités sociales de santé.

2. La santé publique

En 1952, l'OMS retenait la formulation suivante, dérivée d'une définition historique de la santé publique proposée par Winslow¹ dans les années 1920 :

«La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.»

Plus récemment, l'OMS utilisera des définitions à la fois plus concises et plus larges :

«On utilise aujourd'hui "santé publique" au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire de la collectivité, les services d'hygiène du milieu, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins.» (1973)

«La santé publique est la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société.» (2010)

1. Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957) est un bactériologiste américain, pionnier de la santé publique aux États-Unis. Diplômé du Massachusetts Institute of Technology, il a enseigné à l'University of Chicago, au College of the City of New York, à Columbia University et à Yale University, dont il fonda le département de santé publique. Winslow fut également rédacteur en chef du *Journal of Bacteriology* et éditeur de l'*American Journal of Public Health*. Il présida également l'*American Public Health Association*.

D'une autre façon, en 1990 et en France, Jean-Claude Henrard écrivait :

« Définie comme un champ d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population, la Santé publique se revendique aussi comme discipline à part entière. Écrasée entre l'administration de la santé et la profession médicale, masquée par les développements spectaculaires de la recherche biologique, la Santé publique se veut un ensemble de savoirs et de savoir-faire. Sa finalité est non seulement l'action mais aussi la connaissance par la recherche. Elle fait appel à un ensemble de méthodes issues de disciplines scientifiques variées ; elle n'a pas de méthode propre, mais une de ses principales caractéristiques c'est la pluridisciplinarité de sa démarche, voire la transdisciplinarité de certaines de ses actions ou recherches. »

Le **Haut Conseil de la santé publique**² (HCSP) a retenu en 1994 une définition proche :

« Un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche. »

Il n'est pas utile de multiplier des citations, somme toute assez convergentes, et on peut retenir que la santé publique est l'**approche collective des problèmes de santé**. La **prévention** y occupe une place importante. À ce titre, son efficacité suppose la prise en compte des facteurs qui influent sur la santé d'une population ; ces **déterminants de santé** sont extrêmement divers et seront passés en revue au chapitre 2. Cette diversité fait que la santé publique procède par construction d'une **démarche multidisciplinaire**, qui mobilise, à des degrés variables selon les cas, l'épidémiologie, la statistique, la démographie, l'économie, le droit, la médecine, les sciences sociales, le management, la géographie ou encore l'entomologie et, enfin, comme l'a bien montré la gestion de la pandémie de Covid-19 des outils et leviers de communication destinés à convaincre la population de modifier son comportement (qui peuvent également contribuer à encourager des modifications des pratiques professionnelles).

De plus, les actions de santé publique mobilisent les ressources d'une société humaine : la santé publique a donc le plus souvent un **ancrage politique** et recourt structurellement à des pratiques de **planification** et de **programmation**, s'inscrivant dans une logique d'ensemble de **régulation des systèmes de santé**. Dans le cadre français, le caractère interministériel de la santé publique est évident, par exemple dans le champ de l'environnement, de la protection sociale, de la réduction des inégalités de santé ou de la gestion d'une épidémie de grande ampleur³. Réciproquement, l'amélioration de l'état de santé d'une population est un facteur de développement global, et donc une composante de la richesse d'un pays.

2. Les termes en gras sont explicités dans le glossaire en fin d'ouvrage.

3. La gestion de la pandémie de Covid-19, compte tenu de ses impacts massifs sur les plans économiques et sociétaux a ainsi abouti à des mesures législatives prises dans le cadre de l'urgence avec un engagement au plus haut niveau de l'État.

3. Santé publique et approche soignante individuelle

En France, la distinction et les articulations entre approche soignante individuelle, notamment médicale, et santé publique ont été formulées dans la loi de 2004 relative à la politique de santé publique⁴ en ces termes :

« L'élaboration de la politique de santé publique nécessite de distinguer deux niveaux dans l'approche de la santé : celui des personnes et celui de la population. Ces deux niveaux ne doivent pas être opposés. Ils sont complémentaires et doivent être soigneusement articulés. Si le but est toujours d'améliorer la santé des personnes, les outils à mettre en œuvre sont différents selon le niveau considéré. »

De façon globale, on peut dire que les activités soignantes individuelles et la santé publique ont des objectifs convergents et qu'elles se structurent autour d'une démarche similaire selon un triptyque : diagnostic, traitement et suivi évaluatif. Leurs champs d'application sont en revanche différents : l'individu ou la population. Il en résulte un ensemble de différences.

L'approche soignante individuelle construit son diagnostic autour d'un examen clinique de la personne, assorti au besoin d'examens complémentaires, biologiques ou d'imagerie le plus souvent. L'analyse des déterminants individuels de la santé est ici très développée (par exemple, l'appréciation d'une consommation d'alcool ou de tabac). Les traitements sont individuels, à dominante curative, même si la dimension préventive est loin d'être absente (ainsi, en médecine générale ou en pédiatrie : vaccination, dépistage de troubles sensoriels, suivi de la croissance, conseils nutritionnels...). Fondamentalement, la relation avec le patient est construite autour de la notion de « colloque singulier⁵ », qui peut cependant être étendue à une équipe soignante ou de prise en charge, à l'hôpital ou en ambulatoire, comme cela s'impose avec la logique de « parcours de soins » promue par la loi de modernisation de notre système de santé⁶. L'évaluation est centrée sur le bénéfice pour l'individu en termes de qualité (guérison, soulagement des symptômes, etc.), en incluant la qualité de vie, et de sécurité des actes diagnostiques et thérapeutiques.

La santé publique, quant à elle, élabore son diagnostic à partir de l'épidémiologie, qui décrit l'état de santé de la population et met en évidence les différences de répartition des maladies et de leurs **facteurs de risque**. La recherche des déterminants de la santé sera plus orientée vers les déterminants environnementaux, physiques, socio-économiques et culturels. Une approche territoriale peut être mobilisée. La réponse aux problèmes de santé d'une collectivité est diversifiée, mais la définition placée en début de cette

4. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *Journal officiel* du 11 août 2004 : « Rapport d'objectifs de santé publique » ; partie 1 : « Le cadre de référence ».

5. L. Israël, B. Glorion, « Médecine : relation malade-médecin », *Encyclopædia Universalis* (en ligne).

6. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *Journal officiel* du 27 janvier 2016.

introduction met bien l'accent sur l'importance des actions préventives. L'approche de santé publique se caractérise aussi par la volonté de donner à des groupes sociaux les moyens de s'approprier leurs problèmes de santé et de prendre une part active à la résolution de ces problèmes, par le biais de démarches de **promotion de la santé** ou de **santé communautaire**. Le traitement collectif des questions de santé implique une planification et une programmation des actions, qui peuvent constituer de véritables politiques, dont la définition implique des acteurs multiples, notamment des administrations, des élus nationaux ou locaux, des professionnels et des associations. L'évaluation se situe à tous les niveaux d'un processus planifié, de la définition des priorités à l'efficience des activités de terrain. Au plus haut niveau, nous sommes dans le champ de l'évaluation des politiques publiques.

Malgré ces différences, il est évidemment impensable de construire une barrière étanche entre les deux domaines. Ainsi, en matière de déterminants, une consommation d'alcool excessive renvoie par exemple à la fois à un comportement individuel et à l'impact de facteurs culturels et d'environnement socio-économique. Par ailleurs, la planification collective implique souvent, pour la mise en œuvre des actions, de mobiliser les moyens de l'approche soignante individuelle, dont elle détermine en partie le cadre d'intervention. En retour, les acteurs de terrain influent sur le processus de planification, ce qui s'illustre par exemple par des conflits en matière d'organisation du système de santé et d'allocation de ressources.

Enfin, les relations complexes entre approche soignante individuelle et santé publique peuvent être à l'origine de questionnements éthiques.

4. Éthique et santé publique

Comme les activités soignantes, la santé publique a son versant éthique, qui doit être systématiquement pris en compte.

Il faut en effet toujours veiller à un arbitrage acceptable entre les contraintes et les bénéfices collectifs et individuels. Les exemples sont multiples : ainsi, dans le champ de l'allocation de ressources au sein du système de santé, avec les conséquences en matière de protection sociale, la démarche de santé publique va privilégier des actions apportant une amélioration, même modeste, pour le plus grand nombre, alors qu'une approche clinique, plus individuelle, conduit facilement à concentrer des moyens parfois considérables sur un nombre de cas très limité, sans forcément d'impact collectif sensible.

Dans le domaine de la prévention, le choix d'une **stratégie de réduction des conséquences sanitaires** d'un comportement à risque (toxicomanie, pratiques sexuelles...) par rapport à une stratégie de suppression du risque peut faire débat : ainsi, l'implantation de salles de consommation à moindre risque, dites encore «salles de *shoot*», dont l'objectif immédiat est de maîtriser les complications infectieuses de la toxicomanie, a-t-elle été perçue comme pouvant encourager cette toxicomanie ou favoriser sa pérennisation.

La **sécurité sanitaire** expose à de potentiels conflits entre **intérêt collectif** et **libertés individuelles**. Ainsi, des épidémies majeures et prolongées, telles celle de Covid-19 ou une pandémie grippale, obligent à réduire les possibilités de déplacement de larges parties de la population⁷ pour limiter la circulation de l'agent pathogène, alors qu'à l'inverse d'autres personnes sont contraintes, de façon autoritaire au besoin, de s'exposer au risque de contagion parce que le maintien de leur activité est socialement indispensable (professions de santé, policiers, agents de maintenance des réseaux d'énergie, personnels des commerces vitaux...). La mise en œuvre des différentes étapes de la vaccination contre le SARS-CoV2 a pareillement bien mis en lumière le conflit ressenti par certains de nos concitoyens comme très intense entre liberté individuelle (en l'occurrence de refuser la vaccination) et les diverses incitations gouvernementales.

La résolution de tels conflits de valeurs peut s'appuyer sur la recherche de la qualité optimale dans les actions mises en œuvre, le respect des convictions des personnes, l'éducation à la santé, ainsi que sur la proportionnalité de la réponse au problème et son adaptation à chaque fois que nécessaire. L'épidémie de Covid-19 a montré que cela pouvait se faire sur une base territoriale variable selon l'intensité de la circulation de l'agent infectieux ou le niveau de risque. Par ailleurs, le recours au télétravail, outil intéressant, n'est pas applicable à toutes les activités et crée de ce fait une nouvelle situation d'inégalité entre les travailleurs.

Face à un risque possible mais insuffisamment établi (notamment, le cas des risques faibles ne se manifestant avec certitude qu'après une exposition très longue ou sur des populations très nombreuses), l'application du **principe de précaution** repose sur une démarche graduée, évolutive, pluridisciplinaire, proposant des actions adaptées aux connaissances, à leur coût et leur acceptabilité sociale. Cette problématique s'exprime fortement dans l'équilibre entre réduction des expositions nocives et maintien des activités économiques, et donc des emplois. C'est aussi au nom d'un **principe de proportionnalité** que la Cour de justice de l'Union européenne a estimé en 2015⁸ que l'exclusion, systématique et définitive, des hommes homosexuels du don du sang, qui prévalait en France depuis 1983, devait être remise en question⁹; ce qui a été fait dans la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016.

7. La question s'est aussi posée lors des Jeux olympiques de 2016 au Brésil, en raison de l'épidémie due au virus Zika.

8. CJUE, arrêt du 29 avril 2015, Léger, C-528/13.

9. La Cour a en effet jugé qu'il ne peut pas être exclu que le VIH soit détecté par des techniques efficaces, à même d'assurer un niveau élevé de protection de la santé des receveurs, ce qui rend disproportionnée l'interdiction faite aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de donner leur sang.

5. Santé publique : une préoccupation sociétale croissante

Alors que beaucoup de sujets médicaux, techniques, restent encore principalement cantonnés dans le cercle des professionnels, des décideurs et des financeurs, avec une éventuelle participation de représentants associatifs, les sujets de santé publique se sont largement installés dans le champ sociétal. Il y a plusieurs explications à cela.

En premier lieu, le caractère collectif des sujets de santé publique justifie une implication de franges importantes de la population qui se sentent légitimement concernées par des problèmes comme la qualité de l'air, l'alimentation, l'accès aux soins dans les territoires sous-dotés, la sécurité de produits de santé, etc. Il suffit dès lors qu'une question de santé soit suffisamment médiatisée et que suffisamment de personnes s'y intéressent pour parler de santé publique.

De plus, la sensibilité sociale aux sujets de santé s'est accrue : le niveau de formation et d'exposition aux données de la population s'est élevé (notamment avec l'avènement d'Internet et l'essor des réseaux sociaux, qui peuvent cependant soit accroître le niveau des connaissances, soit répandre polémiques et désinformations), ce qui permet d'accéder à des problématiques précédemment réservées à des experts. La prise de conscience de l'existence de déterminants de santé très diversifiés, et pas toujours bien contrôlée, induit une interrogation générale sur notre environnement au sens large, de l'impact du réchauffement climatique à l'usage des nanomatériaux. Cette prise de conscience relativise peut-être dans l'esprit de certains l'importance de l'approche soignante traditionnelle. L'existence de palmarès d'établissements de santé dans la presse grand public nourrit aussi cette dynamique, qui explique le succès de sites consacrés à la santé sur Internet. Il est également possible que le vieillissement de la population, des discours anxiogènes, certaines séries télévisées et l'augmentation des malades chroniques accroissent le nombre de personnes sensibilisées aux questions de santé.

Enfin, la volonté de peser (ou d'essayer de peser) sur ces déterminants de santé personnels, dont beaucoup sont en fait collectifs, joue aussi son rôle. S'intéresser à la santé publique, c'est aussi militer au sein d'associations, financer telle ou telle organisation ou activité, modifier ses comportements, mener des actions en justice¹⁰.

Des phénomènes plus spécifiques illustrent ou renforcent ces tendances générales :

– **Des crises et scandales sanitaires** ont touché tous les secteurs de la santé : soins (affaires du sang contaminé, des « irradiés d'Épinal », du Médiateur[®], des

10. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée à son article 184 une procédure d'action de groupe en matière de santé (CSP, art. L1143-1 à 22). Une décision du tribunal judiciaire de Paris datée du 5 janvier 2022 a, pour la première fois en France déclaré recevable une demande d'action de groupe en santé, demande formulée par une association dans l'affaire du valproate de sodium (Dépakine[®]).

prothèses mammaires PIP, de l'hôpital de Mid Staffordshire¹¹, de la Dépakine[®], ainsi que des informations récurrentes sur des dysfonctionnements moins spectaculaires mais dommageables, comme les infections nosocomiales et affections iatrogènes...), alimentation (encéphalite spongiforme bovine dite « maladie de la vache folle »), environnement physique (nuage de Tchernobyl, usine de Seveso, de Bhopal, pollutions aux algues vertes en Bretagne...), conditions de travail (scandale de l'amiante, vagues de suicides dans de grandes entreprises comme à France Télécom en 2008-2009, harcèlement au travail, épuisement professionnel...). On remarquera que souvent les problèmes mettent en cause des producteurs directs, mais aussi les entités chargées de réguler le système, par des procédures d'autorisation et de contrôle notamment ; ce qui ne fait qu'aggraver le tableau en lui conférant une dimension d'effondrement systémique. Dans ce contexte, la confiance n'est plus donnée sans condition, comme l'illustre la défiance actuelle de la population française envers la vaccination¹².

– **Les difficultés récurrentes du système de santé**, sans atteindre l'intensité des crises et scandales mentionnés précédemment, entretiennent interrogations et inquiétudes. Elles sont diverses, allant des difficultés de la permanence des soins ou de l'accès à certains médecins spécialistes à l'avenir du financement du système de protection sociale, avec des menaces réelles ou supposées sur le niveau de prise en charge, et donc sur l'accès aux soins. Dans ce domaine, les difficultés rencontrées par les hôpitaux et établissements médico-sociaux lors de l'épidémie de Covid-19 n'ont pu que renforcer les craintes.

– **Le développement de la « démocratie sanitaire »** est un concept récent¹³ qui désigne l'élaboration conjointe par des citoyens, usagers, professionnels de santé, administrateurs et financeurs des politiques de santé et leur mise en œuvre. Cette association est rendue possible par les conférences régionales et nationales de santé et de l'autonomie, l'appui aux réseaux associatifs et leur agrément, la possibilité, depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, de lancer des procédures d'action de groupe¹⁴ en matière de santé. La démocratie sanitaire renforce ainsi les possibilités d'action des citoyens tout en les encadrant.

Le label « problème de santé publique » est donc ainsi facilement utilisé. Son poids croissant fait qu'il peut être instrumentalisé ; en effet, on peut le revendiquer ou le redouter. L'argument sanitaire (devenir un problème de santé publique) peut permettre de déclencher une action publique, alors que

11. Rapport de Robert Francis au Parlement britannique : *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*, février 2013.

12. L'échec de la campagne de vaccination contre la grippe A H1N1 en 2009, malgré un engagement massif des pouvoirs publics, en est un exemple très démonstratif ; la survenue d'épidémies de rougeole en raison d'une couverture vaccinale insuffisante en est un autre ; les débats sur la vaccination contre le SARS-CoV2, un troisième.

13. Élaboré lors des états généraux du cancer et de la santé de 1998 et 1999, puis formalisé en 2002 par la « loi Kouchner » n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal officiel* du 5 mars 2002.

14. L'action de groupe est une procédure de poursuite collective qui permet à des patients, victimes d'un même préjudice de la part d'un professionnel, de se regrouper et d'agir en justice. Les plaignants peuvent ainsi se défendre avec un seul dossier et un seul avocat.

d'autres arguments ont été inopérants – c'est un des seuls arguments qui peut permettre de contourner les règles de libre concurrence (par exemple, avec le monopole de l'officine pharmaceutique), ou les règles du commerce international. Des groupes d'individus deviennent des communautés de malades et peuvent bénéficier d'une amélioration plus ou moins importante de leur situation : délinquants toxicomanes, immigrés malades et en situation irrégulière, enfants victimes de saturnisme, etc. Des acteurs économiques souhaitent être identifiés comme des acteurs positifs de la santé, en matière alimentaire, d'hygiène ou d'habitat, par exemple. À l'inverse, d'autres acteurs économiques (parfois les mêmes) font de gros efforts pour éviter d'être identifiés à un problème de santé : environnement (controverses autour de la téléphonie mobile, des pesticides, etc.), alimentation (boissons sucrées, etc.).

La pandémie de Covid-19 a montré la difficulté de gérer ce type de situation à la survenance brutale et à l'évolution assez imprévisible, si ce n'est à l'horizon de quelques semaines. Elle a souligné l'importance de préparer des stocks d'équipements de protection individuels, d'être en capacité de les distribuer aux personnes les plus fragiles, et de disposer de capacités de production à même de répondre aux besoins sanitaires nationaux (les pandémies provoquant une concurrence accrue entre les États pour capter les produits et dispositifs nécessaires à leur endiguement). Cette préparation qui a vocation à éviter des dommages sanitaires, mais aussi économiques et sociaux, implique une prise de conscience collective, de la population et de ses représentants, des enjeux de ces situations exceptionnelles, favorisant l'acceptation des mesures de préparation (qu'il s'agisse d'exercices ou d'arbitrages budgétaires) puis des actions de réponse lorsque le risque s'actualise (modification des comportements, restrictions aux libertés individuelles et/ou collectives...).

6. Santé publique : une construction politique

Aux enjeux sanitaires et aux préoccupations sociétales répondent des constructions politiques destinées à concevoir et à mettre en application une approche collective des problèmes de santé. Il existe différentes échelles d'agrégation : la ville, le département, la région, le pays, l'Europe, le monde.

L'Union européenne (UE) constitue un niveau particulièrement intéressant pour examiner le processus de construction d'un champ politique de santé publique. À l'origine, en 1957, le traité de Rome, fondateur de la Communauté économique européenne¹⁵, et axé sur un objectif économique unique (réaliser un marché commun), ne contenait pas de disposition formelle concernant la santé publique. Toutefois, des préoccupations d'ordre sanitaire furent présentes assez tôt dans le processus de la construction européenne. Elles prirent une importance croissante au fil du temps – du fait des épidémies

15. Elle sera par la suite, au fil des traités et des élargissements, renommée « Union européenne ».

transfrontalières et de la multiplication, à partir des années 1990, de scandales impactant la santé des populations européennes, sans distinction de nationalités –, ce dont rendit compte, au fur et à mesure, le corpus législatif européen.

Ainsi, si la responsabilité première de la protection de la santé et, en particulier, des systèmes de soins de santé repose sur les États membres, l'objectif de santé publique est clairement devenu au fil du temps l'une des préoccupations majeures de l'Union et de ses citoyens, et l'UE joue désormais un rôle important – y compris sur les plans législatif et réglementaire – dans l'amélioration de la santé publique, la prévention et la gestion des maladies, l'atténuation des sources de danger pour la santé humaine et l'harmonisation des stratégies des États membres en matière de santé publique¹⁶.

7. Un manuel de santé publique : pour qui ? Pourquoi ?

La santé publique est donc une notion actuelle à laquelle la population est sensibilisée, mais l'expression est parfois galvaudée, et les caractéristiques de l'approche collective des problèmes de santé souvent mal connues. Les définitions et éléments de présentation très généraux de cette introduction sont là pour montrer la nécessité de maîtriser suffisamment un ensemble de savoirs afin de s'écarter d'une attitude simpliste à l'égard d'un sujet sur lequel chacun peut être tenté de s'exprimer car il nous concerne tous : notre santé.

C'est pour un lecteur curieux, averti, sans être expert, que cet ouvrage est conçu. Son but est, en s'appuyant sur l'expérience d'auteurs qui sont des praticiens de la santé publique, et dans une perspective opérationnelle, de fournir les éléments de connaissance indispensables à la compréhension de la démarche de santé publique ; puis, une fois ces bases posées, de présenter au lecteur les enjeux actuels les plus importants, dont certains sont tout à fait majeurs pour nos sociétés, en France, mais aussi le plus souvent possible à l'échelle européenne ou internationale.

Le citoyen, l'utilisateur, le professionnel de santé, l'étudiant, le candidat à un concours, le membre d'une association trouveront donc ici, sous un format assez compact, une initiation qui, nous l'espérons, donnera l'envie de poursuivre et d'approfondir l'exploration de la santé publique.

16. La campagne d'achats groupés de vaccins contre le SRAS-CoV2 à l'échelle européenne en est un exemple récent.

Points clés

- La notion de santé peut être définie de plusieurs manières : comme un objectif à atteindre, qui peut revêtir une forme absolue ou comme une ressource à mobiliser pour satisfaire d'autres buts et qui doit, alors être suffisante ; elle peut être définie par des professionnels divers ou par des profanes ; ses définitions sont imprégnées des valeurs sociales en vigueur.
- La santé publique se caractérise par une approche collective des problèmes de santé. Ses objectifs visent à améliorer l'état de santé de groupes humains, et non d'individus. Elle se distingue donc de l'approche soignante individuelle. Cette distinction est celle qui existe entre une politique de santé et la pratique soignante.
- Cependant, il est nécessaire d'articuler au mieux les deux approches, individuelle et collective.
- Agir en santé publique implique de prendre en compte de multiples et très divers déterminants de santé, qui pèsent positivement ou négativement sur l'état de santé des populations.
- La grande diversité des déterminants de santé implique que la santé publique est par essence une activité multidisciplinaire qui mobilise des équipes pluri-professionnelles.
- Les questions de santé publique ont une importance croissante dans les préoccupations de la population et des pouvoirs publics, en raison notamment d'une perception accrue de l'impact des déterminants de santé et de la survenue de crises sanitaires.
- Au-delà des leviers financiers et coercitifs, la communication a une importance majeure pour convaincre la population de modifier son comportement.
- À l'instar de ce qui existe en matière de bioéthique, une vigilance éthique croissante s'impose dans le champ de la santé publique. Les restrictions de libertés mises en œuvre pendant la pandémie de Covid-19 soulignent la difficulté de trouver le juste équilibre entre respect des libertés individuelles et protection collective face à une pandémie massive et évolutive liée à un agent infectieux nouveau.

Pour en savoir plus

Les deux numéros thématiques consacrés à l'épidémie de Covid-19 de la revue du HCSP :
– Z. Mansour, D. Lepelletier (coord.), « Covid-19. Une crise sanitaire inédite », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 116, décembre 2021.
– F. Claudot, D. Grimaud (coord.), « Réflexions éthiques autour du Covid-19 », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 117, mars 2022.

Table des matières

Liste des auteurs	3
Préface , <i>Virginie Migeot</i>	5
Introduction , <i>Jacques Raimondeau, Philippe Naty-Daфин</i>	7

PREMIÈRE PARTIE Les fondamentaux

Chapitre 1. Histoires de la santé publique , <i>Jacques Raimondeau, Élodie Carmona</i>	21
1.1. Lointaines origines	21
1.2. Moyen Âge et Renaissance	23
1.3. Du xv ^e au xviii ^e siècle	25
1.4. Le xix ^e siècle: l'essor de la médecine curative et la progressive prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé	27
1.5. La «révolution pasteurienne»	31
1.6. Organisations et politiques de santé publique au xx ^e siècle	32
1.7. Le développement des systèmes de protection sociale	36
Chapitre 2. Déterminants de la santé , <i>Jacques Raimondeau</i>	45
2.1. La diversité des déterminants de la santé	45
2.1.1. Les déterminants biologiques	46
2.1.2. L'environnement socio-économique	48
2.1.3. Les déterminants comportementaux	61
2.1.4. Les déterminants liés au système de santé	64
2.2. Les interactions entre déterminants	67
Chapitre 3. Méthodes épidémiologiques , <i>Jacques Raimondeau, Élodie Carmona</i>	71
3.1. Définitions et généralités	71
3.1.1. L'épidémiologie descriptive	71
3.1.2. L'épidémiologie analytique	72
3.1.3. L'épidémiologie évaluative ou interventionnelle	72
3.2. Les enquêtes épidémiologiques: descriptives, analytiques, interventionnelles	73
3.2.1. Les variables	73
3.2.2. La morbidité	74
3.2.3. Les enquêtes descriptives	75
3.2.4. Les enquêtes analytiques et évaluatives	77

3.2.5. Le positionnement de l'enquête dans le temps.....	80
3.2.6. Le choix du type d'enquête	80
3.2.7. Exploitation des résultats de plusieurs enquêtes	81
3.3. L'expression de l'information épidémiologique	82
3.3.1. Tendances centrale et dispersion des valeurs.....	82
3.3.2. Incidence et prévalence.....	82
3.3.3. Le risque et sa mesure.....	84
3.3.4. Test de signification statistique	86
3.4. Biais, facteurs de confusion et causalité.....	88
3.4.1. Les biais.....	88
3.4.2. Les facteurs de confusion	89
3.4.3. Le jugement de causalité	93
3.5. Représentation graphique de l'information épidémiologique.....	94
Chapitre 4. Les données de santé, Jacques Raimondeau, Élodie Carmona	99
4.1. Les indicateurs de santé : définition et usages	99
4.1.1. Les indicateurs démographiques	101
4.1.2. Les indicateurs sanitaires.....	105
4.1.3. Les indicateurs de handicap et de qualité de vie	109
4.1.4. Indicateurs relatifs aux services de santé	111
4.1.5. Indicateurs comportementaux, environnementaux, économiques et de protection sociale.....	114
4.1.6. Indicateurs composites.....	115
4.2. Les principales sources de données de santé.....	116
4.2.1. Données démographiques	117
4.2.2. Données économiques, sociales, environnementales	117
4.2.3. Données sanitaires	117
4.2.4. Données relatives au système de santé et aux politiques de santé	125
4.3. Les données sanitaires dans l'Union européenne	125
Chapitre 5. L'état de santé des Français. Comparaisons internationales, Jacques Raimondeau.....	129
5.1. Vie et mort des Français : une situation moyenne globalement bonne	130
5.1.1. Espérance de vie	130
5.1.2. Mortalité.....	131
5.1.3. Mortalité prématurée (avant 65 ans).....	134
5.1.4. Morbidité.....	134
5.2. Les principaux problèmes de santé : présentation par pathologie	135
5.2.1. Cancers	135
5.2.2. Maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques, insuf- fissance cardiaque, maladie cérébrovasculaire	137
5.2.3. Maladies respiratoires (hors cancers) : bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme	138

5.2.4. Endocrinologie, nutrition : diabète, obésité, surpoids	140
5.2.5. Insuffisance rénale	141
5.2.6. Santé mentale	142
5.2.7. Les maladies infectieuses	144
5.2.8. La rougeole	145
5.2.9. La tuberculose	146
5.2.10. La grippe	147
5.2.11. Les infections à coronavirus	148
5.2.12. Sida et infection par le VIH	149
5.2.13. Hépatites virales	150
5.2.14. Infections sexuellement transmises (IST) hors sida et hépatites.	151
5.2.15. Les arboviroses : chikungunya, dengue, maladie à virus Zika	152
5.3. Les principaux déterminants de santé : tabac, alcool, toxicomanies illégales, conditions de travail, environnement	152
5.3.1. La consommation de tabac	152
5.3.2. La consommation d'alcool	154
5.3.3. Les toxicomanies illégales	155
5.3.4. Les conditions de travail	156
5.4. Le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques	157
5.5. La santé des jeunes	158
5.6. Grossesse et contraception	160
5.7. De fortes inégalités de santé	161
5.7.1. Inégalités territoriales	161
5.7.2. Inégalités sociales de santé (ISS)	164
Chapitre 6. Économie de la santé, Philippe Naty-Daouin	167
6.1. Les dépenses de santé et leur financement	169
6.1.1. Le périmètre des dépenses de santé	169
6.1.2. La décomposition des dépenses de santé (au sens de la CSBM) ..	170
6.1.3. La répartition des dépenses par pathologie	173
6.1.4. Les dépenses de santé en perspective : évolution et comparaisons internationales	173
6.1.5. Le financement des dépenses de santé	177
6.2. L'analyse microéconomique au service de la santé	179
6.2.1. Les particularités du secteur de la santé	179
6.2.2. La modélisation de la demande et de la consommation de soins ..	181
6.2.3. Les principaux facteurs influençant le recours à l'offre de soins ..	185
6.2.4. Les études de médico-économie	187
6.3. Les modes de rémunération des médecins	189
6.3.1. La dépense médicale	190
6.3.2. Les différents modèles de rémunération	190
6.3.3. Le mode de rémunération des médecins français	192
6.3.4. Des revenus variables entre les spécialités et entre les pays	196

6.4. Les modes de financement des établissements de santé.....	199
6.4.1. La dépense hospitalière et son financement	199
6.4.2. L'évolution des modes de financement des établissements de santé : du prix de journée à la tarification à l'activité	200
6.4.3. La tarification à l'activité (T2A)	202
6.4.4. Les mécanismes complémentaires à la T2A	204
6.4.5. Des pistes d'évolution.....	206
Chapitre 7. La protection sociale de la santé, Gilles Huteau.....	209
7.1. L'accès aux soins pour tous : un défi pour la protection sociale dans le monde.....	211
7.1.1. La protection sociale de la santé, au service de l'accès aux soins pour tous	211
7.1.2. Les différents modes d'organisation de la protection sociale de la santé	214
7.1.3. L'objectif international d'une couverture santé universelle	219
7.2. La protection sociale en France : une composante de la politique de santé.....	225
7.2.1. L'accès aux soins pour tous à l'épreuve des limites de l'assurance maladie de base	227
7.2.2. L'adjonction des couvertures complémentaire à l'assurance de base en vue de lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins	233
7.2.3. Le système conventionnel entre l'assurance maladie et la médecine de ville : un instrument de la politique de santé.....	235
Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France, Philippe Marin	243
8.1. La réforme de 1958, « mère de toutes les réformes »	246
8.2. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 : la maturité d'un système hospitalier redéfinissant la juste place de l'État comme pilote et les opérateurs en santé	249
8.3. La loi portant réforme hospitalière de 1970 : l'éternel retour de l'État ou l'avènement du pilote et régulateur.....	252
8.4. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 : prévention, promotion de la santé et place de l'utilisateur	256
8.5. La loi portant réforme hospitalière de 1991 : le pilotage par objectifs et la maturité de la planification hospitalière.....	260
8.6. Les trois ordonnances Juppé de 1996 : le socle de la transformation.	263
8.7. La loi de transformation du système de santé de 2019 et la loi visant à améliorer le système de santé de 2021 : l'avènement du premier recours comme socle du système de santé.....	267
8.8. Le plan Hôpital 2007 et les ordonnances de 2003 et 2005 : les outils du <i>New Public Management</i> et la contractualisation et responsa- bilisation des acteurs.....	270

Chapitre 9. Administration de la santé : la France, Jacques Raimondeau, Philippe Marin	279
9.1. Le cadre général	279
9.2. Les directions d'administration centrale (DAC) et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)	281
9.2.1. Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)	282
9.2.2. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	282
9.2.3. La Direction générale de la santé (DGS)	283
9.2.4. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	284
9.2.5. La Direction de la sécurité sociale (DSS)	284
9.2.6. La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	285
9.2.7. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	285
9.2.8. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)	285
9.3. Les agences sanitaires nationales	286
9.3.1. Présentation générale	286
9.3.2. L'Agence nationale de santé publique (ANSP), Santé publique France	289
9.3.3. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	291
9.3.4. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)	292
9.3.5. L'Agence de la biomédecine (ABM)	293
9.3.6. L'Institut national du cancer (INCa)	293
9.3.7. L'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)	295
9.3.8. L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)	296
9.3.9. L'Établissement français du sang (EFS)	296
9.3.10. L'Institut national de la transfusion sanguine (INTS)	297
9.3.11. L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)	297
9.3.12. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	297
9.3.13. La Haute Autorité de santé (HAS)	298
9.3.14. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)	299
9.3.15. L'Agence du numérique en santé (ANS)	300
9.3.16. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	300
9.3.17. Le Centre national de gestion (CNG)	301
9.3.18. L'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)	301
9.3.19. Plateforme des données de santé (<i>Health Data Hub</i>)	301
9.4. Les agences régionales de santé (ARS)	302
9.4.1. Contexte de création	302

9.4.2. Organisation et missions.....	303
9.4.3. Les structures de concertation auprès de l'ARS	304
9.4.4. Le projet régional de santé (PRS), outil unifié de planification sanitaire en région	306
9.4.4. Le pilotage national des ARS	308
9.4.5. L'administration de la cohésion sociale.....	309
Chapitre 10. Administration de la santé : l'Union européenne et l'OMS, Élodie Carmona, Jacques Raimondeau.....	313
10.1. L'Union européenne	313
10.1.1. Les compétences et institutions de l'Union européenne	313
10.1.2. Les fondements de l'action sanitaire de l'Union européenne.....	318
10.1.3. Les pouvoirs législatifs de l'Union en matière de santé.....	320
10.1.4. L'appui aux États membres en matière de santé.....	323
10.1.5. La concurrence dans les secteurs liés à la santé : une compétence exclusive de l'Union européenne	331
10.1.6. Les agences de santé européennes	333
10.2. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)	335
10.2.1. Principes d'action.....	338
10.2.2. Organisation générale et gouvernance	339
10.2.3. Les grands axes de l'action de l'OMS.....	340
10.2.4. La région Europe de l'OMS.....	344
Chapitre 11. Régulation des systèmes de santé, Pierre-Henri Bréchat, Philippe Marin, Jacques Raimondeau.....	349
11.1. Définitions et principes généraux de la planification en santé	349
11.1.1. Le système de santé.....	349
11.1.2. La planification en santé.....	351
11.2. Les étapes d'un processus de planification en santé.....	356
11.2.1. Phase de préparation	356
11.2.2. Phase de diagnostic	357
11.2.3. Phase d'élaboration des priorités	362
11.2.4. Fixation des objectifs	367
11.3. Mise en œuvre du processus de planification en santé au niveau régional : le projet régional de santé (PRS)	368
11.3.1. Le dispositif général.....	368
11.3.2. Le cadre d'orientation stratégique et son plan	369
11.3.3. Le schéma régional de santé (SRS)	369
11.3.4. Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)	371
11.3.5. La mise en œuvre des actions au sein de programmes	371
11.3.6. Éléments d'évaluation de la planification régionale	372
11.4. Inspection, contrôle et évaluation, dans le champ de la santé	373
11.4.1. Définitions et généralités.....	374
11.4.2. Les grands champs du contrôle aux mains de l'ARS.....	376

Chapitre 12. Interventions en santé publique : prévention, promotion de la santé, Jacques Raimondeau	381
12.1. Définitions et généralités	381
12.1.1. La prévention	381
12.1.2. Éducation pour la santé	386
12.1.3. Promotion de la santé	387
12.2. La stratégie de réduction de la consommation de tabac	389
12.3. Réduction de la consommation d'alcool	392
12.4. La vaccination	393
12.4.1. Généralités sur les vaccins	393
12.4.2. La mise en œuvre de la vaccination : la stratégie vaccinale	395
12.5. Le dépistage	401
12.5.1. Principes du dépistage	401
12.5.2. Le dépistage organisé	401
12.5.3. Les critères de qualité d'un test de dépistage	402
12.5.4. La mise en œuvre d'un dépistage organisé	404
12.5.5. Le dépistage organisé des cancers en France	404
12.5.6. Les autres dépistages	407
12.5.7. Dépistage et « bilans de santé »	408
12.6. La réduction des risques chez les usagers de drogues	408
12.6.1. Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)	409
12.6.2. Le développement du dépistage des maladies infectieuses	410
12.6.3. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO)	410
12.6.4. Salles de consommation à moindre risque (SCMR) et « haltes soins addictions » (HSA)	411
Chapitre 13. La qualité dans le système de santé, Jacques Raimondeau.	413
13.1. La qualité en santé et sa mesure	413
13.1.1. Définition et généralités	413
13.1.2. Les risques et la gestion des risques	414
13.1.3. La démarche qualité	416
13.2. La certification des établissements de santé	420
13.2.1. La mise en œuvre de la procédure de certification	422
13.2.2. Les indicateurs de qualité	424
13.2.3. L'impact de la certification	424
13.2.4. Le cas des établissements médico-sociaux	424
13.3. L'accréditation des professions « à risque »	425
13.4. La certification périodique et le développement professionnel continu (DPC)	426
13.4.1. La certification périodique (CP)	426
13.4.1. Le développement professionnel continu	427
13.5. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	428

13.5.1. Définition et généralités.....	428
13.5.2. Les outils de l'ETP.....	429
13.5.3. La mise en œuvre des actions d'ETP.....	430
13.6. La lutte contre les infections associées aux soins.....	431
13.6.1. Infections associées aux soins (IAS) et infections nosocomiales (IN)	431
13.6.2. Le dispositif de lutte contre les IAS.....	432
13.7. La lutte contre l'antibiorésistance (ABR).....	435
13.7.1. ABR et santé publique	435
13.7.2. Les modalités de lutte contre l'ABR	436
Chapitre 14. Veille et sécurité sanitaires, gestion des situations sanitaires exceptionnelles, Jacques Raimondeau.....	441
14.1. La veille sanitaire.....	441
14.1.1. Définitions et généralités.....	441
14.1.2. Les signaux et leur traitement.....	443
14.2. La sécurité sanitaire.....	444
14.2.1. Définitions et généralités.....	444
14.2.2. Mise en œuvre de la démarche de sécurité sanitaire	445
14.2.3. Les acteurs de la sécurité sanitaire.....	447
14.3. La gestion d'une situation exceptionnelle	451
14.3.1. Principes d'organisation.....	453
14.3.2. Les plans	456
14.3.3. Un exemple de préparation à une situation exceptionnelle : le plan Pandémie grippale.....	459
14.4. Les questions éthiques	463
Chapitre 15. Le médicament, Philippe Naty-Daoufin	467
15.1. Une brève histoire du médicament	468
15.2. Une approche normative du médicament : définitions et classifications	470
15.3. Les principes de base de la pharmacologie.....	472
15.3.1. La compréhension du mécanisme d'action du médicament sur l'organisme : la pharmacodynamique	472
15.3.2. La compréhension du devenir du médicament dans l'organisme : la pharmacocinétique.....	473
15.4. Les principales étapes du cycle de vie du médicament : de sa découverte à la pharmacovigilance.....	474
15.4.1. De multiples sources pour de nouvelles découvertes	474
15.4.2. Le développement des nouveaux médicaments.....	475
15.4.3. L'autorisation de mise sur le marché (AMM).....	478
15.4.4. Le processus de détermination des prix et du statut de remboursement.....	481
15.4.5. La fabrication et la distribution	486

15.4.6. La surveillance du médicament après sa commercialisation : la pharmacovigilance.....	487
15.5. Les principaux acteurs de la chaîne du médicament.....	489
15.5.1. L'industrie pharmaceutique.....	489
15.5.2. La distribution de gros.....	490
15.5.3. Les officines de pharmacie et les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé (PUI)	491
15.6. Les dispositifs médicaux.....	494
15.6.1. Définition et classification.....	494
15.6.2. Accès au marché.....	495
15.6.3. Matériovigilance.....	496
15.6.4. Évolution de la législation.....	497
15.6.5. Marché et industrie.....	497

DEUXIÈME PARTIE

Les enjeux

Chapitre 16. Enjeux pour le système de santé français et Stratégie nationale de santé, Jacques Raimondeau, Philippe Marin	503
16.1. Les principaux enjeux pour le système de santé français	503
16.1.1. Les enjeux.....	503
16.1.2. Les principes d'action.....	505
16.1.3. Le contexte	508
16.2. La politique de santé française.....	509
16.3. La Stratégie nationale de santé 2018-2022.....	511
16.3.1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie (axe 1)	514
16.3.2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (axe 2)	519
16.3.3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge (axe 3)	522
16.3.4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens (axe 4)	527
16.4. Les priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune	530
16.4.1. Accompagner les parents dès la période prénatale dans l'apprentissage des enjeux de santé de l'enfance et de l'adolescence	530
16.4.2. Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant.....	530
16.4.3. Développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales.....	531
16.4.4. Prévenir les violences et les maltraitances sur les enfants	531
16.4.5. Poursuivre l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et des adolescents	531

16.4.6. Améliorer l'accompagnement et l'insertion sociale des enfants handicapés.....	532
16.4.7. Améliorer la santé des étudiants.....	532
16.5. L'évaluation de la SNS.....	533
Chapitre 17. Enjeux pour le système de santé français : les évolutions et innovations de l'organisation, <i>Philippe Marin, Élodie Carmona, Jacques Raimondeau, Philippe Naty-Daufin, Pierre-Henri Bréchat</i>	537
17.1. Vers l'Union européenne de la santé.....	540
17.2. L'analyse de la réponse française à la pandémie de Covid-19	545
17.3. Les enjeux en santé-environnement.....	549
17.4. Le parcours de santé.....	552
17.4.1. Historique	552
17.4.2. Principes d'organisation.....	554
17.4.3. Un parcours de santé reposant sur un projet partagé.....	554
17.4.4. Impact de la mise en place des organisations de support aux parcours sur la régulation du système de santé.....	561
17.5. La démarche d'innovation organisationnelle aux États-Unis et l'exemple des ACOs	562
17.5.1. Le concept d'ACO	565
17.5.2. Les résultats.....	569
17.6. Planification en santé: des évolutions à venir	570
17.6.1. Mieux outiller la planification	571
17.6.2. Mieux prendre en compte les besoins de santé exprimés par la population.....	572
17.6.3. Donner des moyens financiers.....	574
17.6.4. Aller vers une profonde modification de l'organisation du système de santé?	575
17.7. Programme national de santé (PNS): trop complexe du court au long terme.....	576
17.7.1. 2000-2010 : phase de construction interministérielle et interinstitutionnelle.....	577
17.7.2. 2010-2019: phase de rétrogradation.....	579
17.7.3. Depuis 2019: des enseignements à tirer en faveur de la mise en place d'une politique de prévention	580
Chapitre 18. Solidarité, responsabilité et égalité sociale vis-à-vis de l'accès aux soins, <i>Gilles Huteau</i>	585
18.1. Une solidarité face aux risques de santé à conforter dans une finalité de santé publique	588
18.1.1. Le caractère perfectible de la protection sociale de la santé	588
18.1.2. La « Grande Sécu », une piste de réforme en vue de mieux répondre aux besoins de santé.....	592
18.1.3. Le problème de la soutenabilité financière de l'assurance maladie de base.....	597

18.2. Une responsabilité dans l'usage des soins à concilier avec l'exigence de solidarité.....	601
18.2.1. Une responsabilisation financière du patient-assuré social susceptible de fragiliser la solidarité.....	601
18.2.2. L'insuffisante avancée d'une responsabilisation financière corrélée au suivi d'un parcours de soins.....	604
18.2.3. L'opportunité de promouvoir une responsabilité-participation du patient-assuré social.....	607
Chapitre 19. Médicaments : les enjeux actuels, Philippe Naty-Daouin.....	615
19.1. Le progrès thérapeutique.....	616
19.1.1. Des innovations qui ont considérablement changé la vie des malades	616
19.1.2. De nombreux nouveaux médicaments en développement.....	617
19.1.3. De nouvelles approches thérapeutiques.....	618
19.1.4. Des évolutions possibles pour l'accès au marché et la pharmacovigilance	622
19.2. L'accessibilité financière.....	623
19.2.1. Le marché et son évolution	624
19.2.2. L'impact de la crise Covid sur le marché du médicament	627
19.2.3. Le processus d'évaluation des technologies de santé et de détermination des prix et statut de remboursement	628
19.2.4. Des pistes de changement pour assurer la soutenabilité.....	632
19.3. La fabrication et la distribution	633
19.3.1. La fabrication des spécialités pharmaceutiques.....	634
19.3.2. La distribution.....	634
19.3.3. Les ruptures d'approvisionnement	638
19.3.4. Les contrefaçons	642
19.4. Les mésusages	644
19.4.1. Les principales causes de mésusage	644
19.4.2. Les conséquences	646
19.4.3. Des pistes d'amélioration.....	648
Chapitre 20. Les nouvelles technologies au service de la santé, Philippe Naty-Daouin.....	651
20.1. Les briques technologiques.....	653
20.1.1. L'exploitation des données de santé.....	653
20.1.2. Les innovations techniques.....	656
20.2. Les applications des technologies numériques dans le domaine de la santé	659
20.2.1. Les actions de prévention.....	659
20.2.2. L'information des patients	660
20.2.3. Les actions de santé publique	661
20.2.4. L'efficacité des soins.....	663
20.2.5. Le fonctionnement du système de santé	667

20.2.6. La qualité de vie et le maintien de l'autonomie	669
20.2.7. Le développement de nouvelles thérapies	670
20.3. L'utilisation des outils numériques dans la lutte contre la pandémie de Covid-19	670
20.3.1. Les bases données mobilisées	671
20.3.2. Les réalisations numériques.....	673
20.4. L'apport du numérique dans la transformation du système de santé français	675
20.4.1. « L'État plateforme » et son application au domaine de la santé.	676
20.4.2. La gouvernance du numérique en santé.....	681
20.4.3. Les bases de données	682
20.4.4. « Mon espace santé » : la santé à portée de clic pour tous les Français.....	684
20.4.5. La plateforme des données de santé ou Health Data Hub.....	685
20.5. Les enjeux	688
20.5.1. Des enjeux techniques	689
20.5.2. Des enjeux économiques et de souveraineté.....	691
20.5.3. Des enjeux d'accessibilité	692
20.5.4. Des enjeux pour l'organisation du système de santé	694
20.5.5. Des enjeux éthiques, juridiques, et sociétaux.....	696
Glossaire	701
Bibliographie	719
Index	723

DANS LA COLLECTION

Références

Santé

Social

**La démocratie en santé.
Comprendre et s'engager**

Christian Saout

Préface de Didier Tabuteau

2022

**Histoire des politiques sociales.
30 ans d'expertise de l'IGAS**

Dominique Giorgi

Préface de François Brun - Postface de Pierre Boissier

2021

**La promotion de la santé.
Comprendre pour agir dans le monde francophone**

Éric Breton, Françoise Jabot, Jeanine Pommier, William Sherlaw (dir)

Préface de Laurent Chambaud - Postface de Liane Comeau

2020 - 2^e édition

**Étrangers, immigrés: (re)penser l'intégration.
Savoirs, politiques et acteurs**

Marie-José Bernardot

2019

**L'individu contre le collectif.
Qu'arrive-t-il à nos institutions ?**

Lafore Robert

2019

**Le management en santé.
Gestion et conduite des organisations de santé**

Michel Louazel, Alain Mourier, Erwan Ollivier, Roland Ollivier,

Préface de Cécile Courrèges

2018

**Politiques sociales et de santé.
Comprendre pour agir**

Yvette Rose Rayssiguier, Gilles Huteau (dir.)

2018 - 3^e édition

**La loi santé. Regards sur la modernisation
de notre système de santé**

Anne Laude, Didier Tabuteau (dir.)

2016

**Le droit des usagers dans les établissements
et services sociaux et médico-sociaux**

Jean-Marc Lhuillier

2015 - 5^e édition

Conception : Presses de l'EHESP
Réalisation : STDI à Lassay-les-Châteaux
Achevé d'imprimer en décembre 2022
sur les presses de Sepec numérique à Péronnas
N° d'impression : N10715221002
IMPRIMÉ EN FRANCE

MANUEL de **santé** publique

Références

Santé

Social

Sous la direction de
Jacques Raimondeau

Au cœur de l'actualité et des préoccupations des politiques, des citoyens et des chercheurs, la santé publique semble souvent complexe tant elle mobilise de disciplines diverses. S'appuyant sur de nombreuses illustrations concrètes, ce manuel dresse un large panorama des savoirs académiques et professionnels en santé publique, ainsi que des enjeux et défis à relever.

En une vingtaine de chapitres, il permet de développer ses connaissances sur des notions fondamentales en épidémiologie, économie de la santé, protection sociale, organisation des systèmes de santé. Les régulations financière, juridique, administrative, mais aussi démocratique y sont décrites et analysées, en France, en Europe ou à l'échelle internationale.

Les questions nouvelles de santé publique comme la e-santé, les effets de la mondialisation sur la santé ou les menaces imprévues ou méconnues, sont également présentées dans cette 2^e édition, en se référant aux situations les plus récentes comme la pandémie de Covid-19.

Destiné aux candidats aux concours sanitaires et sociaux (EHESP, agrégation en sciences médico-sociales...), aux étudiants de l'Université et internes en médecine se spécialisant en santé publique, cet ouvrage intéressera toutes celles et tous ceux qui souhaitent s'écarter d'une attitude simpliste à l'égard d'un sujet qui nous concerne tous : notre santé.

Jacques Raimondeau (dir.) est médecin spécialiste en santé publique et responsable de l'enseignement de santé publique pour les cycles de préparation aux concours de l'EHESP.

Pierre-Henri Bréchat est médecin spécialiste en santé publique et médecine sociale, docteur ès sciences et docteur en droit, praticien hospitalier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Élodie Carmona, statisticienne et épidémiologiste, est administratrice au Parlement européen.

Gilles Huteau est professeur en politiques sociales et de santé à l'EHESP et enseigne la protection sociale à Sciences Po Rennes, ainsi qu'à l'université Rennes 1.

Philippe Marin est directeur d'hôpital, docteur en droit, et enseignant à l'EHESP.

Philippe Naty-Daufin, docteur en pharmacie et économiste de la santé, est responsable du pôle produits de santé, pharmacie et biologie de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, chargé d'enseignements à l'EHESP et à l'EN3S.

ISBN : 978-2-8109-1068-7



40 €

www.presses.ehesp.fr