



HAL
open science

Crise du système de santé en France

Aurélien Anthore

► **To cite this version:**

Aurélien Anthore. Crise du système de santé en France. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03292317

HAL Id: dumas-03292317

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03292317v1>

Submitted on 20 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année

2021

THESE

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai

par

Anthore Aurélien

Né le 10 décembre 1993 à Dieppe

Crise du système de santé en France

Président du jury : Conce-Chemtob, Marie Catherine, *Maitre de
Conférences des Universités*

Membres du jury : Guerard-Detuncq, Cécile, *Professeur Associé
Universitaire UFR Santé Rouen*

Membres du jury : *Labigne, Flore, Docteur en Pharmacie*

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année

2021

THESE

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai

par

Anthore Aurélien

Né le 10 décembre 1993 à Dieppe

Crise du système de santé en France

Président du jury : Conce-Chemtob, Marie Catherine, *Maitre de
Conférences des Universités*

Membres du jury : Guerard-Detuncq, Cécile, *Professeur Associé
Universitaire UFR Santé Rouen*

Membres du jury : *Labigne, Flore, Docteur en Pharmacie*

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu, ma mère et mon beau-père, ainsi que l'ensemble de ma famille pour leur soutien moral et matériel durant l'ensemble de mes années d'études. Le refuge qu'a constitué la maison familiale est ce qui m'a fait tenir le cap pendant ces dures années de labeurs.

Je remercie également l'ensemble de mes professeurs, qui ont su m'inculquer un véritable amour des arts pharmaceutiques. Ils ont fait de moi, non seulement le pharmacien, mais également en partie l'Homme que je suis devenu.

Un grand merci, à l'ensemble de mes camarades et condisciples, les moments de détente après les longues journées à la faculté ont été, pour le moment, dans les plus heureux moments de ma vie.

Merci à Catherine Chabot ainsi qu'à ma mère pour la relecture de cette thèse et la correction de mes trop nombreuses fautes d'orthographe.

A mes maîtres de stage, le Dr De Sainte Opportune et le Dr De Vial qui m'ont chaleureusement accueilli pour mon premier et mon ultime stage de pratique officinale. Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Labigne pour les quatre années passées au sein de son officine. Vous m'avez permis de mettre en pratique les enseignements de mes professeurs, et inculqué, la chose la plus précieuse de notre métier : l'écoute du patient qui franchi la porte de la pharmacie.

Un remerciement spécial, pour le Dr Detuncq, la directrice de cette thèse, sans qui tout cela n'aurait pas été possible, et également pour l'ensemble des enseignements, qui sont à jamais gravés dans ma mémoire.

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSEESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombré</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Virologie

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSSONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES.....	19
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	21
TABLEAU DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	23
INTRODUCTION.....	25
L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN FRANCE.....	27
1. QU'EST-CE QU'UN SYSTEME DE SANTE ?.....	27
2. LE PILOTAGE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE	29
2.1. <i>Les instances nationales</i>	29
2.1.1. Le ministère en charge de la santé	29
2.1.2. Le Parlement	34
2.1.3. Les agences et comités d'expertise	34
2.2. <i>Au niveau local et régional</i>	38
2.2.1. Les Agences Régionales de Santé (ARS)	38
2.2.2. Et au niveau communal et intercommunal ?.....	40
3. LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	41
3.1. <i>La sécurité sociale</i>	41
3.1.1. La sécurité sociale : premier acteur de protection sociale	41
3.1.2. L'assurance maladie	44
3.2. <i>L'État</i>	53
3.2.1. La Couverture Maladie Universelle (CMU).....	54
3.2.2. L'Aide Médicale d'État (AME)	56
3.3. <i>Les complémentaires santé</i>	58
3.3.1. Généralités	58
3.3.2. La mutuelle santé d'entreprise	59
3.3.3. Les mutuelles	60
3.3.4. Les assurances.....	60
3.3.5. Les institutions de prévoyance.....	61
3.4. <i>Conclusion sur le financement du système de santé</i>	62
4. LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE.....	63
4.1. <i>Les établissements de santé</i>	63
4.1.1. Les établissements publics.....	64
4.1.2. Les établissements privés à but non lucratif	67
4.1.3. Les établissements privés à but lucratif	69
4.2. <i>Les professionnels de santé</i>	70
4.2.1. Les médecins.....	70
4.2.2. Les pharmaciens.....	70
4.2.3. Les sages-femmes	71
4.2.4. Les chirurgiens-dentistes	71
4.2.5. Les professions paramédicales.....	72
4.2.6. Professions de statut d'aide-soignant	78
4.3. <i>Les autres acteurs de la santé</i>	80
4.3.1. Les instituts de recherche	80
4.3.2. L'industrie pharmaceutique	81
4.4. <i>Les patients premiers acteurs de santé ?</i>	82
5. CONCLUSION SUR NOTRE SYSTEME DE SANTE.....	83

LES DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME DE SANTE	85
1. DES HOPITAUX EN SOUFFRANCE	85
1.1. <i>Des hôpitaux publics au bord du gouffre financier</i>	85
1.1.1. Une dette qui se creuse et des investissements en berne	87
1.1.2. Discussion sur l'état financier de nos hôpitaux	89
1.2. <i>Des ressources humaines au bord de l'asphyxie</i>	94
1.2.1. Une perte de repère qui se diffuse.....	94
1.2.2. Des équipes mises sous pression.....	95
1.2.3. Une « relève » mal menée.....	103
1.3. <i>Des conflits sociaux inédits dans le domaine de la santé</i>	114
1.3.1. Une contestation d'ampleur	114
1.3.2. Quels enseignements de cette grogne	118
2. LA NECESSITE DE SAUVER L'HOPITAL PUBLIC	120
2.1. <i>Que faire face au mal-être hospitalier</i>	120
2.1.1. Des revendications immédiates.....	120
2.1.2. Des revendications spécifiques des internes	121
2.1.3. Des revendications structurelles	123
2.1.4. Des revendications pour la santé de demain	124
CONCLUSION : IL FAUT SAUVER L'HOPITAL PUBLIC	127
1. SUR LE FRONT FINANCIER	127
1.1. <i>Propositions pour un plan de sauvetage</i>	128
1.2. <i>Propositions pour une refonte systémique</i>	129
2. SUR LE FRONT HUMAIN	130
3. UNE SITUATION SOMME DE CHOIX POLITIQUES ?	131
BIBLIOGRAPHIE.....	133
SITOGRAFIE	135
SERMENT DE GALIEN.....	141

Liste des tableaux et des figures

TABLEAU 1 RENTABILITE NETTE DES HOPITAUX PUBLICS ENTRE 2002 ET 2017 PAR (DREES 2018).....	86
TABLEAU 2 ÉVOLUTION DU TAUX D'ENDETTEMENT DES HOPITAUX PUBLICS ENTRE 2002 ET 2017 (DREES 2018)	88
TABLEAU 3 ÉVOLUTION DE L'EFFORT D'INVESTISSEMENT DES HOPITAUX PUBLICS ENTRE 2002 ET 2017, DREES (2018)	88
TABLEAU 4 PART DES TRAVAILLEURS DU SECTEUR HOSPITALIER AYANT UN RYTHME DE TRAVAIL IMPOSÉ PAR (BENALLAH ET DOMIN 2018).....	98
TABLEAU 5 : PART DES PERSONNELS DU SECTEUR HOSPITALIER DECLARANT...PAR : (BENALLAH ET DOMIN 2018).....	99
TABLEAU 6 : PART DES ETATS DEPRESSIFS CHEZ LES ETUDIANTS EN PHARMACIE DE (ANEPF 2020).....	107

Tableau des sigles et abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
AME	Aide Médicale d'État
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANEMF	Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
ANEPF	Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France
ANSM	Agence Nationale de Sécurité des Médicaments
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
CHG	Centre Hospitalier Général
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

EMA	European Medicines Agency (Agence Européenne des Médicaments (AEM))
FNESI	Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmier
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
INSERM	Institut National de le Santé Et de la Recherche Médical
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses de L'Assurance Maladie
PUMa	Protection Universelle Maladie
RO	Régime Obligatoire
RSA	Revenue de Solidarité Active
SSR	Soin de Suite et de Rééducation
T2A	Tarifcation À l'Activité
TM	Ticket Modérateur
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Dans un monde en perpétuel évolution, notre système de santé doit répondre à de nouveaux défis. En 2020, le monde fit face à l'une des plus grandes pandémies de l'Histoire. La Covid-19 mit les populations et les soignants à rude épreuve. Elle fut l'occasion d'une mise en lumière des difficultés rencontrées depuis des années par notre système de santé.

Les hôpitaux de France, furent malmenés pendant ce printemps 2020. Mais la vague pandémique était-elle la cause de ce vacillement ? Ou bien n'était-elle que le révélateur de dysfonctionnements ? Les hôpitaux français étaient-ils suffisamment préparés à un tel choc ?

Dans cette thèse nous nous concentrerons, dans un premier temps, sur ce qu'est un système de santé. Cet exposé nous permettra ainsi de mieux appréhender la place qu'occupe l'hôpital dans les soins en France. Ce sera l'occasion de découvrir ou redécouvrir les différents acteurs de notre système de santé.

Nous reviendrons ensuite sur la situation des hôpitaux avant le début de la pandémie. Nous en profiterons pour dresser leur état financier et celui de leur ressource humaine. Nous vous proposerons pour finir des pistes de réflexion sur des réformes du fonctionnement de nos hôpitaux, afin de réparer leurs maux et de les préparer pour l'avenir.

L'organisation du système de santé en France

Sources : (Sagnes-Raffy 2009; Laurent 2013; Cleiss 2019; Santé 2019 ; Rayssiguier et al. 2012)

1. Qu'est-ce qu'un système de santé ?

Le système de santé français est basé sur une organisation complexe mettant en œuvre de nombreux acteurs et un pilotage à plusieurs échelons, on distingue trois grandes parties quant à l'offre de soins:

La première est le médico-social qui va s'intéresser tout particulièrement aux populations dites « fragiles » (que ce soit lié à leur âge, leur handicap ou à leur appartenance à une classe socio-professionnel défavorisée)

La deuxième est constituée par la prise en charge hospitalière, cette dernière va quant à elle se concentrer sur la prise en charge ou le diagnostic de pathologies dites « lourdes », celles-ci nécessitant une surveillance accrue du patient par un ou plusieurs professionnels de santé, en cela ces structures ont la nécessité de proposer une offre d'hébergement.

La dernière partie du système de santé est constituée des soins de premiers recours, ils sont dits de « ville », et sont assurés par un panel de professionnels de santé répartis sur l'ensemble du territoire.

Dans ces trois grands domaines de l'offre de soins il y a un principe de liberté de choix de la part du patient. En effet ce dernier a la possibilité de choisir vers quel professionnel, vers quel centre hospitalier, vers quelle structure d'hébergement et quel centre médico-social se tourner. Il est donc impossible à qui que ce soit d'imposer à un citoyen ou résidant français une offre de soins qu'il n'ait pas choisie lui-même.

Il est également important de rappeler qu'un système de santé est un ensemble de moyens et d'activités permettant la production de biens et de services dans le domaine de la santé et vise plusieurs objectifs :

- CURATIF : afin de restaurer la santé.
- PRÉVENTIF : afin de prévenir l'apparition de maladie ou tout du moins en réduire les conséquences.
- ÉDUCATIF : pour que chaque individu puisse acquérir les connaissances et les savoir-faire nécessaires au maintien de son bon état de santé ainsi que de sa qualité de vie.

La santé de la population s'entend donc sur un plan beaucoup plus large que l'état de non-maladie, les politiques de santé publique ont donc trois objectifs principaux :

- Réduire au plus bas niveau possible les risques sanitaires.
- Garantir la meilleure qualité possible des soins.
- Assurer la plus grande égalité possible vis-à-vis de la santé.

Un système de santé est constitué de quatre grands « sous-systèmes » qui concourent tous à son bon fonctionnement :

- L'offre : c'est le système de soins que nous avons déjà évoqué précédemment.
- La demande : elle concerne les attentes des usagers (ici essentiellement des patients) vis à vis de leur santé.
- Le pilotage et le contrôle : assurés par l'État et les institutions, ils visent à avoir la plus grande corrélation possible entre l'offre et la demande.
- Le financement : nécessaire pour la prise en charge des coûts de production de santé, il assure leurs répartitions, et est soumis aux arbitrages politiques (ONDAM, LFSS...)

2. Le pilotage de notre système de santé

2.1. Les instances nationales

Sources : (Cleiss 2019; Santé 2019)

2.1.1. Le ministère en charge de la santé

Le ministère en charge d'assurer les réponses politiques dans le domaine de la santé, peut prendre diverses dénominations en fonction des gouvernements successifs.

Au moment où nous écrivons ces lignes, la France est dirigée par le gouvernement Castex, et le portefeuille de la santé est assuré par le ministère des solidarités et de la santé, dirigé par monsieur le ministre Olivier Véran.

Le ministère est le cœur politique de notre système de santé, il va ainsi assurer un éventail très large de responsabilités parmi lesquelles :

- Le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire. Pour y parvenir le ministère va s'appuyer sur les agences sanitaires, des opérateurs publics (dont il assure la tutelle) et sur des partenaires indépendants, nous reviendrons plus tard sur ces derniers.
- La supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement ainsi que la formation initiale et continue des professionnels de santé (en coopération avec le ministère de la recherche et des études supérieures). Ceci pour offrir une réponse adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires.
- Le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs des prestations, la maîtrise des coûts en santé ainsi que la tutelle des organismes d'assurance maladie, par la rédaction des LFSS définissant l'ONDAM qui sont votées chaque année par le Parlement.

Ces objectifs vont être vérifiés par des corps de contrôle tels que la cour des comptes ou l'inspection générale des affaires sociales.

Pour l'aider dans ses missions le ministre peut s'appuyer sur une puissante administration, divisée en de nombreuses directions, c'est ce que nous allons voir dès maintenant.

2.1.1.1. La Direction Générale de la Santé (DGS)

Sources : (Cleiss 2019; Santé 2019)

Elle prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Son action se poursuit à travers 4 grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé des citoyens, protéger la population des menaces sanitaires, garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé et mobiliser et coordonner les partenaires.

- Élaborer, guider et ancrer les politiques de santé :

La DGS propose les objectifs et les priorités de la politique de santé publique, fixe le cadre législatif et réglementaire, élabore les plans de santé publique ainsi que les programmes nationaux de santé et en assure la mise en œuvre. Son champ de compétence va de l'orientation de la recherche en santé à la prévention des risques infectieux et des maladies chroniques en passant par la prévention des risques sanitaires. Elle conduit également la politique nutritionnelle et la lutte contre les pratiques addictives.

- Protéger les populations :

La veille et la sécurité sanitaires requièrent une surveillance constante. La DGS en assume la responsabilité, en garantissant la capacité du système de santé à détecter, analyser et gérer les alertes et les situations sanitaires exceptionnelles. C'est dans le cadre de cette mission que la DGS et son directeur Jérôme Salomon, ont été mis sur le devant de la scène durant la crise de la COVID-19.

- Garantir la déontologie, la transparence et l'accès de tous à des soins de qualité :

La DGS a pour rôle d'agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Elle défend les droits des personnes malades et des usagers, encourage leur participation à la politique de santé et à son fonctionnement, assure le respect des règles de déontologie et la prévention des conflits d'intérêts.

Afin de mener à bien ses missions et coordonner leur mise en œuvre effective, la DGS assure la tutelle des agences sanitaires, participe au pilotage des agences régionales de santé et à l'animation des partenaires. Elle définit et soutient la position française lors de l'élaboration des textes ou l'examen des questions de santé ou de sécurité sanitaire au sein des instances européennes et internationales.

2.1.1.2. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Sources : (Santé 2019)

L'offre de soins réunit toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé, de recherche ou de formation. Au niveau national, les missions de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sont toutes orientées vers un objectif majeur : penser et construire l'offre de soins de demain en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients.

2.1.1.3. *La Direction de la Sécurité Sociale*

Sources : (Santé 2019)

Sous la cotutelle du ministère en charge de la santé et de celui de l'économie et des finances, cette direction est chargée du pilotage du financement de notre système de santé. Pour cela, elle assure plusieurs missions:

- Assurer la pérennité de la Sécurité sociale

La direction de la Sécurité sociale (DSS) assure la tutelle de l'ensemble des organismes de Sécurité sociale : les caisses du régime général et les caisses des régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité et travaille en interface avec ces organismes.

Ces responsabilités lui permettent de remplir un certain nombre d'objectifs prioritaires :

- Garantir la pérennité des régimes de retraite.
 - Mieux réguler les dépenses de santé.
 - Promouvoir une politique familiale adaptée aux besoins des familles.
 - Veiller à l'équilibre financier.
 - Lutter contre la fraude.
- Adapter les prestations de la Sécurité Sociale aux besoins de la population.

Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de Sécurité Sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à respecter l'équilibre financier des régimes.

Pour y parvenir, la direction de la Sécurité Sociale (DSS) :

- Définit et pilote les finances sociales : analyse des comptes et réalise les prévisions financières de la Sécurité Sociale ; pilotage

financier des différents régimes et suivi financier. A ce titre, elle prépare les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

- Définit le cadre juridique de l'ensemble des prestations de sécurité sociale.
- Pilote les organismes de Sécurité Sociale.
- Assure la négociation et le suivi des engagements européens et internationaux de la France en matière de Sécurité Sociale.

2.1.1.4. Autres directions du ministère

Sources : (Santé 2019)

En plus des trois directions présentées juste ci-dessus, le ministère se compose de nombreuses autres directions que nous ne ferons que citer :

- Direction des Affaires Juridiques. (DAJ)
- Division Des Cabinets. (DDC)
- Direction des Finances, des Achats et des Services. (DFAS)
- Délégation à l'Information et à la Communication. (DICOM)
- Délégation à l'Innovation en Santé. (DIeS)
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques. (DREES)
- Direction des Ressources Humaines. (DRH)
- Direction des Systèmes d'Information. (DSI)
- Direction Générale de la Cohésion Sociale. (DGCS)
- Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé. (DSSIS)
- Inspection Générale des Affaires Sociales. (IGAS)
- Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales. (SGMAS)

2.1.2. Le Parlement

Sources : (Sagnes-Raffy 2009; Laurent 2013; Cleiss 2019)

Son rôle direct dans le pilotage du système de santé est assez limité. En effet, il est là dans un but de « contrôle » de l'action gouvernementale (ministère), par sa possibilité d'ouverture de commissions d'enquête parlementaire, voir le vote d'une motion de censure à l'encontre du gouvernement.

Son véritable rôle va être de voter annuellement les objectifs sanitaires et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), fixant les objectifs de dépenses maladie (ONDAM), qui lui sont proposés par le gouvernement.

De plus c'est lui qui vote les lois régissant le fonctionnement du système de santé, et les grandes réformes qui en découlent. Elles sont en règle générale rédigées par le gouvernement, mais les parlementaires peuvent également faire des propositions de loi, ou bien amender les projets de loi gouvernementaux, qui lui sont soumis lors des différentes lectures au sénat et à l'assemblée nationale.

2.1.3. Les agences et comités d'expertise

Sources : (Sagnes-Raffy 2009; Laurent 2013; Cleiss 2019)

Pour prendre ses décisions l'État va consulter de nombreux experts du domaine qui sont regroupés, en comités directement dirigés par l'État, ou travaillant au sein d'une agence plus ou moins indépendante. Nous vous proposons maintenant de passer en revue les principales instances qui permettent d'éclairer la prise de décisions politiques dans notre pays.

2.1.3.1. *Les comités nationaux*

➡ Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)

Il a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007.

Le HCSP a pour mission de :

- Contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ;
- Fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- Fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ;
- Contribuer à l'élaboration d'une politique de santé globale et concertée.

➡ La Conférence Nationale de la Santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé.

Elle exerce trois missions :

- Formuler des avis sur l'amélioration du système de santé.
- Élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé ; ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA.), réalisé au niveau des Agences Régionales de Santé (ARS).
- Contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Elle peut aussi s'autosaisir de toute question qu'elle estime nécessaire de porter à la connaissance du ministre.

2.1.3.2. *Les agences sanitaires*

➡ La Haute Autorité de santé (HAS)

Elle a un statut un peu différent des autres agences. En effet c'est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée d'une personnalité morale (créée par la loi du 13 août 2004 et mise en place le 1^{er} janvier 2005).

Elle joue plusieurs rôles dans le système de santé :

- L'évaluation des technologies et des stratégies thérapeutiques.
- Édition des recommandations professionnelles.
- Mise en œuvre de la certification, notamment des différents centres hospitaliers.

➡ L'Agence Nationale de Santé Publique (« Santé Publique France »)

Prévue par la loi de modernisation du système de santé. Sa création est effective au 1^{er} mai 2016

Elle succède à l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

En tant qu'agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire, elle a en charge :

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

➡ L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)

L'agence a changé plusieurs fois de nom depuis sa création. Elle se nomme Agence du médicament de 1993 à 1999. Elle devient l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ou Afssaps) entre 1999 et 2012. Depuis 2012, elle prend le nom d'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. À la suite de l'affaire dite du « médiateur® »

Elle a pour mission principale d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et produits de santé destinés à l'usage de la médecine humaine. Elle est aussi l'autorité unique en matière de régulation des recherches biomédicales. En plus de cela elle est chargée de délivrer les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) au niveau national (possibilité pour les industriels de passer directement à un niveau européen auprès de l'Agence Européen du Médicament (EMA)). Elle assure également les vigilances sanitaires : pharmacovigilance, cosmétovigilance, matériovigilance, biovigilance et réactovigilance

2.2. Au niveau local et régional

Depuis les années 1980 les décisions politiques se font de plus en plus de manière déconcentrée¹ et décentralisée², le monde de la santé n'échappe pas à la règle, c'est dans ce cadre que les agences régionales ont été créées.

2.2.1. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Sources : (Sagnes-Raffy 2009; Laurent 2013; Cleiss 2019)

Ce sont des établissements publics administratifs de l'État français, chargés de la mise en œuvre de la politique de santé dans leur région. Créées le 1^{er} avril 2010 en vertu de la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST). Elles ont pour but d'assurer le pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé dans leur région respective. Elles sont autonomes moralement et financièrement et placées sous la tutelle du ministère chargé des affaires sociales et de la santé

Les ARS remplacent totalement, les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), créées en 1996 et qui avaient le statut de groupement d'intérêt public. Elles remplacent aussi d'autres institutions dont elles reprennent tout ou partie des compétences. Il s'agit en particulier des services déconcentrés du ministère chargé de la santé qu'étaient les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Deux grandes missions : le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région.

¹ Délégation de certaines compétences du ministère à des services extérieurs (« l'État central agissant au niveaux local »)

² Transfert de compétences de l'État central à des assemblées élues au plan local

➡ Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention :

- La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé des populations.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

➡ La régulation de l'offre de santé en région pour mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs : ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées ou handicapées) et hospitalier.

- Concrètement, les agences régionales coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.
- Régulation au niveau territorial, pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins et au niveau économique pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

➡ La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du directeur général de l'ARS divers leviers, notamment :

- L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.
- L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.
- Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité du système de santé.
- Agir sur le champ de la santé dans sa globalité : prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, organisation de l'offre de soins en ambulatoire (médecine de ville, licences d'officines) et en

établissements de santé (hôpitaux...), organisation de la prise en charge médico-sociale.

Ainsi les ARS déclinent les politiques nationales décidées au niveau du ministère et les adaptent selon les caractéristiques régionales (démographie, épidémiologie, géographique) en établissant les programmes régionaux de santé (PRS).

2.2.2. Et au niveau communal et intercommunal?

En réalité à cet échelon peu de décisions peuvent être prises ; en effet seules les communes de plus de 10 000 habitants peuvent se doter d'un service communal d'hygiène et de santé, qui a, s'il existe, la charge des campagnes de vaccination, la désinfection et la surveillance des règles d'hygiène.

Les communes sont dotées soit directement soit par le biais des intercommunalités de Centre (Inter-)Communal d'Action Sociale, qui ont en charge l'instruction et la délivrance des prises en charge concernant les dossiers qu'on lui confie dans le domaine de l'aide sociale.

3. Le financement du système de santé

Sources : (DREES 2018b) (André-Péchaud et al. 2012)

« La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. »

Ci-après nous allons nous intéresser aux financements nécessaires à la production des biens et des prestations de santé. Le maintien de la bonne santé de la population représente une somme colossale ; en 2017 la France a dépensé près de 199 346 Millions d'euros dans ce seul but, pas moins de 8,7% du PIB annuel. (DREES 2018b)

Bien plus que ces données brutes, c'est la répartition de la prise en charge de cette somme colossale entre différents acteurs (Sécurité-Sociale, patients, État, mutuelles et assurances) et leurs moyens de collecte de fonds qui vont nous intéresser ici.

3.1. La sécurité sociale

3.1.1. La sécurité sociale : premier acteur de protection sociale

Sources : (Rayssiguier et al. 2012)

La sécurité sociale est instituée par les ordonnances du 4 et du 19 août 1945. A sa création en France, elle n'est pas quelque chose d'universel ; en effet cette dernière ne concerne que les employés de l'industrie et du commerce, quant aux mineurs, marins, fonctionnaires, agriculteurs, artisans, commerçants, cadres ; ils ont déjà des régimes de sécurité sociale qui leurs sont propres et certains d'entre eux les conservent encore de nos jours. Mais bien plus que la conservation de régimes préexistants, c'est la création de nouveaux régimes qui met à mal l'universalité de la protection sociale. Pour exemple la création du

régime étudiant le 23 septembre 1948 dont la gestion est confiée à un opérateur privé, puis à des opérateurs qui rentrent dès lors en concurrence. Il faudra attendre jusqu'à très récemment, le 1er septembre 2019 pour le voir disparaître et franchir une étape de plus vers une couverture sociale universelle et centralisée.

La sécurité sociale, à ses débuts, a une logique « assurantielle ». En effet il convient à cette époque d'être contributeur (c'est à dire payer des cotisations) pour être bénéficiaire des prestations de la sécurité sociale. Le reste de la protection sociale a, par ailleurs, une logique « assistancielle », qui est pris en charge par l'État (et les collectivités locales) ainsi que par de nombreuses associations caritatives.

Mais la sécurité sociale va très vite étendre sa couverture à un spectre de plus en plus large au niveau des populations ciblées mais toujours dans quatre grands domaines qui forment les quatre branches de la sécurité sociale française :

- La branche maladie, qui recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès.
- La branche accidents du travail/maladies professionnelles.
- La branche famille.
- La branche retraite.

Cet élargissement de la population couvert par la sécurité sociale va avoir pour conséquence l'apparition d'assurés non-contributeurs, qui vont représenter un réel défi pour le financement des diverses prestations sociales, et la création de nouvelles sources de financements.

Malgré le spectre très large des prestations de la sécurité sociale, elle ne peut couvrir à elle seule le financement de l'ensemble des dispositifs de protection sociale ; ainsi divers dispositifs d'action sociale et assurantiels vont

prendre en charge les « risques » non couverts par la sécurité sociale... En premier lieu la création dès : 1947, des caisses de retraite complémentaire, l'assurance chômage dès 1958 ainsi que les mutuelles et les instituts de prévoyance qui viennent compléter le financement des frais de santé.

Mais les acteurs primordiaux de l'action sociale (en dehors de la Sécurité sociale) ont été les départements depuis les lois de décentralisation des années 80, notamment dans les domaines de l'aide sociale à l'enfance (PMI), le handicap et la dépendance. Ils sont aussi au financement du dernier filet de sécurité de notre système de protection sociale, à savoir le RSA (Revenu de Solidarité Active). La plupart des départements délèguent la gestion de ce dernier aux Caisses d'Allocations Familiales. Toutes ces missions sont inscrites dans la loi du 2 janvier 2002 portant sur la rénovation des actions sociales et médico-sociales.

De plus il convient de préciser qu'en plus du régime dit « général » il existe de nombreux régimes spéciaux, héritage de la longue construction de la protection sociale notamment dans des secteurs d'activité à risque (marin, militaire...) ou dont l'État voulait s'assurer la fidélité (fonctionnaires), et de nombreuses caisses composent l'ensemble de ces régimes et de ces branches. Tout ceci rend la lecture du fonctionnement très nébuleux. Nous allons donc nous concentrer plus particulièrement sur la branche maladie, qui va être un acteur primordial du financement de l'offre de soins.

3.1.2. L'assurance maladie

Sources: (Bras et Tabuteau 2012 ; Rayssiguier et al. 2012)

Cette assurance maladie est encore aujourd'hui divisée en plusieurs régimes distincts, eux-mêmes divisés en plusieurs caisses d'assurance maladie. Cette assurance relève un caractère obligatoire quant à son adhésion et à la cotisation. Elle repose donc sur un principe de solidarité large, avec des contributions assises sur les revenus.

À noter que le régime général et le régime agricole sont regroupés au sein de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) qui va avoir plusieurs rôles :

- La conduite de la politique conventionnelle qui détermine le lien entre L'AM et les professionnels libéraux.
- Définition des prestations soumises au remboursement, en accord avec les avis de la commission de transparence de la HAS.
- Fixation des taux de prise en charge des soins, en accord avec les décisions gouvernementales.

L'organisme qui a la charge de cette branche de la sécurité sociale au niveau national est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui remplace depuis le 1er janvier 2018 la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; date à laquelle les indépendants et les étudiants ont rejoint le régime général d'assurance maladie.

La CNAM va avoir plusieurs rôles à jouer :

- Définir les orientations, les principes et les objectifs qui guident son action et en assurer la mise en œuvre.
- Assurer la mise en œuvre des accords conventionnels passés entre UNCAM et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé.
- Développer la maîtrise des dépenses de santé ; en accord avec les LFSS annuelles.
- Définir et promouvoir la prévention des maladies, des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Déterminer et coordonner l'activité des organismes des branches maladies et accidents du travail/maladies professionnelles du régime général.
- Négocier et attribuer les budgets aux caisses locales dans le cadre de contrats pluriannuels de gestion
- Assurer des services de conseil et d'appui au réseau dans le cadre de son activité.

Dans la dernière mission le mot « réseau » est cité. Ce mot est tout à fait juste, car la quasi-totalité de l'action de l'assurance maladie est en réalité réalisée au niveau local par les 101 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) des départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion), la Caisse Commune de Sécurité Sociale de Lozère (CCSS), la Caisse Régionale d'île de France (CRAM) et la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte.

Ce sont ces caisses locales qui vont avoir la tâche de l'affiliation des assurés sociaux, ainsi que le règlement des prestations sociales et le

remboursement des frais de santé des assurés (soit directement soit aux professionnels de santé par les mécanismes de tiers payant soit à postériori aux patients eux-mêmes) selon les prix et les taux définis par la CNAM et les décisions politiques au niveau national.

3.1.2.1. Le pilotage de l'Assurance Maladie

Sources : (AMELI 2020)

Il est essentiellement effectué au niveau de la CNAM par le biais de son directeur, nommé pour 5 ans par le gouvernement et approuvé par le conseil de la CNAM ; qui a plusieurs prérogatives comme :

- Nommer les directeurs et agents comptables des organismes du réseau (les CPAM).
- Prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau.
- Négocier avec l'État la convention d'objectifs et de gestion (COG) et, avec les organismes, les contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui en découlent .
- Il peut suspendre ou annuler une décision du Conseil de la CNAM ou d'un organisme local si cette décision ne respecte pas les engagements de la COG ou d'un CPG.

Nb : le directeur de la CNAM est également de fait directeur de l'UNCAM, et à ce titre il a autorité pour négocier les COG au nom de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Le conseil de la CNAM a quant à lui un rôle dans la détermination des orientations de la structure dans divers domaines que sont :

- Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre.
- Les orientations de la COG.
- Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes.
- Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur.

Ce conseil est l'instance démocratique de la CNAM, il est constitué de personnalités venant de divers horizons et se compose de 35 membres :

- 13 représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national (syndicats) ;
- 13 représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives (Medef, CPME, U2P) ;
- 3 représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
- 4 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, désignés par le ministre chargé de la Sécurité Sociale
- 1 personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie, désignée par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

- 1 représentant d'une organisation étudiante représenté au CNESER³

Ce conseil possède également un mandat de 5 ans et élit son président et son vice-président à bulletin secret, et ceux-ci deviennent de fait président et vice-président de l'UNCAM.

3.1.2.2. Les prestations et remboursements de l'Assurance Maladie

Sources: (Bras et Tabuteau 2012)

Les prestations réalisées par l'assurance maladie sont de deux types. Tout d'abord celles réalisées en espèces (prestations financières directement remises à l'assuré) et celles dites en nature (prestations qui concernent le paiement d'un produit ou service de santé consommé par le patient)

- Les prestations en espèces :

Il s'agit essentiellement des indemnités journalières, qui vont être là pour compenser une perte de revenu de l'assuré quand il est dans l'incapacité de travailler, exemple les arrêts maladie. Ayant un gros poids dans les dépenses de l'AM en 1946 (27,9%) leur poids s'est réduit à 1,9% en 2009.

Ces prestations se révèlent avoir des conditions d'accès relativement sévères ce qui explique leur petite part dans les dépenses de l'AM. En effet elles sont soumises à 3 jours de carence (dans les entreprises relevant du droit privé) et ne représentent que 50% du salaire brut de l'assuré (66,66% si arrêt de plus d'un mois et assuré avec au moins trois enfants)

³ Depuis la loi ORE de 2018

De plus leur versement est soumis au fait que l'assuré ait cotisé suffisamment de temps et ne peut excéder 360 jours sur un total de 3 ans, sauf dans certains cas d'ALD. A noter que des mécanismes complémentaires sont possibles par le biais d'accord sectoriel (branche ou entreprise) ou par l'adhésion à une mutuelle, une assurance ou un institut de prévoyance.

- Les prestations en nature

Elles concernent la prise en charge de tout ou partie des dépenses liées aux soins dans le cadre d'une maladie ou d'un accident.

L'un des premiers principes de ces prestations est la fixation par l'assurance maladie de tarifs conventionnels selon les biens et les services proposés par les professionnels. Ces tarifs ont un caractère opposable du point de vue du professionnel comme celui de l'assuré. Ces tarifs prennent différentes formes selon la nature des prestations de soins qu'ils couvrent :

- Pour les hospitalisations dans les établissements de santé on a une tarification à l'activité (T2A) depuis 2004.
- Pour les médicaments, leur prix est fixé par le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS), de manière conventionnelle ou unilatérale après consultation des laboratoires pharmaceutiques.
- Pour les actes cliniques ou de biologie, création d'une nomenclature par les autorités publiques, puis les accords conventionnels entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions médicales vont en fixer les tarifs.

Mais dès le début de l'AM une crainte est apparue de la part des autorités publiques, c'est celle que la « gratuité » de l'offre de soins ne fasse exploser leurs consommations et finisse par couler le système de protection.

Dans ce but le Ticket Modérateur fut instauré par les ordonnances du 19 octobre 1945, et fut fixé initialement à 20% qui devait rester à charge du patient. Mais avec les plans de maîtrise des dépenses de santé successifs (1967, 1977, 1985, 1993, 2004...) une diversification des taux de prise en charge a eu lieu. À l'heure actuelle on peut distinguer 6 niveaux de ticket modérateur :

- 20% pour les hospitalisations.
- 30% pour les honoraires médicaux.
- 35% pour les médicaments et le transport.
- 40% pour les actes paramédicaux, la biologie et les dispositifs médicaux .
- 70% pour les médicaments à SMR⁴ « modéré ».
- 85% pour les médicaments à SMR « faible ».

En plus du ticket modérateur, dans le cadre de la réduction des coûts pour la collectivité concernant les dépenses de santé, l'État a institué un certain nombre de forfaits qui viennent se surajouter au reste à charge des assurés :

- Forfait journalier : 20€ par jour d'hospitalisation.
- 15€ par jour d'hospitalisation en psychiatrie.
- 1€ par acte médical ou d'analyse biologique.
- Franchise de 0,5€ par boîte de médicament et acte paramédical et 2€ pour le transport sanitaire, dans la limite de 50€ par an.

Comme pour tout en France, il y a toujours des exceptions à la règle générale. Ces exceptions vont permettre la prise en charge à 100% des prestations de santé dans la limite du tarif conventionnel de ce dernier.

⁴ SMR : Service Médical Rendu

Ces exonérations du ticket modérateur vont être de trois types : selon le type de prestations ; selon la catégorie d'assurés sociaux ; et selon la pathologie du patient.

⇒ Les prestations prises en charge à 100% sont :

- Les hospitalisations à partir du 31^{ème} jour.
- Les actes techniques (chirurgie...) lourds.
- Les médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux.

⇒ Les prises en charge à 100% de certains assurés sociaux⁵:

- Les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse.
- Les victimes d'accident ou de maladie professionnelle.
- Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité (à l'exception des médicaments remboursés à 30 et 15%).

⇒ Les prise en charge à 100% pour certaines pathologies, autrement dit la prise en charge des Affections à Longue Durée (ALD) :

Ces ALD correspondent à une liste de pathologies définies par les autorités sanitaires. Il en existe 30 en 2019 en France.

En complément de ces 30 ALD, on notera l'existence d'une ALD dit « 31 » qui va permettre la prise charge de formes graves de maladie, de formes évolutives ou invalidantes de maladies graves, qui ne sont pas présentes dans la liste des 30 ALD et dont la prévision de durée de traitement est supérieure à 6 mois ou particulièrement coûteuse. Une 32^{ème} ALD est également possible dans les cas de poly-pathologies.

⁵ Les bénéficiaires de la CMU et de l'AME seront traités dans un autre chapitre (financement de l'État)

La prise en charge d'une ALD est réalisée à la demande du médecin traitant. Elle fait suite à la mise en place d'un protocole de soins établi par ce dernier en concertation avec d'éventuels spécialistes de l'affection traitée et avec l'accord du médecin conseil de l'assurance maladie.

Ceci ouvre des droits de prise en charge à 100% selon la condition du protocole et pour une durée initiale qui varie selon les pathologies renouvelables pour la même durée ou pour 10 ans.

3.1.2.3. Le financement de l'assurance maladie

Sources: (Bras et Tabuteau 2012)

À ses débuts, l'assurance maladie ainsi que la sécurité sociale, n'avaient comme seules ressources que les cotisations des travailleurs, qu'elles soient payées par les employeurs ou prélevées sur le salaire brut des salariés, dans un système de pure inspiration bismarckienne (assurantiel). Mais peu à peu le spectre des assurés sociaux s'est étendu à des catégories de population non salariées, d'où une nécessité d'une diversification des sources de recettes pour l'assurance maladie. Malgré cela, les cotisations représentent encore 54% des recettes de l'assurance maladie.

C'est en 1991 qu'un impôt nouveau est créé par Michel Rocard, alors premier ministre. Il s'agit de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), elle représente aujourd'hui près de 20% des recettes de l'AM. Bien qu'avec une fourchette plus large, 75% des recettes qu'elle engendre proviennent des revenus salariés. Ce qui laisse l'AM trop dépendante de l'activité économique (hors consommation et rentabilité des entreprises) et très impactée par le chômage de masse au niveau de ses sources de financements.

Vient s'ajouter à ces sources, des impôts et taxes (TVA) affectés par l'État au financement de la sécurité sociale (environ 10% des recettes). À noter une contribution directe de l'État, correspondant à environ 1% des recettes de l'AM.

Mais les décisions politiques prises par les gouvernements successifs depuis les années 70, coûtent à l'assurance maladie, notamment certaines exonérations de cotisations patronales, et plus récemment, en 2003 la généralisation d'exonération partielle de cotisations sur les bas salaires (jusqu'à 1,6 fois le SIMC). À noter également les exonérations ciblées, par exemple les contrats aidés. Tout ceci n'est que partiellement compensé par l'attribution de recettes fiscales exposées ci avant. Nous sommes à l'heure actuelle en face de véritables « niches sociales » qui pèsent sur l'équilibre (ou plutôt le non-équilibre) des comptes de l'assurance maladie.

3.2. L'État

Malgré une prédominance de la sécurité sociale par le biais de l'assurance maladie dans le financement des soins en France. L'État joue un rôle par la mise en place de deux des mécanismes de protection sociale en faveur de la santé, que sont la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'État (AME) que nous vous proposons de présenter ci-après.

En effet le droit à la santé est inscrit dans le préambule de la constitution de 1946, repris par la constitution de 1958, et initie la nécessité d'une réelle égalité sociale vis à vis de l'accès à la santé dans notre pays. Les deux mécanismes cités ci-dessus viennent compléter la couverture du risque maladie à l'ensemble de la société.

Tous les mécanismes présentés ici ont vu leurs gestions attribuées aux différentes CPAM du territoire.

3.2.1. La Couverture Maladie Universelle (CMU)

3.2.1.1. *De la CMU base à la Protection Universelle Maladie (PUMa)*

Sources : (AMELI 2019d)

Créée par la loi du 27 Juillet 1999 sous le gouvernement de Lionel Jospin. La CMU est la première pierre de l'universalisation de la couverture sociale de l'ensemble de la population vivant en France dans le domaine de la santé. En effet cette protection sociale permettait d'offrir une couverture maladie aux personnes ne pouvant prétendre s'affilier aux autres régimes de sécurité sociale.

Mais en 2015 sous la tutelle de la ministre en charge de la santé Marisol Touraine. La LFSS pour l'année 2016 par son article 59 vient faire un bon de géant à l'universalisation de l'AM. En effet au 1 janvier 2016, l'affiliation à l'assurance maladie n'est plus liée au seul travail, mais également au lieu de résidence par le mécanisme de la PUMa.

Ainsi toute personne travaillant ou résidant de manière régulière en France est affiliée au régime d'assurance maladie. Les droits ainsi ouverts sont les mêmes qu'exposés précédemment (TM, franchise et forfaits). Il est en revanche demandé une cotisation subsidiaire maladie, de manière annuelle, aux personnes répondant à ces deux conditions :

- Sans revenu d'activité professionnelle ou inférieur à 10% du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) soit 3 923€ en 2017.
- Avec un revenu du Capital (non professionnel) supérieur à 25% du PASS soit 9 807€ en 2017.

Le taux de prélèvement appliqué est de 8% pour la fourchette supérieure à 25% du PASS.

Pour ceux qui ne sont pas concernés par cette contribution et qui ne cotisent pas. L'État, par souci de solidarité, doit prendre en charge leurs frais médicaux et leur ouvre le droit à une couverture complémentaire.

3.2.1.2. La CMU complémentaire et l'ACS, devenue la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Sources : (AMELI 2019b)

La CMU-C va agir comme une complémentaire santé classique (voir ci-après) et va prendre à ses frais le reste à charge, avec quelques avantages tout de même. En effet les bénéficiaires de la CMU-C se voient, en plus de la prise en charge du ticket modérateur, exonérés de la participation au forfait médical et de la franchise médicale (sur les médicaments, les soins paramédicaux et le transport).

De plus ils bénéficient d'une couverture sur l'optique, les prothèses dentaires et auditives et sur les autres produits et appareils médicaux dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

Ils sont également dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou lors d'une hospitalisation, et à l'exception d'une exigence particulière de leur part (exemple : visite à domicile alors que possibilité de déplacement), dispensés de l'avance de frais, par les mécanismes du tiers payant.

Toute personne vivant en situation régulière sur le territoire national depuis plus de 3 mois (à l'exemption du département de Mayotte) et ne percevant pas de revenus supérieurs à un plafond fixé (8 951€/an en métropole et 9 962€/an en outre-mer pour une personne seule au 1er avril 2019) peut bénéficier sur demande de la CMU-C, à noter que les bénéficiaires du RSA sont également éligibles à ce mécanisme.

À noter que les foyers dépassant ce plafond (jusqu'à 135% de ce dernier), peuvent bénéficier d'une aide au paiement d'une complémentaire santé, pour la somme de 1€ par jour ; c'est le mécanisme de l'ACS.

Comme indiqué ces deux mécanismes ont fusionné pour donner naissance à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), qui propose une prise en charge de base du TM.

3.2.2. L'Aide Médicale d'État (AME)

Source : (AMELI 2019c)(AMELI 2019a)

3.2.2.1. *L'AME*

L'AME est là pour permettre la prise en charge des soins des personnes en situation de précarité se trouvant en situation irrégulière sur le territoire français. À noter que le département de Mayotte est exclu de ce dispositif.

Pour bénéficier de cette aide un ressortissant étranger doit justifier trois choses :

- Son identité.
- La stabilité de sa résidence en France depuis plus de trois mois.
- Remplir les conditions de ressources qui sont les mêmes que la CSS.

Il n'est depuis le 4 juillet 2012 plus nécessaire de s'acquitter du droit de timbre de 30€.

L'AME est accordée à tout mineur se trouvant sur le sol français et ce, sans condition, elle peut être également accordée à titre humanitaire par le ministre chargé de l'action sociale.

Le bénéficiaire de l'AME est dispensé d'avance de frais, ceci pour un an, ainsi qu'une prise en charge à 100% de ses soins médicaux et dentaires, de ses médicaments (sauf taux de remboursement à 15%), de ses analyses médicales,

de ses frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale et de ses frais de vaccination, de contraception et d'IVG.

Nb : tout professionnel de santé est tenu d'accueillir les bénéficiaires de l'AME.

3.2.2.2. Les soins urgents

Pour les résidents de manière irrégulière en France qui ne bénéficient pas de l'AME, car présents sur le territoire national depuis moins de trois mois (sauf étrangers en simple séjour, avec visa de court séjour) ou personne ayant été déboutée du droit à l'AME.

Ce dispositif va prendre en charge cinq types de soins :

- Les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.
- Les soins évitant la propagation de maladie à l'entourage ou à la collectivité.
- Tous les soins d'une femme enceinte ou d'un nouveau-né.
- Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG).
- Les soins dispensés aux mineurs.

3.3. Les complémentaires santé

Depuis sa création l'assurance maladie ne prend en charge qu'une partie des tarifs conventionnés et laisse à la charge des patients un ticket modérateur souvent lourd à supporter pour bon nombre de patients. C'est pour quoi dès le début des années 1950 on vit la renaissance de la mutualité, dont les premières furent créées dès le XVIII^{ème} siècle, et viennent en complément de l'AM pour la prise en charge des prestations de santé. Elles furent suivies par les assurances privées et les instituts de prévoyance.

3.3.1. Généralités

Sources : (Rayssiguier et al. 2012)

Ces complémentaires santé sont une part entière du système d'assurance maladie, elles vont venir compléter la prise en charge de l'assurance maladie de la sécurité sociale.

Elles peuvent être obligatoires, quand elles sont sous forme « d'assurance-groupe » au sein des entreprises ou des branches d'activités professionnelles. Mais également avoir un caractère facultatif et souscrite sur la base du volontariat, avec une souscription personnelle de l'assuré

Ces complémentaires vont rembourser le ticket modérateur des dépenses liées à la consommation de soins et de biens médicaux. Certains contrats vont jusqu'à rembourser tout ou partie des dépassements d'honoraires qui ne sont jamais pris par le Régime Obligatoire (RO). Les prestations pas du tout prises en charge par l'Assurance Maladie, sont en règle générale, non prises en charge pas les complémentaires (à noter que certains contrats proposent des forfaits, pour cette prise en charge). De plus avec les mécanismes présentés dans la partie sur l'AM (exonérations, ALD, Hospitalisation longue/pour chirurgie), le rôle des

complémentaires va se limiter essentiellement à la prise en charge financière du reste à charge de la médecine de ville.

3.3.2. La mutuelle santé d'entreprise

Sources : (Direction de l'information légale et administrative 2019)

Depuis le 1er janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 portant sur la sécurisation de l'emploi, tout salarié a le droit à une complémentaire santé pris en charge à 50% par l'employeur, et ce quelle que soit la taille de l'entreprise.

L'entreprise est libre de choisir l'assureur/mutuelle/institut de son choix pour négocier un contrat de couverture de ses employés, la couverture des ayants droit n'est que facultative. Le contrat doit comporter un nombre de garanties minimales appelées aussi « panier de soins minimales » et se compose de :

- La prise en charge intégrale du ticket modérateur des consultations, actes et prestations remboursables par l'AM.
- La prise en charge du forfait hospitalier.
- La prise en charge des frais dentaires à hauteur de 125% du tarif conventionnel.
- La prise en charge des frais d'optique par période de 2 ans avec un minimum de 100€ pour verres simples et monture et 150€ pour verres complexes et monture.

3.3.3. Les mutuelles

Sources : (DREES 2018)

Choisies par près de 54% des adhérents à une complémentaire santé. Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles organisent une réelle solidarité entre leurs membres, en effet leurs fonds proviennent de manière quasi exclusive des cotisations des adhérents. Elles font partie de l'économie sociale et solidaire à plus d'un titre.

Elles sont régies par le code de la mutualité, et proposent le plus souvent en plus des complémentaires santé : des contrats de prévoyance et des complémentaires retraites et vont gérer des réalisations sanitaires et sociales.

En France elles sont quasiment toutes regroupées au sein de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

3.3.4. Les assurances

Sources : (DREES 2018)

Choisies par près de 28% des adhérents à une complémentaire santé les assurances se distinguent des mutuelles par le fait d'être régies par le code des assurances. Elles peuvent en plus être à but lucratif, c'est à dire qu'elles peuvent distribuer des dividendes à leurs actionnaires. L'on parle dans ce cas-là de contact d'assurance santé.

Certaines assurances qui ne proposaient à l'origine que des contrats sur l'automobile ou l'habitation se sont diversifiées et proposent dorénavant des mutuelles d'assurance, qui partagent avec les mutuelles « classiques » leur but non lucratif et leur fonctionnement démocratique, mais elles restent régies par le code des assurances.

3.3.5. Les institutions de prévoyance

Sources : (DREES 2018)

Choisies par près de 19% des adhérents à une complémentaire santé ; « choisi » n'est pas le terme exact. En effet ces institutions sont des sociétés qui gèrent des contrats collectifs d'assurance couvrant à la fois les risques de maladie, d'incapacité de travail, l'invalidité, la dépendance et les décès. Elles sont à but non lucratif et sont régies par le code de la sécurité sociale.

Leur gestion est paritaire, c'est à dire que leur conseil d'administration est composé pour moitié de partenaires sociaux (syndicats professionnels) d'une entreprise, d'une branche voire de plusieurs branches d'activité ; et pour l'autre moitié par des représentants des entreprises.

3.4. Conclusion sur le financement du système de santé

Le financement des soins en France reste un millefeuille indigeste de mécanismes de protection, d'assurances et d'actions sociales en faveur de la santé. Cette construction tortueuse est l'héritière d'années et d'années d'acquis sociaux tendant vers une réelle prise en charge collective et totale des risques liés à la maladie.

Même si la totalité des personnes résidant de manière régulière en France ont un socle de couverture sociale des risques liés à la maladie. Ce système à ses failles, notamment en ce qui concerne le reste à charge qui peut être encore très important pour certains ménages, surtout quand ces derniers ne s'assurent pas avec une complémentaire.

Une autre question se pose, en effet considère-t-on que la santé soit un état de non-maladie ? Ou bien prenons nous en compte le ressenti et l'individu dans son ensemble ainsi que son intégration dans l'ensemble de ses interactions sociales ? Du point de vue de l'absence de maladie, la protection sociale en France est très bien prise en charge par la collectivité d'un point de vue financier (l'on prend en charge les diagnostics et les traitements qui vont permettre de restaurer un état de non-maladie ou tout du moins d'éviter une aggravation de celle-ci). Du point de vue d'une santé plus large, des améliorations du financement des offres de santé allant dans ce sens, sont possibles voire souhaitables.

4. Les acteurs du système de santé

Comme tout système de production, la santé n'échappe pas à la nécessité d'avoir des agents de production de ses biens et prestations, du professionnel libéral au géant de l'industrie pharmaceutique en passant par les centres hospitaliers, chacun à son niveau est un rouage de production, sans eux, pas d'offre dans notre système de santé et donc une demande et des besoins non comblés.

4.1. Les établissements de santé

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

Quand nous pensons à « établissement de santé », on pense immédiatement à l'hôpital, à nos CHU. Il est vrai que c'est la forme la plus connue de ces établissements, mais nous allons voir que sous cette dénomination, plusieurs réalités de formes, de tailles et de statuts juridiques, se cachent.

En 2017 ce sont près de 3 046 structures qui possèdent des capacités d'hospitalisation en lits⁶ et en places⁷. 1 364 d'entre elles sont des structures publiques, 1 002 sont des structures privées et la France compte également 680 établissements de droit privé mais à but non lucratif. Nous vous proposons donc de passer en revue ces différents types d'établissements de santé.

⁶ Unité de mesure des capacités d'hospitalisation à temps complet

⁷ Unité de mesure des capacités d'hospitalisation à temps partiel (sans nuitée)

4.1.1. Les établissements publics

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

4.1.1.1. Les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires (CHRU)⁸

Ils sont créés par les ordonnances Debré du 30 décembre 1958, on en compte 30 à l'heure actuelle auxquels viennent s'ajouter 2 centres hospitaliers régionaux (CHR) qui eux non pas, contrairement aux autres de convention avec un ou plusieurs UFR du domaine de la santé (Médecine, Pharmacie, Odontologie ou Mixte)

Ces 32 entités dites juridiques se composent en réalité de 178 sites géographiques en 2017, en somme une seule « entreprise » ; le CHU ; plusieurs « usines » ; les hôpitaux. Ils offrent une capacité d'accueil de près de 246 395 lits et de 10 510 places.

Ces centres hospitaliers ont une couverture régionale. Ils vont de ce fait être dotés de plateaux techniques (salles d'opérations...) et biologiques les plus développés possibles, ce qui va leur permettre de réaliser une prise en charge ultraspécialisée des patients, et leur confère un rôle de « dernier » recours dans le parcours de soins. La majorité des patients suivis au sein de nos CHU ont été adressés par des praticiens de ville ou par des hôpitaux plus petits que nous verrons ci-après.

En plus de leur rôle dans la prise en charge médicale de la population les CHU ont pour tâche la formation initiale pour les professions médicales et pharmaceutique et ce en lien étroit avec les UFR des disciplines concernées. Ils

⁸ Note de l'auteur : « Je tiens à saluer et à remercier le CHU de Rouen pour son accueil durant mon externat dans le cadre de mes études de docteur en pharmacie. »

assurent également la formation des professions paramédicales par le biais d'écoles qui leurs sont rattachées.

Ils ont également un rôle important dans la recherche, qu'elle soit clinique ou fondamentale en lien avec une université, l'INSERM ou le CNRS. De nombreux praticiens des CHU sont également des enseignants-chercheurs dans les UFR conventionnés avec ces derniers.

Les CHU assurent également d'autres missions qui leurs sont dédiées, comme l'activité de recours et de références concernant les maladies rares et certaines missions d'intérêt publiques comme l'organisation d'un service d'accueil des urgences, la mise en place de centres anti-poisons ou de centres de pharmacovigilance.

En somme, les CHRU représentent le fer de lance et la vitrine des hôpitaux de France.

4.1.1.2. Centres Hospitaliers Généraux (CHG) et anciens hôpitaux locaux

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

Au nombre de 947 sur tout le territoire national, ces centres hospitaliers offrent une prise en charge générale mais de pointe aux populations dans le domaine de la médecine de l'obstétrique et de la chirurgie. Ils sont d'ailleurs le plus souvent attachés à leur territoire, que ce soit une ville ou une intercommunalité. Ils comptabilisent 142 359 lits d'hospitalisation sur les 246 395 que compte le secteur public en France, à cela viennent s'ajouter près de 17 094 places.

Ces centres hospitaliers assurent également un service d'accueil des urgences, et sont un réel lien vers les CHU qui permet une prise en charge plus spécialisée, contrairement aux CH qui vont permettre une prise en charge pour des courts et moyens séjours, générale et de proximité.

4.1.1.3. Les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS)

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

Au nombre de 95 en France, ces centres assurent la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou plus largement de tous les troubles non somatiques. Ils correspondent aux anciens hôpitaux psychiatriques mais leur public s'est élargi aux patients souffrant de déficience mentale, d'addictions et certaines personnes âgées donc la surveillance médicale devient trop lourde pour les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Leur capacité d'accueil est stable depuis les années 1970 et est en 2017 de 23 944 lits et de 14 331 places, en effet ces centres ont été les premiers à mettre en place des alternatives à l'hospitalisation complète.

4.1.1.4. Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et autres établissements publics

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

Les USLD sont des unités de prise en charge à longue durée des personnes de plus de 60 ans. On y est généralement admis après un séjour en Soins de Suite et de Rééducation (SSR), ces unités déploient plus de moyens médicaux que les EHPAD. Ils vont donc permettre une prise en charge des cas de dépendance liés à la vieillesse les plus lourds, ils ne disposent d'aucune place, et seulement 7 050 lits sont disponibles en 2017 en France, malgré le vieillissement de la population dans notre pays.

L'actualité de ces dernières années nous obligent à saluer les 8 centres hospitaliers du Service de Santé des Armées, qui assurent un rôle dans le service public de santé en accueillant non seulement nos militaires mais également l'ensemble de nos concitoyens. Ils furent d'une aide décisive lors des événements tragiques qui ont frappé notre pays en novembre 2015 (pour ne citer

que celui-ci), tout comme l'ensemble de nos 713 structures d'accueil des urgences épaulées par les 101 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et les 390 Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le service de santé des armées apporte une contribution conséquente dans le domaine de la santé publique et dans la mise en œuvre des plans gouvernementaux de gestion des risques, destinés à faire face aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques, d'origine accidentelle ou provoquée. Ce service s'est notamment illustré lors de la pandémie de SARS-COV-2 par l'installation rapide d'un hôpital de campagne dans la ville de Mulhouse au printemps 2020.

4.1.2. Les établissements privés à but non lucratif

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

4.1.2.1. Généralités

Au nombre de 680 avec une capacité d'accueil de 56 482 lits et 13 882 places en 2017. Ces établissements sont des personnes morales de droit privé, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. En réel complément de la prise en charge réalisée par les établissements publics un certain nombre d'entre eux vont participer au service public hospitalier suivant l'article L.6161-5 du CSP (Code de la Santé Publique), dans ce cas ils sont qualifiés d'Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC). C'est le cas notamment des 21 centres de lutte contre le cancer comme définie par l'article L.6161-1 du CSP.

Si un bon nombre de ces établissements vont avoir un fonctionnement similaire aux CHG du secteur public, une majorité d'entre eux sont spécialisés dans les Soins de Suites et de Rééducation (SSR) et vont donc jouer un rôle

essentiel dans la prise en charge des hospitalisations de moyennes et longues durées qui sont souvent nécessaires après une prise en charge en « aigu » dans les CHR-U et les CHG, et ce avant le retour du patient à son domicile.

4.1.2.2. Les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)⁹

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

Au nombre de 21 en France les CLCC ont été institués dès le 1er octobre 1945 par les ordonnances du général De Gaulle (article L.312 et suivant du CSP). Ces articles précisent leur but non-lucratif et leur accordent un financement par l'AM et les mettent sous tutelle du ministère de la santé, par ce biais ils ont une fonction hospitalo-universitaire tout comme les CHU publics. Ce sont des centres spécialisés dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Ils sont porteurs d'un modèle de prise en charge globale et multidisciplinaire des patients atteints de cancer.

Comptabilisant un total de 2 732 lits et 671 places d'hospitalisation, ils prennent en charge plus de 540 000 patients par an. Voués au traitement des cancers, ils assurent des missions de prévention, de recherche, d'enseignement et de soins. Ils n'ont que deux différences avec le secteur public : leur statut qui est de droit privé et leurs très grandes spécialités quant aux patients pris en charge, en effet seules les personnes souffrantes ou ayant souffert d'un cancer peuvent être pris en charge par ces centres.

⁹ Note de l'auteur : « Je tiens à saluer et à remercier l'ensemble de l'équipe du centre Henri Becquerel de Rouen, pour leur travail admirable et pour leur accueil durant trois mois dans le cadre de mon externat. »

4.1.3. Les établissements privés à but lucratif

Sources : (DREES et Boisguérin 2019)

De statut totalement privé, et couramment appelé « cliniques », ces structures peuvent être décomposées en plusieurs personnes morales qui peuvent avoir différents statuts sociaux, leurs parts sociales sont quant à elles détenues soit par des personnes privées (professionnels de santé ou non) ou bien par d'autres sociétés.

Au nombre de 1 002 en 2017, avec des capacités d'accueil nettement moindres que dans le secteur public avec leurs 98 008 lits et

19 185 places d'hospitalisation. Elles ont une prise en charge similaire que celle des CHG (pas de capacité pour la prise en charge lourde et/ou de pointe, réservé aux CHR-U) même si de nombreuses cliniques se sont spécialisées dans la chirurgie ambulatoire et d'autres dans les SSR (près de 350 d'entre elles en 2017).

Ces dernières peuvent depuis 2009 participer au service public hospitalier et même accueillir des internes, à la condition expresse de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraire (sauf pour les demandes expresses du patient et à après édition d'un devis approuvé par ce dernier), de rendre une gestion transparente (transmission des comptes) et surtout l'intégration des usagers dans la gouvernance de l'établissement.

4.2. Les professionnels de santé

4.2.1. Les médecins

Sources : (ONISEP) (CNOM 2019)

Données démographiques : 223 571 médecins en France en 2016, 66 596 salariés hospitaliers, 105 872 libéraux exclusifs, dont 102 485 médecins spécialisés en médecine générale

Missions : réalisation d'interrogatoires médicaux, suivi d'un examen clinique. Pose d'un diagnostic, prescription de traitements et/ou d'examens spécifiques (biologie, imagerie...). Orientation du patient vers des confrères spécialisés (parcours de soins coordonné) et réalisation d'actions de prévention (tabac, alcool, dépistage...)

Études : 6 ans à la faculté, avec stage au CHU suivi d'un internat de durée variable selon la spécialisation d'au moins 3 ans

4.2.2. Les pharmaciens

Sources : (ONISEP) (CNOP 2020)

Données démographiques : 74 227 pharmaciens en France, dont 54 516 officinaux et 7 554 salariés hospitaliers. Et avec 20 736 officines réparties sur le territoire.

Missions : Délivrer et expliquer le traitement aux patients. Réalisation d'analyse pharmaceutique des ordonnances. Éducation thérapeutique du patient et prévention et conseils.

Études : 6 ans à la faculté avec stage en ville et au CHU suivi d'un internat de 3 ans pour les spécialités hospitalières et de biologie médicale.

4.2.3. Les sages-femmes

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Données démographiques : 21 632 en France, dont 5 577 exerçant en libéral ou statut mixte.

Missions : Réalisation des accouchements par voie basse en autonomie ou avec un médecin. Contrôle de l'état de santé de la mère et de l'enfant en post-partum et rééducation postnatale. Ils possèdent un droit de prescription restreint au suivi de grossesse et aux contraceptifs.

Études : 4 ans en plus de la première année d'étude commune aux études de santé.

4.2.4. Les chirurgiens-dentistes

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Données démographiques : 41 495 en France, dont 37 013 en exercice libéral ou mixte

Missions : Assurer les soins et la prévention au niveau bucco-dentaire, avec un droit de prescription restreint à tout ce qui touche à l'art de l'odontologie

Études : 6 ans à la faculté avec stage au CHU, avec la possibilité de spécialisation de 3 à 4 ans supplémentaires en chirurgie orale, orthopédie dentofaciale et en médecine bucco-dentaire.

4.2.5. Les professions paramédicales

Nous vous avons exposé jusqu'à présent les grandes lignes des professions dites médicales (qui ont un rôle propre et autonome), mais les professions de santé ne se limitent pas uniquement à ces quatre métiers. Nous allons donc exposer dès maintenant les autres professions qui sont improprement nommées « paramédicales », car même si la majeure partie de leur activité est soumise à la prescription médicale ou à une surveillance pharmaceutique, certaines de ces professions ont bel et bien un rôle propre et une certaine autonomie dans leur prise de décision. Il nous faut rappeler également qu'elles font partie intégralement de la prise en charge pluridisciplinaire des patients dans leurs parcours de soins.

Elles se distinguent des professions médicales et pharmaceutique par leur durée de formation plus courte et pour bon nombre d'entre elles non intégrées pleinement dans le parcours universitaire.

4.2.5.1. *L'infirmier*

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 638 248 dont 109 925 en libéral et mixte

Rôle : Réaliser des soins infirmiers aux patient (pansements, bandages, perfusions...) soit sous prescription médicale soit de manière autonome.

Possède un droit de prescription très limité, aux pansements, dispositifs de suivi de glycémie, substituts nicotiques et renouvellement de contraceptifs oraux.

Études : 3 ans

4.2.5.2. Le préparateur en pharmacie

Sources: (ONISEP)

Démographie : 71 000¹⁰

Rôle :

À l'officine : dispensation des médicaments, approvisionnements, réalisation des préparations magistrales sous la responsabilité directe du pharmacien.

À l'hôpital : dispensation et rétrocession, approvisionnements, pharmacotechnie, conduites des opérations de stérilisation, préparations magistrales et hospitalières, reconstitution des cytotoxiques.

Études : de 2 à 3 ans

4.2.5.3. Le masseur-kinésithérapeute

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 83 619 dont 66 498 en libéral.

Rôle : traitement par mobilisations, physiothérapie, gymnastique médicale, soins cardio-respiratoires (drainage bronchique, ventilation mécanique, aérosolthérapie), massages, rééducation et réhabilitation.

Études : 5 ans

¹⁰Chiffres non disponibles au ministère car hors n°ADELI et RPPS, le chiffre présenté ici n'est qu'une estimation de l'ONISEP

4.2.5.4. Le pédicure-podologue

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 13 250 en libéral de manière quasi exclusive.

Rôle : traitement des pathologies et soins courants du pied.

Études : 3 ans

4.2.5.5. L'ergothérapeute

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 9 691 salariés de manière quasi exclusive.

Rôle : évaluer et traiter afin de maintenir, récupérer ou améliorer les capacités liées aux activités de la vie quotidienne ou de travail.

Études : 3 ou 4 ans

4.2.5.6. Le psychomotricien

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 10 252 dont 1 802 en libéral.

Rôle : prendre en charge les fonctions perceptives, cognitives et motrices.

Études : 3 ans

4.2.5.7. L'orthophoniste

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 23 521 dont 19 018 en libéral.

Rôle : rééducation de la parole et du langage oral et écrit, kinésithérapie de la sphère ORL. Éducation ou rééducation de la communication chez les patients sourds et mal entendant, les patients atteints d'AVC, de démences, des troubles de l'attention...

Études : 5 ans

4.2.5.8. L'orthoptiste

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 4 185.

Rôle : traitement et rééducation à la suite de troubles oculaires.

Études : 3 ans

4.2.5.9. Le manipulateur en électroradiologie médicale.

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 33 464 salariés exclusivement.

Rôle : réalisation des clichés d'imagerie médicale et administration des soins de radiothérapie.

Études : 3 ans

4.2.5.10. Le technicien de biologie médicale

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 37 073 dont 10 en libéral et mixte.

Rôle : réaliser les analyses de biologie médicale.

Études : 2 à 3 ans

4.2.5.11. L'audioprothésiste

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 3 090 en France.

Rôle : réalisation, pose et réglage des prothèses auditives.

Études : 3 ans

4.2.5.12. L'opticien

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 32 245.

Rôle : réaliser des équipements optiques pour améliorer la vision.

Études : 2 ans

4.2.5.13. L'orthésiste et prothésiste

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 1 500.

Rôle : réaliser sur mesure des appareillages externes à but thérapeutique.

Études : 3 ans

4.2.5.14. L'oculariste

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 1 120.

Rôle : réaliser des prothèses oculaires.

Études : en apprentissage

4.2.5.15. Le podo-orthésiste.

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 591.

Rôle : réaliser des orthèses plantaires.

Études : 2 ans

4.2.5.16. Le diététicien

Sources: (DREES 2015) (ONISEP)

Démographie : 9 972.

Rôle : assurer une prise en charge de l'alimentation.

Études : 2 ans

4.2.6. Professions de statut d'aide-soignant

4.2.6.1. *L'aide-soignant*

Sources: (ONISEP)

Démographie : 416 000¹¹ en France

Rôle : aider les personnes soignées dans l'incapacité d'assumer seules leurs besoins primaires.

Études : 1 an

4.2.6.2. *L'auxiliaire de puériculture*

Sources: (ONISEP)

Démographie : près de 60 000¹¹

Rôle : réaliser des activités de soins courants aux nouveau-nés, à de jeunes enfants et adolescents jusqu'à 18 ans et d'accompagnement durant leurs apprentissages.

Études : 1 an

¹¹ Chiffres non disponibles au ministère car hors n°ADELI et RPPS, le chiffre présenté ici n'est qu'une estimation de l'ONISEP

4.2.6.3. *L'ambulancier*

Sources: (ONISEP) (Observatoire du transport sanitaire et CNAM 2014)

Démographie : 5 774 entreprises de transports sanitaires avec un parc automobile de 13 979 ambulances et 14 027 VSL

Rôle : assurer le transport des patients de leur lieu d'habitation jusqu'à l'offre de soins s'ils sont dans l'incapacité de se déplacer par leurs propres moyens

Études : 18 semaines

4.2.6.4. *L'assistant dentaire*

Sources: (ONISEP)

Démographie : près de 20 000¹² en France

Rôle : assister le chirurgien-dentiste lors de ses opérations et dans ses tâches administratives.

Études : 18 mois

¹² Chiffres non disponibles au ministère car hors n°ADELI et RPPS, le chiffre présenté ici n'est qu'une estimation de l'ONISEP

4.3. Les autres acteurs de la santé

Acteurs importants de notre système de santé les instituts de recherche et l'industrie pharmaceutique permettent une prise en charge médicale de pointe.

4.3.1. Les instituts de recherche

Sources: (INSERM 2020)

Sous la cotutelle du ministère en charge de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche, les acteurs de la recherche médicale sont multiples. Au premier rang desquels l'on peut citer l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), qui avec ses 281 unités, 36 centres d'investigation clinique¹³ et 31 laboratoires européens et internationaux, est le fer de lance de la recherche médicale en France. Cet institut travaille en étroite collaboration avec d'importants acteurs de recherche que nous avons déjà cités, à savoir les CHRU et les universités par le biais de leurs UFR de santé.

Quelques chiffres sur l'INSERM :

- 912 560 000€ de budget.
- Près de 15 000 collaborateurs dans des structures dépendantes ou associées.
- 13 220 publications scientifiques en 2017 dont 6 000 consignées au niveau international.

Depuis 2009 l'ensemble des acteurs institutionnels de la recherche médicale est regroupé au sein de l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé, qui permet une meilleure coordination des efforts de recherche

¹³ Note de l'auteur : « Je tiens à saluer et à remercier l'ensemble de l'équipe du CIC-CRB du CHU de Rouen unité INSERM 1404, pour leur accueil durant trois mois dans le cadre de mon externat. »

entre les différents acteurs dans le cadre de la stratégie nationale pour la recherche et l'innovation.

4.3.2. L'industrie pharmaceutique

Sources : (LEMM 2019)

Le développement des nouvelles thérapeutiques est réalisé par les entreprises de l'industrie pharmaceutique. Ce développement représente environ un coût par molécule de près de 900 millions d'euros, et explose même à 1,5 milliard d'euros si nous tenons compte du coût du capital pour les entreprises qui réalisent cette opération (le coût du capital prend notamment en compte la rémunération des actionnaires). Pour donner un ordre d'idée, l'INSERM devrait utiliser l'ensemble de ses ressources pour développer une seule molécule.

Mais ces entreprises sont d'abord et avant tout des industriels, en effet leur cœur de métier est la production non seulement des médicaments (majoritaire dans la consommation de biens de santé) mais également la production de l'ensemble des matériels et dispositifs médicaux.

Elles sont représentées en France par un syndicat ; le LEEM, qui ne compte pas moins de 260 entreprises adhérentes.

Depuis les années 2000 le marché du médicament se divise en deux sphères. La première est celle du médicament dit « générique », qui se distingue du médicament dit « princeps » par le fait qu'il n'est qu'une copie de ce dernier. En effet le médicament générique ne va apporter aucune innovation thérapeutique, il ne subit donc pas le coût de la recherche et du développement ce qui rend son prix près de 50% moins cher que son concurrent princeps. Le générique représente environ 80% du marché du médicament en France.

Nombre de laboratoires produisant des génériques sont en réalité des filiales de laboratoires « classiques » ; pour ne citer que deux exemples Sandoz®

est une filiale du suisse Novartis® et Biogaran® à quant à lui été créé par le français Servier®

Quelques chiffres sur l'industrie pharmaceutique en France :

- 103 900 emplois en France .
- 54 milliards d'euros de chiffre d'affaires (CA).
- 9,8% du CA investi en R&D¹⁴ en 2015 soit 4,5 milliards d'euros¹⁵.
- Près de 3 milliards d'euros dépensé dans le marketing par an¹⁶.

4.4. Les patients premiers acteurs de santé ?

Jusqu'à présent nous avons parlé que des acteurs professionnels de la santé mais ne sommes-nous pas tous acteurs de notre propre santé ? En effet c'est une véritable prise de conscience arrivée récemment. Aujourd'hui nous partons du postulat qu'il vaut mieux éviter d'être malade. Pour cela des règles ou plutôt des recommandations d'hygiène de vie sont à mettre en place, c'est ce que nous appelons la prévention.

Cette dernière est certes réalisée et relayée par les autorités publiques et par les professionnels de santé, mais pour avoir un réel impact sur la santé du plus grand nombre, elle doit être reçue, comprise, et appliquée par tous.

En cela nous pouvons affirmer que la santé est une responsabilité non seulement des professionnels mais également de chaque individu individuellement et collectivement.

¹⁴ Recherche et Développement

¹⁵ Chiffre fourni par le LEEM

¹⁶ Rapport IGAS de septembre 2007

5. Conclusion sur notre système de santé

Héritier d'une Histoire aussi longue que celle de l'Homme, notre système de santé est encore de nos jours en perpétuelle évolution, devant être doté d'une certaine rigidité à fin d'assurer la sécurité sanitaire de tous. Il doit également pouvoir être suffisamment flexible pour répondre au mieux aux nouveaux défis d'aujourd'hui et de demain (nouvelles pathologies, épidémies, évolutions démographiques, aspiration nouvelle de ses acteurs et des populations).

Son pilotage comprend de nombreux organes de sécurité (ANSM, HAS...etc.) qui assurent au quotidien la qualité des soins prodigués à la population et tente de prévenir la survenue de crise sanitaire. Leur mise en place est le fruit d'une longue histoire de crise sanitaire qui a obligé les autorités publiques à tenter de s'en prémunir... Pour n'en citer que deux qui sont malheureusement d'origine iatrogène, tout d'abord celle qui a été à l'origine de la pharmacovigilance, la crise du Thalidomide® qui a eu lieu dans les années 50. Et celle plus récente du Mediator® qui a provoqué une importante réforme de notre agence nationale du médicament et posé une réflexion sur les techniques commerciales des laboratoires pharmaceutiques (celle-ci conduisit à la loi Bertrand de 2011)

Concernant notre système de protection sociale, bien que sa forme actuelle soit tout à fait récente en comparaison de la longueur de l'Histoire humaine, de multiples formes de solidarités et de charités l'ont précédé. Si de nombreux hommes et femmes politiques considèrent la sécurité sociale comme un frein à l'économie par son coût. Elle joue malgré tout un rôle essentiel de cohésion sociale et de sécurité sanitaire en permettant à tous et à toutes un accès à des soins de qualité.

Du point de vue des acteurs, leur Histoire est des plus riches, en effet que de chemin parcouru depuis les premiers « médecin men » en passant par les médecins de l'antiquité et leur théorie des humeurs ; les apothicaires et leurs préparations complexe et semi-magiques ; les chirurgiens-barbiers et les premiers actes chirurgicaux ; et tant d'autres à travers plus de 10 000 ans d'histoire. Le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècles ont vu pour ces professions une victoire écrasante de la science moderne, qui a permis l'apparition de techniques et de thérapies que nos ancêtres considèreraient à juste titre comme des miracles. Bien que nos connaissances semblent être à leur zénith, de nouvelles avancées dans les domaines aussi variés que la microbiologie, l'oncologie et même des nouvelles technologies, imposent aux professionnels une mise à jour continue de leurs connaissances et de leurs pratiques.

Les dysfonctionnements du système de santé

1. Des Hôpitaux en souffrance

1.1. Des hôpitaux publics au bord du gouffre financier

Sources : (DREES 2018. DREES 2018b)

En 2017, le déficit des hôpitaux français était de 731 millions d'euros contre seulement 189 millions en 2016. Cette explosion du déficit des hôpitaux provient pour l'essentiel de la détérioration du budget principal (activité de court séjour (MCO), de moyen séjour (SSR) et de psychiatrie) qui enregistre un déficit de près de 900 millions d'euros. Les budgets annexes qui comprennent entre autres le USLD et les EHPAD sont quant à eux excédentaires de près de 145 millions d'euros.

Du point de vue de la rentabilité les choses ne se présentent guère différemment, en effet cette dernière a dégringolé à -1,1% en 2017 (contre -0,3% en 2016), et enregistre son plus mauvais taux depuis 15 ans. Le taux de rentabilité des établissements publics était alors de +0,9% en 2002. La rentabilité de nos hôpitaux ne fait que de se dégrader depuis 2004 avec la mise en place de la T2A qui a remplacé le système de dotation globale.

Mais ce tableau bien sombre masque une grande disparité entre les établissements, pour vous en convaincre six hôpitaux sur dix sont déficitaires pour un déficit cumulé de 1,1 milliard d'euros.

Tout d'abord nous avons les « bons élèves » avec les CHR (hors AP-HP) qui se rapprochent de l'équilibre financier avec un taux de rentabilité de -0,1% en 2017 (contre -0,5% en 2016) et les CHS qui stabilisent leurs taux de rentabilité à +0,9% en 2017.

Ensuite la rentabilité des CH se dégrade fortement avec un taux de rentabilité allant de -1,2% à -2,5% selon leurs tailles. Mais la donnée la plus évocatrice est le déficit des ex-hôpitaux locaux qui passe de +0,7% en 2016 à -0,1% en 2017 du jamais vu depuis 2002. Leur rentabilité était en effet en baisse continue depuis 2009.

Pour l'année 2017, le creusement des déficits est principalement dû à l'effondrement du taux de rentabilité de l'AP-HP qui s'établit à -2,7% (contre un excédent de +0,9% en 2016) et pèse pour près de 15% du déficit cumulé des hôpitaux publics en France.

Tableau 1 Rentabilité nette des hôpitaux publics entre 2002 et 2017 par (DREES 2018)

	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017**
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4*	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,1	-0,2	-0,4	-0,6	-0,3	-1,1
Les centres hospitaliers régionaux (CHR)																
AP-HP	0,8	-0,3	1,7	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	0,9	-2,7
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7	-1,3	-0,5	-0,1
Les autres centres hospitaliers (CH)																
Grands CH**	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,7	-0,3	-1,4
Moyens CH**	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,6	-1,1	-0,1	-0,7	-0,9	-0,9	-1,7	-2,5
Petits CH**	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,6	0,8	0,4	-0,3	0,3	-1,2
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,2	0,7	0,6	0,7	0,7	-0,1
CH spécialisés (CHS)	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3	1,0	0,9

1. Rentabilité nette : rapport entre le résultat net comptable (écart entre les recettes et les dépenses, c'est-à-dire l'excédent ou le déficit) et les recettes de l'activité (définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21, hors compte de rétrocession).

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité nette de l'AP-HP s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

** Données provisoires.

Note > Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories :

L'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP).

Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).

Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs recettes :

- les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
- les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
- les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL).

Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

Les syndicats inter-hospitaliers (SIH), exerçant une activité de soins, ont été classés avec les établissements avec lesquels ils mettent en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFiP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

1.1.1. Une dette qui se creuse et des investissements en berne

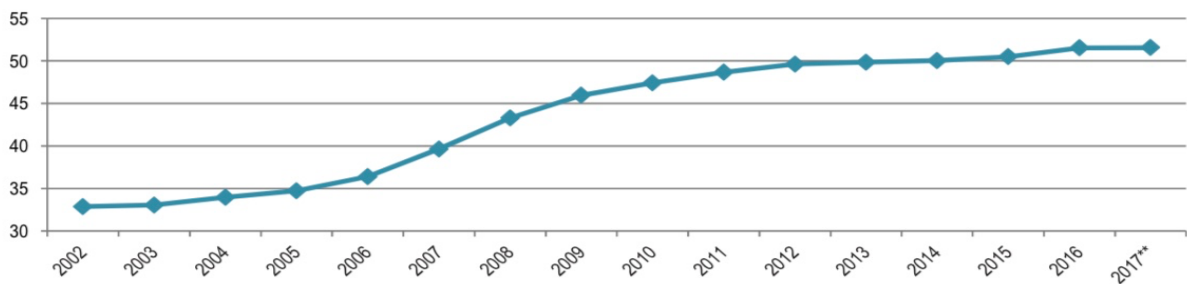
Sources : (DREES 2018)

Tout d'abord une précision nous paraît importante, le déficit que nous avons traité juste avant est la différence entre les « entrées » (recettes) et les « sorties » (dépenses) et ce sur l'année. Le taux d'endettement résulte quant à lui de deux choses, soit des reports des déficits de chaque année (en somme un cumul des pertes et gains annuels de l'établissement au fur et à mesure des années depuis la création de ce dernier), soit des dépenses d'investissements non financées par l'activité de l'établissement. Il se caractérise comme étant le pourcentage de dettes financières au sein des ressources stables (les capitaux propres sont l'autre partie de ces ressources stables)

Si nous ne regardons que l'encours de la dette de nos hôpitaux, nous pouvons penser que la situation s'améliore. En effet, ce dernier a diminué de 100 millions d'euros entre 2016 et 2017 pour se situer à 29,8 milliards d'euros. Même si l'encours de la dette représente tout de même près de 42,7% de chiffre d'affaires annuel de nos hôpitaux publics.

Mais un autre chiffre nous donne un éclairage bien plus sombre de l'état de santé financier de nos centres hospitaliers. Il s'agit de la part de dette dans la composition des ressources stables qui est à son plus haut niveau de tous les temps et culmine à près de 51,5% et continue de croître chaque année par le mécanisme de report comptable sans cesse déficitaire. Pour vous donner un ordre d'idée le taux de dette dans les ressources stables était de moins de 35% en 2002.

Tableau 2 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2017 (DREES 2018)



* Taux d'endettement : part des dettes au sein des ressources stables.

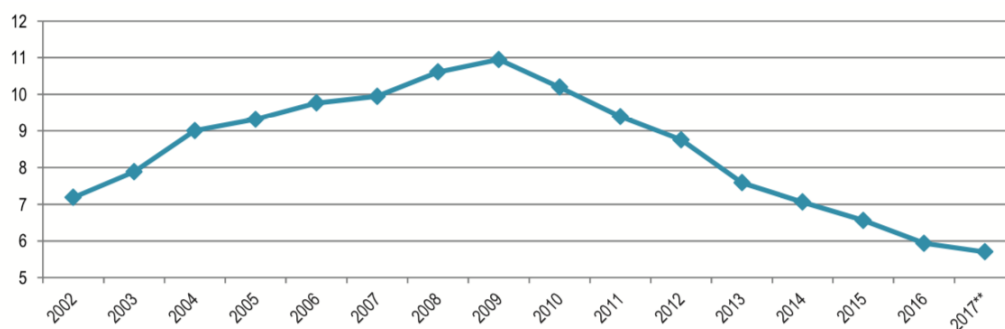
** Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Il est toujours intéressant de regarder l'endettement de la structure en gardant à l'esprit les investissements qui y sont réalisés. En effet, contracter une dette dans le but d'améliorer ses capacités et sa qualité d'accueil n'est pas du même ordre que de combler un excédent de dépenses de fonctionnement aux vues de recettes trop maigres. Sur ce terrain les chiffres des investissements sont aux plus bas de ces quinze dernières années. (4 milliards d'euros en 2017 soit seulement 5,7% du chiffre d'affaires)

Tableau 3 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2017, DREES (2018)



* Effort d'investissement : part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes.

** Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

1.1.2. Discussion sur l'état financier de nos hôpitaux

L'hôpital public français semble être dans un marasme économique des plus nébuleux, mais d'où viennent ces problèmes ? Quelle en sont les causes ? Est-il possible de retrouver un équilibre financier ? Nous allons donc nous pencher plus en avant sur ces questions qui impactent au quotidien la qualité de prise en charge des patients et qui peuvent remettre en cause la survie même de nos centres hospitaliers.

1.1.2.1. Un manque d'investissement dans nos hôpitaux

Sources : (DREES 2018)

Gardons à l'esprit que si l'investissement n'est actuellement pas faisable par les hôpitaux eux-mêmes, il n'en demeure pas moins souhaitable voir même indispensable. Car nous sommes à la veille d'une nouvelle révolution médicale que ce soit dans les domaines aussi variés que sont l'infectiologie (avec les progrès spectaculaires de la virologie et les défis adressés à la bactériologie par l'émergence de bactéries super-résistantes), l'oncologie (avec ses diagnostics et ses thérapeutiques de plus en plus pointus), et pour n'en citer qu'un dernier le domaine de la génétique qui nous permettra de comprendre le « langage de la vie » elle-même.

En plus de cette apparition de nouvelles pratiques médicales, une déflagration en terme démographique se prépare. En effet les populations nées dans les années 50,60,70 vont arriver assez vite à l'âge de la vieillesse médicale soit 75 ans. Ceci va mécaniquement faire exploser l'activité médicale de nos hôpitaux, et sans investissements conséquents, ces derniers ne seront pas capables d'absorber ce flux gigantesque. Et cela malgré les efforts conséquents d'investissements orchestrés durant les années 2000 sous l'égide des plans

« hôpitaux 2007 » et « hôpitaux 2012 » qui ont permis une remise à niveau des capacités quantitatives et qualitatives de nos hôpitaux.

Il semble donc nécessaire de se pencher sur un plan d'investissement à long terme pour l'hôpital public, financé par l'État, avec la rédaction et la mise en place d'un plan qui pourrait se nommer « hôpital 2030 » ou « hôpital 2035 » et ce dès à présent.

1.1.2.2. Quelles sont les causes des déficits

Sources : (DREES 2018)

Sur le plan des dépenses on ne note en cette année 2017 qu'une augmentation de 0,8%, soit nettement inférieure à celle de l'inflation qui se situait à 1,03% cette même année. En somme nous pouvons écarter un épisode de « dérapage » des dépenses pour expliquer le déficit record de nos hôpitaux publics.

Le principal argument des autorités publiques pour tenter d'expliquer cette situation catastrophique, tient dans le dégel du point d'indice de la fonction publique hospitalière décidé en mars 2016. Entré en vigueur en deux temps, en juillet 2016 et février 2017, imposant une augmentation de la masse salariale de 1,2%. Ceci ne peut en aucun cas expliquer que le déficit a été multiplié par trois, sur la même période.

L'explication est en réalité toute autre, les pouvoirs politiques ont décidé de baisser les tarifs des actes remboursés par l'assurance maladie. Cette baisse devant en théorie être compensée par une augmentation de l'activité, or celle-ci est restée atone. Les centres hospitaliers se sont donc pris de plein fouet la baisse drastique de leurs ressources.

Cette situation est même qualifiée ainsi par la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) : « [cette situation est un] transfert de déficit de l'assurance maladie aux centres hospitaliers ». En plus de ces baisses tarifaires les hôpitaux

publics ont subi depuis trois ans des plans annuels d'économie pour près de 3 milliards d'euros, avec notamment des baisses de financements des missions d'intérêt public et même des rétorsions d'enveloppe budgétaire, pourtant votée par le parlement dans les LFSS (en effet en 2018 seulement 150 millions d'euros sur les 412 de mis en réserve ont été versés à l'hôpital public).

1.1.2.3. Des déficits conjoncturels ou structurels ? la T2A seule fautive ?

Sources : (Burnel 2017 ; Or et Renaud 2009 ; Neves 2017)

Pour répondre à ces questions il faut nous pencher sur le fonctionnement de la T2A. Ce mode de financement des hôpitaux en fonction de leurs activités est mis en place de manière progressive depuis 2004.

Remplaçant le système de dotation globale, l'idée de base de la tarification à l'activité est de prime abord extrêmement simple, voir tout à fait enfantin. Le postulat de base l'est de fait : les établissements de santé vont se voir doter de recettes qui correspondent exactement à leurs activités réelles. Ce dispositif offre donc une plus grande transparence et une plus grande équité quant au financement de nos centres hospitaliers. Mais ce mécanisme de financement présente des écueils intrinsèques, combinés à des mésusages politiques.

Dans un premier temps nous allons rappeler et expliciter les trois avantages de cette tarification à l'activité, le premier étant la plus grande transparence de ce système, et en cela peu de choses peuvent être dites. En effet c'est son principe même, plus grande est l'activité, plus grandes sont les recettes, nous ne reviendrons donc plus sur ce point.

Le deuxième de ces avantages est une plus grande équité, effectivement chaque service est payé le même prix à l'ensemble des fournisseurs de soins du secteur. Mais cela n'est possible que par l'établissement d'une grille tarifaire

ainsi que de Groupe Homogène de Malade (GHM) suffisamment détaillés et cohérents, afin de ne pas pénaliser les établissements de santé qui accueillent les cas de prise en charge les plus lourds de certaines pathologies. Un exemple, une chirurgie ambulatoire (réalisée majoritairement par le secteur privé à but lucratif) est beaucoup moins lourde qu'une chirurgie nécessitant une hospitalisation en service de réanimation (réalisée préférentiellement dans les CHRU). De manière générale l'assurance maladie va attribuer un tarif nommé comme Groupe Homogène de Séjour pour un seul GHM. Quelques exceptions vont être attribuées à un GHM plusieurs GHS en fonction de l'équipement et de l'agrément de l'établissement pour certaines prises en charges spécifiques (exemples : les soins palliatifs, le sevrage alcoolique...)

Le troisième de ces avantages est la recherche de l'efficacité. Effectivement que ce soit au niveau de chaque établissement ou au niveau global, cette tarification va emmener les acteurs du secteur à optimiser les coûts de chaque prise en charge et éviter ainsi les dépenses inutiles ou peu congruentes. Ceci va introduire une compétition entre les différents acteurs mais elle suppose que les tarifs soient correctement corrélés aux coûts du producteur le plus efficace. Dans cette recherche d'efficacité les établissements vont donc tendre à réduire leurs coûts de séjour en diminuant les services fournis dans le cadre du forfait, voir transférer la responsabilité et donc le coût sur d'autres acteurs.

Le principal écueil de cette tarification tient en sa philosophie économique, qui va de fait inciter les acteurs du marché à faire augmenter l'activité hospitalière. On peut même observer des phénomènes d'induction de demande de certains types de prise en charge (hospitalisation de jour, petites chirurgies) qui sont plutôt « rentables » pour les établissements. N'y voyons pas là une volonté de nuire de la part des directions de nos centres hospitaliers mais bien une adaptation purement économique, rendue possible et indispensable

(afin de financer les coûts fixes des établissements) par la mise en place de cette tarification. De ceci en résulte une augmentation de l'enveloppe budgétaire nécessaire à l'assurance maladie pour payer les hôpitaux français.

La T2A induit une augmentation des dépenses de santé (enveloppe hospitalisation). Mais le principal payeur en France, l'assurance maladie de par ses comptes déficitaires ne peut pas se permettre une augmentation de ses dépenses. Pour y remédier le législateur sous l'impulsion gouvernementale va orchestrer des baisses substantielles de tarifs des GHS et ce de manière globale. Et c'est là qu'est le principal problème extrinsèque de la T2A. En effet cette méthode va non seulement pénaliser les établissements ayant réalisé de réels efforts de rationalisation des coûts, mais également empêcher toute vision à long terme sur l'évolution des recettes ; et donc contrecarrer toute tentative de plan de développement et de restructuration de nos centres hospitaliers.

La recherche d'efficacité et l'augmentation d'activité induit par la T2A, a entraîné une augmentation de la productivité des agents hospitaliers qui n'est pas sans conséquence au niveau de la qualité des conditions de travail, nous reviendrons sur ce point dans la suite de notre propos.

L'hémorragie budgétaire de ces dernières années tient d'abord et avant tout de conjoncture particulière. En premier lieu l'arbitrage politique peu favorable à l'hôpital public, permis par la mise en place de la T2A qui s'est révélée une excellente vase communicante entre le budget des hôpitaux et celui de l'assurance maladie.

1.2. Des ressources humaines au bord de l'asphyxie

Sources : (Cortes 2018)

1.2.1. Une perte de repère qui se diffuse

Sources : (Santos et al. 2013)

1.2.1.1. La disparition de l'idée de service public

Jusqu'à l'aube du XXI^{ème} siècle nos hôpitaux étaient régis par l'idée de service public, dont la solidarité était le principe fondamental et s'incarnait parfaitement bien dans la déontologie médicale qui prône une parfaite égalité devant les soins et la continuité de l'offre. C'est cette idée de « sacrifice » pour la santé de la population qui fondait le creuset de la communauté hospitalière, ainsi liée par des valeurs communes, plutôt que par une alliance d'intérêts individuels.

En cela les ordonnances de 2003 et 2005 ainsi que la loi HPST (2009) modifient en profondeur la gouvernance ainsi que le financement de l'hôpital public. Et elles modifient ainsi les valeurs fondatrices de la communauté hospitalière. En effet ces réformes ont introduit l'idée « d'hôpital-entreprise », et ont donc engendré l'idée d'une offre de soins qui se devait d'être « rentable ». En contradiction avec l'altruisme exigé par la notion de service public hospitalier. Même si au vu de la situation économique de notre pays une rationalisation des coûts de la santé, semble de prime abord, nécessaire. Mais il ne faut pas que les considérations économiques mettent à mal l'honneur de l'hôpital qui est l'accueil de toutes personnes en détresse quelles qu'elles soient. En cela l'idée de service public hospitalier doit être sanctuarisée de toute considération économique.

Hélas la loi HPST va faire voler en éclat l'idée même de service public hospitalier et le remplace par des missions de service public. Un changement de dénomination qui a un lourd sens symbolique et pratique. En effet depuis cette réforme les « cliniques » privées (à but lucratif) ont la possibilité de participer à ces missions, et ainsi prennent une part des prérogatives jusqu'ici réservées aux centres hospitaliers publics, ce qui va mettre l'hôpital public en concurrence avec l'ensemble des acteurs privés, renforçant ainsi la nécessité de rentabilité et éloigne ainsi un peu plus la structure hospitalière de son idéal de solidarité. Pourtant porté fièrement par l'ensemble de la communauté hospitalière.

1.2.2. Des équipes mises sous pression

Sources : (Benallah et Domin 2018)(Brami et al. 2012)(DREES 2018a)

1.2.2.1 Des cadences de « production » qui augmentent

Les réformes des dernières décennies ont fondamentalement transformé le fonctionnement et la philosophie des établissements publics de santé ; comme dans de nombreux secteurs de la société les logiques comptables et industrielles se mirent en œuvre au sein de nos hôpitaux.

La principale inspiration de ces nouvelles méthodes de gestion et de management, vient de l'un des secteurs les plus florissants : l'industrie automobile. En effet c'est l'entreprise japonaise Toyota® qui dès les années cinquante mit en place la logique du « flux tendu » ou en anglais « lean management ». Le principe fondamental de cette doctrine est de réduire les coûts en luttant contre le gaspillage et en réduisant les stocks.

Ce nouveau mode de pensée peut paraître de prime abord intéressant, en effet dans un contexte de marasme économique, baisser les coûts tout en conservant la qualité des soins semble trop beau pour être vrai. Ces diverses

réformes ont généré une course à la rentabilité qui s'est traduit dans de nombreux services par un rationnement du matériel (allant jusqu'au décompte du nombre de compresses utilisables pour chaque patient). La non parfaite adaptation de ce dernier pour des raisons de coûts, et même le chronométrage du temps passé avec un patient afin de maximiser le nombre d'actes dans la même journée.

D'un point de vue purement financier cela fonctionne. En effet sur la période de 2003 à 2009 la productivité des hôpitaux a augmenté de 11,3%, et ce, avec une quasi-stagnation des effectifs, voire dans certains services une réduction de ces derniers. Nous le verrons plus tard, cette augmentation de cette productivité s'est traduite par une augmentation des rythmes imposés de production, accentuant la pression temporelle sur les travailleurs du secteur.

1.2.2.2. Une contrainte de qualité par la « norme »

Une autre contrainte vient s'ajouter : la « normalisation » des soins. En effet depuis le début des années 2000, il y a une volonté des autorités, de mettre en place par le biais des systèmes d'accréditation, une « standardisation », une « homogénéisation » des soins qui n'est pas sans contrainte pour les équipes et les directions hospitalières.

En France c'est la HAS qui a en charge cette procédure comme précisé dans l'article L161-37 du code de la sécurité social : «Établir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique, notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code (Anonyme 2004) ». Le déroulé de cette procédure est relativement dense, pour plus de précisions nous vous invitons à vous référer à la référence (HAS 2017) de la bibliographie.

Quoi que louable, la recherche de qualité par la standardisation quasi-« industrielle » des soins compte également son lot d'effets « pervers ». Parmi cela nous pouvons de prime abord nous pencher sur le surcroît de tâches « administratives » qu'engendre la démarche qualité. Cette dernière engendre une augmentation du temps passé à ces tâches pour le moindre acte médical, infirmier ou pharmaceutique, sans compter sur la rédaction des procédures, fiches de non-conformités, compte-rendu... etc., s'ajoutant au nécessaire « codage » des actes institués par la mise en place de la T2A. Tout cela se déroule dans un contexte de stagnation, voire de réduction, des ressources humaines, accroissant de manière très importante la charge de travail des équipes soignantes.

Dans le domaine de la santé chaque patient est unique, les soins qui lui sont prodigués doivent dans la mesure du possible l'être aussi ; quoique la publication de recommandations et référentiels soient une nécessité absolue, pour guider et aiguiller les décisions des praticiens. Le mode opératoire de type « procédural », qu'impose la démarche qualité, tend à uniformiser les prises en charge des patients, ajouté à cela la plus grande division du travail (mis en place pour la simple raison qu'elle renforce la productivité). Le travail des praticiens hospitaliers ressemble de plus en plus à un travail à la chaîne ou seul compte le nombre d'unités qui sortent des chaînes de montages... (Pardon des services hospitaliers). Ce qui avec ce que nous avons déjà vu (la fin du service public hospitalier) peut renforcer la perte de repère d'agents voués corps et âme à la santé des patients.

1.2.2.3. La peur du « vite fait, mal fait »

Sources : (Benallah et Domin 2018)

Cette peur des hospitaliers de devenir « maltraitants » envers leurs patients est sans doute l'une des principales causes du mal-être omniprésent ces dernières décennies dans les hôpitaux français. Ce sentiment est sans aucun doute lié à une statistique effrayante, 31% des agents hospitaliers déclarent ne pas avoir le temps de réaliser l'ensemble de leurs tâches au cours de leur journée de travail au moins une fois par semaine, et ils sont même 9% à faire ce triste constat quotidiennement !

Pour mieux comprendre cet élément nous allons devoir nous pencher sur les différentes contraintes de rythme qui pèsent sur nos soignants (voir Tableau 4). Nous pouvons nous apercevoir qu'un peu moins de la moitié des travailleurs du secteur subissent au moins une contrainte dite de type industriel, mais ils sont plus de la moitié à en subir une de type marchande (demande extérieure ...).

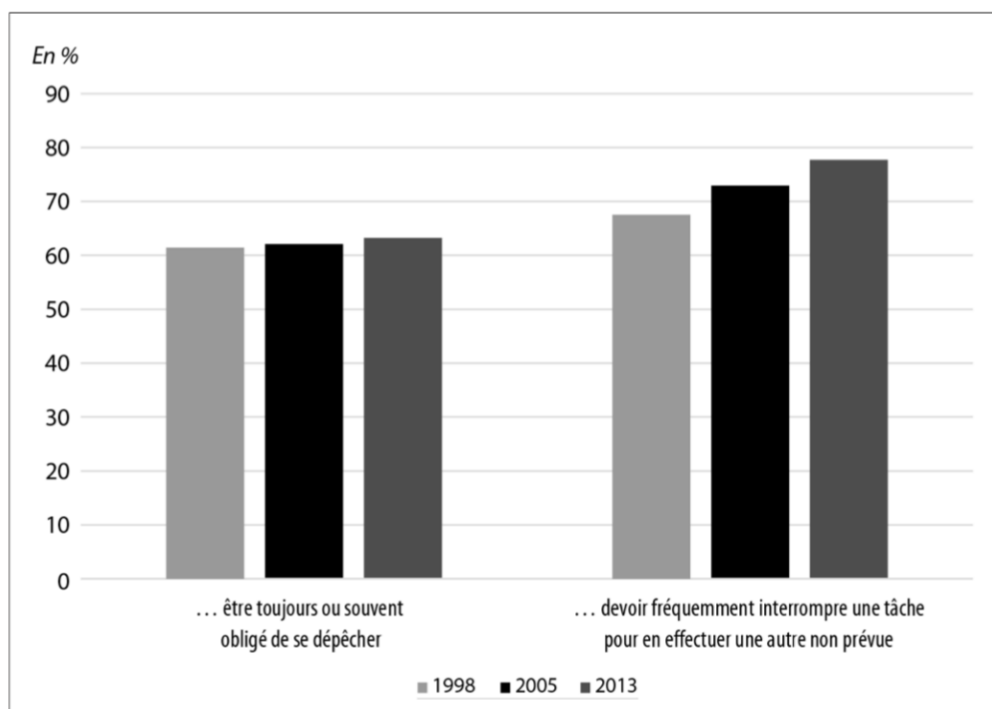
Tableau 4 Part des travailleurs du secteur hospitalier ayant un rythme de travail imposé par (Benallah et Domin 2018)	
Part des travailleurs du secteur hospitalier ayant un rythme de travail imposé par...	
... le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce	6%
... la cadence automatique d'une machine	4,40%
... d'autres contraintes techniques	19,50 %
... des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	47,50 %
... la dépendance immédiate vis à vis du travail d'un ou plusieurs collègues	42,20 %
... une demande extérieure – clients, publics – obligeant à une réponse immédiate	70,70 %

Cette intensification du travail dans le milieu hospitalier peut s'exprimer par le fait qu'un travailleur du secteur sur trois est soumis simultanément par au moins trois contraintes de rythme en 2013 contre seulement une sur cinq en

1998, soit avant la mise en place des politiques d' « hôpital-entreprise ». Le travail à flux tendu est maintenant la norme, et le travail en « urgence » n'est plus l'exclusivité des services d'urgences. En effet c'est dans l'ensemble des services que l'on retrouve cette contrainte, qui consiste à devoir répondre de manière immédiate à une demande extérieure, et ceci pour 60% des employés du secteur en 1998 avec une augmentation de 13% jusqu'en 2013. Portant à 73% le taux d'interruption des tâches. (Voir Tableau 5)

Une autre contrainte de rythme est l'interdépendance des tâches à accomplir qui pèse sur près de 50% de nos soignants (toutes catégories confondues) qui déclarent que leur travail est fortement lié à celui d'autres collègues. Enfin nous pouvons constater que 47% des infirmiers, 43% des aides-soignants et 36% des praticiens déclarent ne pas pouvoir prendre de pause durant leur journée de travail.

Tableau 5 : Part des personnels du secteur hospitalier déclarant...par : (Benallah et Domin 2018)



Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 78 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

Depuis près de vingt ans on assiste à une course à la performance des équipes hospitalières, chez qui le sentiment de qualité empêchée se diffuse. En effet ils sont de plus en plus nombreux à ouvertement déclarer ne pas pouvoir réaliser un travail de qualité dans le temps qui leur est imparti. Tout ceci ne peut-il pas avoir des conséquences sur la santé des personnes qui nous soignent ? C'est ce que nous allons voir dès à présent.

« Devoir faire son travail avec des outils inappropriés, ou en prenant des risques pour sa sécurité, ou en bâclant par manque de temps » Pascale Molinier

1.2.2.4. Des retentissements sur la santé des agents hospitaliers

Sources : (DREES et Boulanger 2017)(Benallah 2019)(Brami et al. 2012)

Dès le début des années 2010, les termes d'épuisement professionnel, de stress, de souffrance au travail... Mais un nouveau terme apparaît déjà et fera couler beaucoup d'encre, le terme de *burn-out*. Bien que ce syndrome ne soit pas reconnu comme maladie professionnelle en France (proposition de loi rejetée le 1er février 2018 (Ruffin et Quatennens 2018)), malgré sa reconnaissance tardive comme syndrome par l'OMS en mai 2019 (OMS 2019). Pourtant il devient très utilisé dans les médias ou même dans le milieu hospitalier. Mais quelle réalité se cache donc derrière ce mot, quel est l'état de santé de ceux qui sont en charge de celle de nos concitoyens ?

La santé reflète en réalité plusieurs facettes, et s'il est aisé de déterminer son niveau pour un individu donné, il est en revanche plus ardu de la mesurer pour les travailleurs d'un secteur d'activité ou pour une CSP. L'un des

indicateurs que nous pouvons utiliser pour appréhender cette notion, est la moyenne des journées d'absence pour maladie du secteur, qui est pour le secteur public hospitalier de 10 jours contre seulement 7,9 jours dans l'ensemble des secteurs d'activités (DREES et Boulanger 2017). Il s'agit en effet de l'un des seuls indicateurs chiffrés à notre disposition et il pose quelques questions. Il est vrai que de nombreuses réalités peuvent se cacher derrière ce terme, et que derrière les arrêts de courte durée il peut y avoir : de vraies maladies « ordinaires », des « soupapes » de diminution du stress ou même des absences liées à une insatisfaction au travail...etc. Quoiqu'insatisfaisant cet indicateur a le mérite d'être précis, et montre bien la vulnérabilité de nos agents hospitaliers. Vient s'ajouter à cela, comme pour le reste de la population, un vieillissement des effectifs, en effet près d'un quart des agents hospitaliers est âgé de 50 ans ou plus, avec de surcroît un ensemble d'astreintes nocives et potentiellement pathogènes tout au long de la carrière (horaires décalés et/ou travail posté, efforts physiques importants et exposition à un environnement de travail « toxique ») peut expliquer pour partie le plus grand recours aux arrêts maladie.

Un bon indicateur, si ce n'est de la santé, tout du moins du bien-/mal-être des hospitaliers, est l'important *turn-over* au sein des services, ainsi que le départ prématuré de ces derniers, à titre d'exemple, près de 35% des infirmiers abandonnent leur métier précocement (avant 55 ans) (Brami et al. 2012).

Si nous additionnons ces facteurs que sont, les absences, les départs prématurés ainsi que le *turn-over* important du secteur, à une gestion à flux tendu des ressources humaines (norme actuelle) et un manque d'attractivité (bas salaires, horaires décalés, charge de travail importante), on obtient un cocktail explosif, conduisant à terme à un réel risque de pénurie de personnel. De plus ces facteurs énumérés, se trouvent renforcés par la perte de sens du service public ; nous entrepercevons les raisons de la colère des agents de l'hôpital public.

Bien que difficile à évaluer, les chiffres de l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS), nous dépeignent un tableau bien sombre de l'état de santé de nos soignants (hospitaliers et libéraux). Tout d'abord nous pouvons noter le manque de sommeil qui frappe près 60% des soignants (asso-sps et Réseau Morphée 2017), avec des nuits moyennes de 6 heures (contre 6h45 dans la population générale), ils sont 48% à penser que leur travail est la cause de ce manque de sommeil, dramatique pour la santé physique et mentale ; pouvant même entraîner un risque pour celle de leurs patients.

Ensuite, sur le front de la souffrance au travail, il est indigne dans un pays comme le nôtre que près de la moitié des professionnels de santé estime avoir été en souffrance au cours de leur carrière (asso-sps et CNPS 2017). En 2015 ils sont même près de 50% à déclarer avoir été ou être en situation de burn-out, et ils sont 14% à avouer souffrir de conduites addictives (consommation excessive d'alcool, de substances psychoactives...). Ceci pose un véritable enjeu de santé publique, en effet il est difficile d'apporter des soins et du réconfort à des patients dont la prise en charge est quotidienne, et de surcroît dispensé par leurs propres collègues. Sur ce point-là les professionnels concernés en sont tout à fait conscients, car ils sont 80% à souhaiter être pris en charge dans un centre qui leur est spécifiquement réservé, de préférence éloigné de leur lieu d'exercice. En somme, comme la police à l'IGPN, les soignants doivent avoir des services de soins spécifiques.

Cette profonde souffrance pousse certains professionnels à l'extrême mesure de mettre fin à leurs jours, en terme médical nous parlons d'autolyse ou de tentative d'autolyse. Mais ces événements ont défrayé la chronique sous les traits du mot suicide. Malheureusement les autorités publiques ne communiquent que peu sur ce sujet, un chiffre fait froid dans le dos, ils seraient près de 25% à déclarer avoir déjà eu, par le passé au cours de leur carrière, des idées suicidaires en raison de leur travail (asso-sps 2016), contre seulement 5%

de la population générale (Observatoire national du suicide (France) 2014). Ce fléau est bien silencieux, en effet seul 42% des professionnels concernés en ont parlé à une autre personne. Un praticien connaît ou connaîtra, en moyenne, 2,5 tentatives dans son entourage, dont la moitié aboutira au décès de ce confrère. Plus que des plans de prévention il paraît urgent de revoir les conditions d'exercices, et le cadre de travail de nos soignants.

1.2.3. Une « relève » mal menée

Ce mal être est si profond qu'il atteint même les professionnels en devenir, en effet même les étudiants en filière de santé ne sont pas épargnés par ce fléau. C'est ce que nous allons voir dès à présent.

Dans l'imaginaire collectif, la première année des études de santé est considérée avec le bachotage intense des classes préparatoires, comme l'une des plus dures des études supérieures. Mais elle n'est que la partie émergée de l'iceberg de cette « machine à broyer la jeunesse » (nous pesons nos mots). Il est vrai que par esprit de corps, peu d'informations ont fuité sur ces conditions d'études, ne laissant de la place dans l'esprit populaire et médiatique que les frasques de la vie carabine ou potarde. Là encore se sont les associations qui ont les premières tiré la sonnette d'alarme et nous permettent d'explorer ce qui se cache sous le masque jovial des étudiants en santé.

Tout d'abord nous tenons à vous présenter un petit état des lieux tiré du rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé :

« Augmentation du nombre d'étudiants sans augmentation en parallèle du nombre d'enseignants,

Diminution du compagnonnage en stage du fait de la stagnation ou de la diminution du nombre d'enseignants et du personnel soignant encadrant,

Système de soins en souffrance, soumis à une pression constante vers la rentabilité,

Ambiance dans le système de soins favorisant les comportements et propos inadaptés,

Glissement des tâches logistiques et administratives vers les étudiants,

Diminution voire disparition de la place du collectif dans les équipes de soins.

En médecine,

Massification de l'enseignement en PACES, avec perte des repères humains et introduction massive du numérique sans réel encadrement autre que technique,

- *Glissement de l'enseignement du second cycle vers le tout ECN puis l'iECN, amplifiant le bachotage et induisant une diminution du sens de la formation. »*

(Marra 2018)

Tout cela a des effets extrêmement délétères sur la santé notamment mentale de nos futurs soignants, comme nous le montre en plusieurs enquêtes menées au niveau national par l'ANEMF, l'ANEPF et la FNESI. Comme pour les soignants en activité, par souci de clarté nous progresserons graduellement des maux les plus simples aux pires extrémités.

1.2.3.1. Des troubles du sommeil

Souvent laissé de côté dans les études sur la santé des populations, le sommeil est pourtant d'une importance capitale pour la santé physique et mentale d'un individu. En effet la privation de sommeil agit sur les performances physiques et cognitives, s'accompagnant d'une fatigue musculaire, de troubles immunitaires, de perturbation de l'équilibre psychologique et d'altération des capacités cognitives. Elle accroît également le risque de dépression et favorise l'hypertension artérielle, participant donc à la survenue de maladies cardiovasculaires.

Or ce sont près de 61% des étudiants en pharmacie qui déclarent avoir un temps de sommeil insuffisant (contre 45% dans la population générale des étudiants) selon l'enquête « bien-être » ANEPF (ANEPF 2020). Les troubles du sommeil sont toujours multifactoriels, mais 55% des étudiants manquant de sommeil déclarent manquer de temps (en partie dû aux maquettes pédagogiques trop chargées). Ils sont également 41% à pointer le stress comme cause ce qui nous amène à notre point suivant.

1.2.3.2. Du stress et des troubles anxieux

Tout d'abord il nous paraît opportun de rappeler la différence entre le stress et l'anxiété. Le stress est une réaction physiologique qui permet au corps humain de se mettre en « état d'alerte », pour permettre à l'individu d'assurer sa survie ou de surmonter une épreuve. Le trouble anxieux quant à lui, n'est en aucun cas un état physiologique et résulte d'un envahissement de l'anxiété dans la vie de tous les jours, souvent causé par un stress répété, et ce même en l'absence de situations anxiogènes.

Le stress a des répercussions sur le sommeil de 27% des étudiants en pharmacie (ANEPF 2020), et se sont près de 39% des étudiants en pharmacie qui se sentent ainsi en situation de stress, d'angoisse, frôlant le burn-out ou la dépression, avec toutes les conséquences que cela implique sur leur santé. Il est vrai que comme les troubles du sommeil, les troubles anxieux sont multifactoriels.

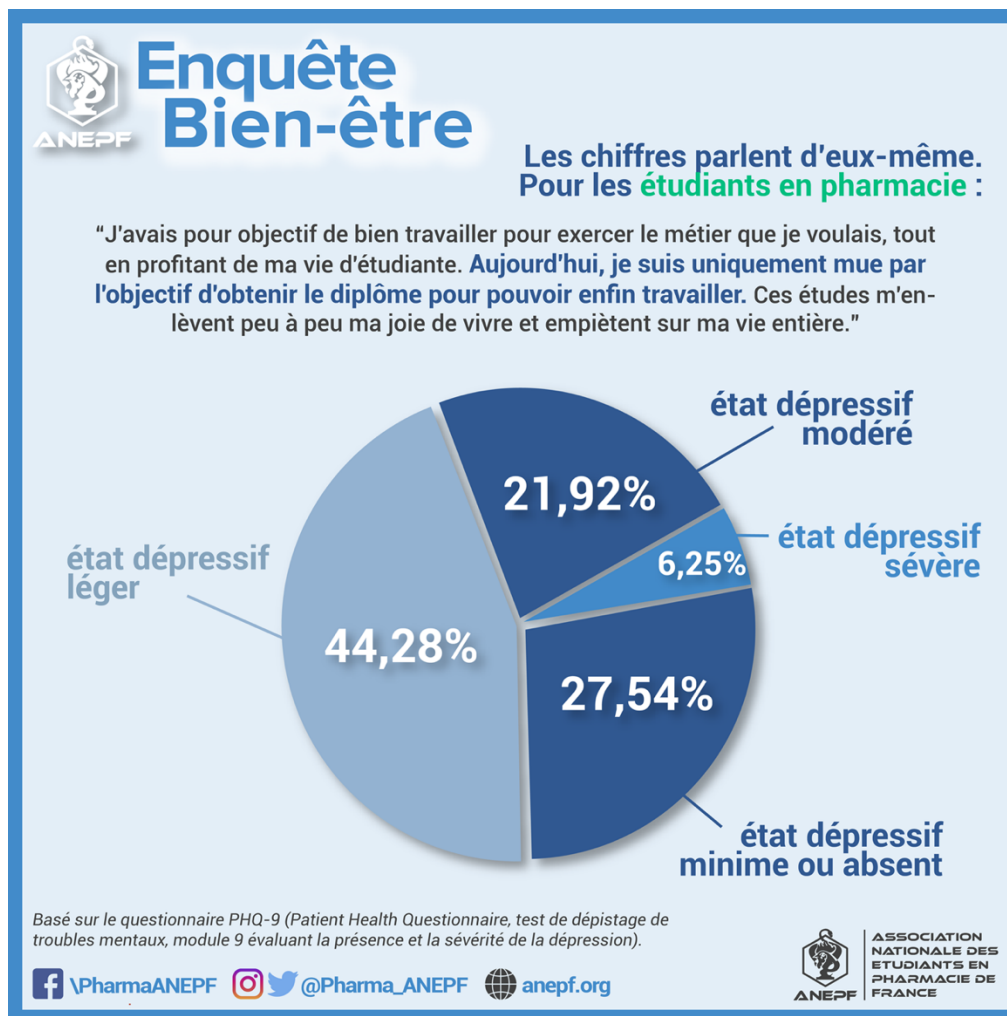
Des évaluations portent à près de 66% le nombre d'étudiants en médecine souffrant de syndromes anxieux, soit 2,5 fois de plus que la population générale (Merad et ANEMF 2018) ; ce qui peut nous interroger sur l'état de stress permanent dans lequel sont maintenus les étudiants du secteur de la santé.

1.2.3.3. Des syndromes dépressifs

Tout d'abord un peu de définition, un syndrome dépressif est un trouble mental caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur, accompagné d'une faible estime de soi et d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans des activités habituellement ressenties comme agréables par l'individu. Ils sont définis en plusieurs stades de sévérité en fonction de l'intensité et de la récurrence des symptômes définis par le DSM-5. Dans les cas les plus légers ils vont avoir une répercussion sur les facultés de concentration et peuvent dans les cas les plus sévères aboutir au suicide de l'individu qui en souffre.

Dans tous les cas même un syndrome de légère intensité peut représenter un véritable handicap dans le cadre d'études menant à un haut niveau de qualification et demandant une grande capacité de concentration. Or près de 72% des étudiants en pharmacie présentent un état dépressif de léger à sévère voir Tableau 6 (ANEPF 2020)

Tableau 6 : Part des états dépressifs chez les étudiants en pharmacie de (ANEPF 2020)



28% des étudiants auraient besoin d'une prise en charge par un professionnel contre seulement 11,7% dans la même tranche d'âge de la population générale (Léon et al. 2018). Le résultat n'est pas plus glorieux chez les étudiants en médecine en effet 27% (Merad et ANEMF 2018) d'entre eux souffriraient également des mêmes maux que leurs futurs confrères pharmaciens.

C'est un constat accablant, nos futurs professionnels, sont avant même d'être opérationnels, mis dans un état de pression mentale incompatible avec l'apprentissage des actes qu'ils devront réaliser pour la préservation de la santé des patients. Même si la problématique de la dépression n'est pas inhérente aux seuls étudiants en santé. La proportion d'étudiants touchés est nettement supérieure à la population générale du même âge nous souligne des

problématiques spécifiques à ces filières, de surcroît dans le cadre d'études aussi longues (de 6 à 14 ans) renforçant ainsi le temps d'exposition à un environnement « toxique ».

Mais s'il n'y avait que cela, la vie serait rose dans nos facultés, en effet c'est « *en toute bonne foi, des enseignants pensent que les étudiants doivent être soumis à des situations stressantes afin de les habituer à ce qui les attend dans leur vie professionnelle* » (Marra 2018).

Cette pression perpétuelle provoque sur nos étudiants à la fois des répercussions sur leur santé psychique mais également des causes et des conséquences beaucoup plus funestes que nous allons voir dès à présent.

1.2.3.4. Des conduites addictives

Bien que les mieux informés au sujet des substances psychoactives, les étudiants en santé ne sont pas exempts de conduites addictives. Cela n'étant pas le sujet de cet ouvrage, nous ne ferons que vous citer les chiffres publiés par l'ANEPF, sur le rapport des étudiants en pharmacie avec les conduites addictives.

« 15,08% des étudiants en Pharmacie s'estiment dépendant à une substance. Pour 73,43% cette substance est le tabac. Pour 27,16% il s'agit de l'alcool, pour 10,15% le cannabis, pour 1,79% les drogues dures (cocaïne, héroïne, etc.), pour 4,78% des substances médicamenteuses. Dans les 9,25% des étudiants en Pharmacie s'estimant addictes, on retrouve des addictions à la nourriture, aux jeux d'argent, aux jeux vidéo et écrans en général et au sexe.

Concernant la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, 18,68% des étudiants en Pharmacie déclarent en avoir déjà consommé au cours de leurs études.

Parmi eux, 26,27% estiment que leur cursus leur permet d'avoir plus facilement accès à ces substances. Les raisons pour cette facilité d'accès sont diverses : meilleure connaissance des molécules (64,29%), substances à portée de main durant les

*gardes ou en PUI (14,29%), travail en officine (21,43%). »
(ANEPF 2020)*

De manières plus précises sur l'alcool :

« 25,52% des étudiants en Pharmacie ont déjà eu des remarques de leur entourage sur leur consommation d'alcool. Au cours des douze derniers mois, l'alcool a empêché 40,77% des étudiants en Pharmacie de faire ce que l'on attendait d'eux au moins une fois (cours, TD, TP, stage, travail, etc.).

Parmi ces 40,77% :

- 27,33% ont rarement été incapables de faire ce que l'on attendait d'eux à cause de l'alcool

- 9,81% ont été incapables de faire ce que l'on attendait d'eux au moins une fois par mois

- 3,42% ont été incapables de faire ce que l'on attendait d'eux au moins une fois par semaine »

(ANEPF 2020)

C'est donc un triste constat sur la santé présente et avenir de nos futurs soignants, qui doit nous faire réagir face à ce qui sera peut-être un enjeu majeur pour leur santé.

1.2.3.5. De la maltraitance psychique

Jusqu'à présent nous nous sommes concentrés sur des données qui ont l'inconvénient de ne pas être inhérentes à la formation de nos praticiens. En effet tout étudiant peut, au cours de son cursus, développer l'un des problèmes de santé que nous avons évoqués. Mais comme si la difficulté de ces formations ne se suffisait pas à elle-même, ce sont le milieu hospitalier et le milieu universitaire qui deviennent les « tortionnaires de leurs propres enfants »

Depuis leur création les formations de santé ont toujours un pendant pratique, mis en place au sein des services de soins, notamment au sein des CHU. Les stages qui s'y déroulent font partie intégrante de la formation, et pourtant certains étudiants y vont la peur au ventre... « *Les stages hospitaliers sont souvent mal vécus car l'encadrement laisse trop fréquemment à désirer, et des étudiants livrés à eux-mêmes doivent gérer des tâches qui ne sont pas les leurs en autonomie.* »(Merad et ANEMF 2018).

Une des principales formes de violence est assez insidieuse en effet c'est souvent le manque d'encadrement qui est pointé par les étudiants. Ce type de violence est décrit par près de 39% des étudiants infirmiers (FNESI 2015). Dans ce cadre il est difficile de blâmer les personnels en charge de l'encadrement, en effet ils sont également en charge des patients et de tâches administratives, de plus ils souffrent d'un réel manque de formation à la pédagogie : « *Dans une carrière universitaire la pédagogie est paradoxalement le parent pauvre et reste souvent une simple variable d'ajustement.* »(Marra 2018) « *“On a un boulot compliqué [...] et ça, il faut qu'on l'apprenne à nos étudiants.”* »(Merad et ANEMF 2018)

Mais comme si cela ne suffisait pas la violence subit par les étudiants-stagiaires vont sur le terrain des “jugements de valeur” 30%, des “difficultés d'intégration” 27% et même jusqu'au “rejet de la part de l'encadrement” 24% (chiffres pour les étudiants IDE (FNESI 2015)). Tout cela ne peut avoir qu'un

impact négatif sur la formation des étudiants, et pourtant la violence de la situation peut même être qualifiée de harcèlement pour près de 7% des étudiants infirmiers. Ces comportements sont inacceptables dans le cadre d'une formation ou dans un cadre professionnel.

Ils sont près de 20% des étudiants en pharmacie à avoir déjà vécu une expérience négative durant leur cursus (discrimination, dévalorisation par autrui, harcèlement, attaque verbale et/ou physique, etc.), dont 18% dans le cadre d'un stage, dans une filière où les stages hospitaliers ne représentent que 6 mois d'équivalent temps plein (au 1^{er} et 2^{ème} cycle) (ANEPF 2020).

« L'externe est plus utile qu'une plante verte, mais moins qu'une poubelle » un interne en biologie du CHU de Rouen.¹⁷

Si le milieu hospitalier peut être vécu avec une grande violence par les étudiants, les lieux de formations dont ils sont issus ne sont pas en reste dans ce domaine ; en effet 44,61% des étudiants infirmiers sont d'accord avec l'affirmation que : *“la formation est vécue comme violente dans la relation avec les équipes encadrantes”*(FNESI 2015).

Pour les étudiants en pharmacie c'est même le lieu le plus répandu pour les affaires de harcèlement et de violence. Ces lieux qui sont souvent considérés comme des « cocons » par les équipes encadrantes sont malheureusement trop souvent un lieu de souffrances pour certains de nos étudiants.(ANEPF 2020)

¹⁷ Note de l'auteur : phrase prononcée dans le cadre d'une discussions priver avec un interne du service dans lequel j'ai effectué un stage. Par respect pour lui, et pour ne pas tenter à sa carrière future, je me réserve le droit de conserver cette citation anonyme.

1.2.3.6. L'envie d'en finir

Les conditions d'études déjà ardues par leurs densités et leurs complexités sont rendues impossibles à continuer (par les conditions en stage ou à la faculté) pour certains étudiants et ils sont près de 41% des étudiants infirmiers à songer à l'arrêt de leur formation (FNESI 2015).

Cette proportion monte en flèche pour les étudiants en pharmacie, dans cette filière c'est près de 58% des étudiants qui ont déjà songé à l'arrêt prématuré de leur formation (ANEPPF 2020). Malheureusement peu de chiffres sont disponibles sur les abandons au cours des études au niveau national.

Si certains se réorientent, d'autres y parviennent par des moyens plus funestes, et là aussi les chiffres ne font pas honneur à nos facultés... Car ils sont 24% d'étudiants en médecine à avoir des idées suicidaires, soit 5,9 fois plus que la population générale (Merad et ANEMF 2018) ! concernant les étudiant infirmiers 12% d'entre eux peuvent témoigner de cas de suicides dans leur IFSI et 7% des étudiants (9% chez les étudiants en 3ème année) ont pensé à mettre fin à leurs jours durant leur formation. Le chiffre atteint les 11% chez les 23-25 ans. (FNESI 2015). N'oublions pas que derrière ces chiffres il y a des individus... de jeunes individus qui ont voué leur vie à protéger celles des autres et qui par désespoir se l'ôte pour en finir avec leurs souffrances.

1.2.3.7. « *Les facultés brûlent et nous regardons ailleurs* »

« Pour citer un Doyen : “Les facultés de médecine sont des usines à débiles hypermnésiques.” La formation médicale actuelle formate mais ne forme pas » (Merad et ANEMF 2018)

Les études de santé imposent l'apprentissage d'une somme considérable de connaissances, mais les modes de sélection, qu'ils soient initiaux ou en lien avec la spécialisation, obligent les étudiants à un important bachotage. La mise en pratique des connaissances par le biais de l'acquisition de savoir-faire, n'arrive que très tardivement dans les cursus. Même s'il est vrai que les simulations tendent à se multiplier au sein de nos facultés, il n'est pas rare que les premières expériences pratiques de leur futur métier soient réalisées au sein des centres hospitaliers. Stages hospitaliers qui ne sont malheureusement pas gradués dans leurs difficultés. En effet bon nombre d'étudiants font face pour la première fois dans leur vie à des situations difficiles, de patients poly-pathologiques, en fin de vie, et à la mort elle-même...

Le ressenti des étudiants sur la formation est la plupart du temps une impression d'être dans des institutions d'un autre temps, il s'agit sans doute de l'axe d'amélioration le plus important pour la formation de nos futurs professionnels. En effet les étudiants en santé sont les premiers demandeurs d'innovations pédagogiques, du contenu et de la forme de leur formation. Les véritables revendications sont des cours interactifs, de la pédagogie inversée, des mises en situation plus précoces dans les cursus, l'ouverture vers d'autres composantes des universités (gestion/management, des sciences humaines, les sciences théoriques, etc...), et également les cours toujours plus à la pointe sur les dernières innovations médicales.

Le coût humain que provoque l'inertie dans lequel les UFR se trouvent, impose de réinventer les formations de santé, si nous ne voulons pas gâcher toute une génération de jeunes talents, ce qui impacterait non seulement la santé de notre jeunesse, mais également la santé de toute la population.

1.3. Des conflits sociaux inédits dans le domaine de la santé

Peu rompu à la rhétorique de la lutte sociale, les mots grèves et manifestations ne font en effet pas parti du « jargon » médical. Pourtant l'année 2019 fut riche en actualités sociales, peu visibles dans les médias grand public, ou tout du moins masquées par une actualité sociale, nationale et internationale riche en événements « vendeurs », la mobilisation des professionnels de santé pour la santé de la population et leur condition de travail a été historiquement élevée. C'est ce nous vous proposons de voir dès à présent.

1.3.1. Une contestation d'ampleur

1.3.1.1. Tout part des urgences

Comme tout mouvement historique, il est intéressant de se pencher sur la genèse de la contestation, bien que le milieu hospitalier bouillonne depuis bien des années, nous pouvons dater ce mouvement (qui continuera jusqu'au déclenchement de l'état d'urgence sanitaire de mars 2020) au 18 mars 2019 à l'hôpital Saint-Antoine de Paris (Wintrebert 2019). Nous l'avons vu les conditions d'exercice se sont dégradées depuis près de deux décennies, mais ce n'était pas suffisant pour mettre le « feu aux poudres », même les suicides de leurs collègues et confrères n'avaient pas provoqué un tel mouvement. L'évènement déclencheur est venu des patients pris en charge, en effet « le 13

janvier [2019] à l'hôpital Saint-Antoine, [...] un patient a frappé deux infirmiers et une aide-soignante, entraînant une incapacité temporaire de travail (ITT) de huit jours pour chacun d'entre eux. » (Wintrebert 2019).

Ce mouvement d'abord local s'est en ensuite répandu à l'ensemble de 21 hôpitaux parisiens et a été l'évènement créateur du collectif inter-urgence. Puis il s'est propagé à l'ensemble du territoire et dans le temps, en effet en février 2020. Après 11 mois de grève ce sont encore plus de 250 services des urgences mobilisés (Collectif Inter Urgences 2020).

La mobilisation a d'abord été celle des services d'urgences, qui sont en première ligne face à une population demandeuse de plus en plus de soins de qualité et surtout d'immédiateté, mais le malaise institutionnalisé dans l'hôpital public va propager la grogne à l'ensemble des services et des corps de métiers qui les composent...

1.3.1.2. L'appel à la mobilisation générale

Le 21 septembre 2019 nous vîmes la création d'un nouveau collectif, complémentaire à l'inter urgences : le collectif inter hôpitaux ; organisateur de plusieurs manifestations comme celle du 14 Novembre 2019 qui rassembla près de 10 000 personnes à Paris selon les organisateurs, 7 500 selon la police (Adénor et al. 2019). Ou la journée du 14 février 2020, jour de la saint Valentin, où les deux collectifs appelaient à « déclarer notre amour pour l'hôpital ». Mais la date la plus symbolique est peut-être celle du 17 décembre 2019, ce jour-là l'ensemble des organisations syndicales appelle à la grève générale contre la réforme des retraites, et dans les cortèges qui s'élancent dans toute la France, des milliers de soignants accompagnent les salariés du public comme du privé et continuent ainsi leur combat pour sauver l'hôpital public et assurer la qualité des soins prodigués à la population. Ce jour-là en France ils sont près de 615 000

personnes à manifester, selon le ministère de l'intérieur et près de 1,8 millions selon la CGT (Le Monde et AFP 2019).

Les étudiants ne sont guère épargnés par les conditions de travail, ce qui impacte de manière significative leur formation, c'est donc assez naturellement que les internes participent activement aux manifestations et lancent même un appel à la grève illimitée à partir du 10 décembre 2019 (ISNI 2019)

1.3.1.3. Des formes de lutte inédites

En plus des grèves et des manifestations (formes « classiques » de revendications), les agents de la fonction publique hospitalière ont prouvé leur ingéniosité et leur détermination, en mettant en place une nouvelle forme de protestation : la grève du codage. Le codage désigne l'activité médico-administrative permettant aux différents services des hôpitaux de quantifier et surtout tarifier leurs activités, c'est grâce à cela que l'assurance maladie rémunère les hôpitaux selon les tarifs de la T2A.

Arrêter le codage, c'est attaquer le « porte-monnaie » des hôpitaux, d'après Julien Taieb, environ 500 services ont arrêté le codage dont 300 dans l'Assistance-Publique. L'Assistance-Publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP) aurait même perdu entre 270 et 300 millions de recettes au dernier trimestre 2019. (ANDRIEU 2020). Malgré ce coût certain pour les finances des hôpitaux déjà en piètre état (notamment celle de l'AP-HP, cf. ci avant) cette action n'a pas eu les effets escomptés, et a poussé certains agents à passer au cran supérieur de la protestation.

Cette nouvelle phase de la protestation passe par l'ultimatum de 1 100 chefs de services de démissionner en cas de non-ouverture de négociations avec la ministre de la santé de l'époque Agnès Busyn (Sciences et Avenir et AFP 2020). Cette démission ne concerne en réalité que leurs fonctions administratives, en effet les chefs démissionnaires ont bien l'intention de

continuer leurs activités de soins, mais par ces mesures ils entendent ne plus participer ou cautionner les modes de gestion et de management imposés par les directions des hôpitaux.

« On ne veut plus être complices de la gestion de la misère ! » : Noël Pommepuy, ancien chef du service de pédopsychiatrie au CHU de Neuilly-sur-Marne (Toulgoat 2020)

Dans le même article nous pouvons lire que ce sont 80 chefs de services des hôpitaux de Seine-Saint-Denis qui ont mis leurs menaces à exécution en démissionnant de leurs fonctions administratives. Et au 7 février 2020 se sont près de 616 démissions de chefs de services qui sont comptabilisées en France (Toulgoat 2020). L'hôpital en France se retrouve donc dans une situation totalement ubuesque, en effet à la veille d'une pandémie causée par le très médiatique coronavirus (COVID-19), bon nombre de services sont « coupés » administrativement de leurs directions, et cette crise sanitaire semble se rajouter à une crise structurelle. *« Cette épidémie qui s'invite démontre tout ce que nous avons dit jusqu'à maintenant : priver l'hôpital public de moyens, c'est mettre en danger la population. Car, c'est essentiellement lui qui prend en charge la population en cas de catastrophe, d'attentat, d'endémies, de pandémies ou d'épidémies ».* Rose-May Rousseau, secrétaire générale CGT AP-HP (Mathieu 2020).

1.3.2. Quels enseignements de cette grogne

Plus que de longs discours, nous vous proposons de laisser la parole aux praticiens hospitaliers, en lutte pour la survie de l'hôpital public ; afin de mieux saisir leurs craintes, leurs aspirations et leurs désarrois.

« Le gouvernement trouve que la santé est trop chère et veut, dans la loi santé 2022, transférer les difficultés du public sur le privé. C'est du vent. Aux États-Unis, 17 % du PIB est consacré à la santé, et la moitié des Américains ne sont pas pris en charge. En France, c'est 11 % du PIB et tout le monde est soigné. Mais le système est à l'agonie » Pascal Devos, secrétaire général CGT du CHU de Vichy (Guérard et Marissal 2019)

« Si l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie – NDLR) est voté tel qu'il est passé en première lecture à l'Assemblée nationale, avec une simple hausse de 2,1 %, c'est la mort de l'hôpital. Il faut qu'il y ait au moins 5 % d'augmentation pour éviter de nouvelles suppressions de personnel » Pascal Devos (Guérard et Marissal 2019)

« La ministre nous a présenté des mesures pour la formation dont on ne verrait les effets que dans dix ans. Quand on lui demande comment valoriser le personnel actuel, on n'a pas de réponse » « Lorsqu'on nous dit que c'est la politique d'austérité qui est la cause de l'état de l'hôpital public, mais qu'on va continuer la politique d'austérité, on se demande comment on peut progresser. » Hélène Gros, ancienne cheffe de service de médecine interne de l'hôpital Robert-Ballanger à Aulnay-sous-Bois (Toulgoat 2020)

« Pour l'instant, il n'y a rien sur la table et le nouveau ministre de la Santé n'a rien annoncé. Nous ne voulons plus de promesses mais des actes. La mesure immédiate consisterait à augmenter les dépenses de la Sécurité sociale afin de renforcer les budgets des hôpitaux pour débloquer plus de moyens humains mais aussi rouvrir des lits car trop ont été fermés. Jusqu'ici, le président est resté sourd, malgré la grève du codage des médecins, la démission administrative des chefs de service, la grève des personnels. Samedi, une réunion exceptionnelle a eu lieu sur le coronavirus. Le gouvernement en est sorti avec... un 49.3 sur la réforme des retraites ! Cela montre les choix faits par ce

gouvernement. » Rose-May Rousseau, secrétaire générale CGT AP-HP (Mathieu 2020)

« Il n’y a plus de sens au travail, de sentiment de former une équipe, déplore Clara. Et, en psychiatrie, on ne rapporte rien. Nous n’avons même plus de chauffage dans le service parce qu’ils s’en moquent de nos malades. » Clara, infirmière en psychiatrie dans l’Essonne (Marissal 2019)

« Le pire pour moi, c’est que, faute de lits et en l’absence de centres d’hébergements adaptés, on doit renvoyer chez elles les femmes victimes de violences conjugales. C’est une honte » Julie, assistante sociale à l’hôpital » Julie, assistante sociale à l’hôpital (Marissal 2019)

« Des conditions de travail détériorées : on fait beaucoup de paperasse, on manque de matériel, même de médicaments, ce qui nous fait perdre un temps précieux, qu’on ne passe plus avec les patients » Monique Aubin, infirmière au service de néphrologie de l’hôpital de la Conception (Le Point 2019)

« On nous demande, graphiques à l’appui, de “produire du séjour”, plutôt que de soigner. C’est insupportable. » Pr Agnès Hartemann, diabétologue à la Pitié (Fache 2020)

Arrêtons-nous sur cette dernière citation, car elle représente la quintessence du ras-le-bol des soignants en France, qui a juste raison, ont l’impression que les réformes successives ont dévoyés l’esprit même de l’hôpital public, en le lançant dans la course à la rentabilité...

2. La nécessité de sauver l'hôpital public

2.1. Que faire face au mal-être hospitalier ?

La situation est très tendue, les soignants sont à bout, et les caisses des hôpitaux sont vides. Que faire pour remédier à cela ? Nous vous proposons d'écouter les propositions des professionnels et futurs professionnels de la santé.

2.1.1. Des revendications immédiates

⇒ Recrutement de professionnels supplémentaires immédiatement et plan de formation pluridisciplinaire. (AMUF et al. 2019)

Les « cadences de travail » se sont intensifiées depuis une vingtaine d'années. La cause de cette augmentation est double, d'une part nous pouvons noter une augmentation des besoins en soins hospitaliers, due à deux facteurs : l'un est le vieillissement de la population française, et l'autre est les progrès médicaux et pharmaceutiques permettant d'apporter des soins à des pathologies incurables il y a encore quelques années. De plus les effectifs de la fonction publique ont très peu augmenté ces dernières années. La combinaison de ces deux causes explique en partie la surcharge de travail des agents.

Il nous paraît donc tout à fait logique que les organisations syndicales fassent une telle proposition.

⇒ Revalorisation générale des salaires et reconnaissance des qualifications des professionnels. (AMUF et al. 2019)

Cette revendication s'explique en grande partie par le gel du point d'indice de la fonction publique (d'État, territoriale et hospitalière). Il était effectif de 2010 à 2016 et de nouveau appliqué de 2018 à 2020 (Dequay 2019). Et c'est traduit directement par une baisse de pouvoir d'achat pour les agents.

⇒ Renforcement significatif des moyens financiers pour les établissements, ce qui passe par une revalorisation de l'ONDAM à au moins 5 % et donc de la LPFSS.(AMUF et al. 2019)

Nous l'avons vu le principal payeur de notre système de santé est l'assurance maladie. En augmentant les objectifs de dépenses cela permet de couvrir plus largement les besoins financiers des centres hospitaliers.

⇒ Une reprise de la dette des hôpitaux par l'État et non par la Sécurité Sociale. (ISNI 2019)

Comme pour une entreprise la dette a un coût (intérêts...) la reprise de cette dernière par l'État permettrait de transférer ce coût, et ainsi débloquerait des budgets pour les soins.

2.1.2. Des revendications spécifiques des internes

Praticiens en formation, les internes portent une double casquette de professionnels de santé et d'étudiants. Ils sont touchés de plein fouet par la crise des hôpitaux, et leur activité dans les services de soins prend le pas sur leurs formations. Et ceux malgré un statut qui les rend en toute logique dispensable pour le bon fonctionnement des services de soins. Pourtant « Si on enlève les internes, l'hôpital public tombe. » (Déléaz 2019). C'est pour cela que nous avons décidé d'écouter spécifiquement les revendications de ces agents hospitaliers en devenir.

⇒ Amélioration des conditions de travail des internes qui passent par le respect strict du temps de travail, des repos de sécurité et du temps additionnel généré lors des activités de nuit et de week-end (Truffot et al. 2019)

En effet la situation des internes est peu reluisante. Avec en moyenne 56H hebdomadaire de travail (ISNI 2020). Or le code du travail impose une

durée maximale hebdomadaire de 44 h pouvant être portée à 46 h sur une durée de 12 semaines maximum (Article L3121-23 2016). Nous le voyons bien, la situation est illégale et qui plus est, dangereuse pour la santé des patients.

⇒ Un décompte horaire du temps de travail des internes et un paiement des heures supplémentaires.(ISNI 2019)

Proposition en lien direct avec la précédente, en effet le temps hebdomadaire moyen de travail (cité ci-dessus) n'est qu'une estimation réalisée par les syndicats d'internes. Les durées déclarées par les affaires médicales des hôpitaux ne reflètent en aucun cas le temps de travail effectif des internes. Ceci permettrait de mettre en perspective le travail extraordinaire réalisé par les internes pour tenir à bout de bras l'hôpital public.

⇒ Une politique d'aide au logement indexée sur les prix de l'immobilier. (ISNI 2019)

La plupart des facultés et donc des CHU se trouvent dans les grands centres urbains, où le prix des logements est, pour les petits salaires des internes, prohibitif.

Nous vous listons ci-après quelques autres revendications des organisations représentatives, qui sont portées depuis le début de la grève du 10 décembre 2019.

⇒ Une revalorisation des indemnités de garde. (ISNI 2019)

⇒ L'investissement de fonds publics pour notre formation.(ISNI 2019)

⇒ Le maintien des règles concernant l'obtention des licences de remplacement.(ISNI 2019)

2.1.3. Des revendications structurelles

⇒ Faire de la prévention des risques psycho-sociaux et de la qualité de vie au travail un enjeu central du management hospitalier (ANEMF 2019)

La population médicale est l'une des plus touchée par les risques psycho-sociaux (dépressions, anxiétés, suicides...). Nous avons déjà évoqué un tel plan et les organisations syndicales le réclament également.

⇒ Refonte du financement de l'hôpital avec l'abandon de la tarification à l'activité pour replacer au cœur du système le patient au sein d'un parcours de soins coordonné, innovant, pluri professionnel et de qualité. (Truffot et al. 2019)

La T2A a rendu la gestion des hôpitaux plus comptable, axée sur les chiffres. Ce qui heurte l'éthique des équipes hospitalières.

⇒ Rénovation et un maintien des internats, lieux de vie essentiels qui contribuent à améliorer le bien-être et la qualité de vie au travail des internes et praticiens. (Truffot et al. 2019)

Ces lieux, véritable soupape de décompression, ont fait les Unes de la presse pour leurs fresques (exemple des fresques de l'internat du CHU de Clermont-Ferrand (Bourgneuf 2015)). Ils n'en demeurent pas moins un lieu de vie indissociable de nos hôpitaux, qui ont permis « d'acheter » la paix sociale jusqu'à présent.

⇒ Donner la possibilité à l'ensemble des acteurs de trouver sa place dans la gouvernance hospitalière. (ANEMF 2019)

Souvent très technocratique, la gouvernance des hôpitaux gagnerait à laisser une plus grande place aux agents de « terrain ». Pour permettre une meilleure compréhension des besoins des services dans les activités de soins.

⇒ Revendications spécifiques des étudiants : Mise en place d'une convention de stage engageant le terrain de stage d'accueil, l'université et l'étudiant hospitalier. Développement et revalorisation des indemnités de transport et d'hébergement pour les étudiants hospitaliers. Une mise à disposition de logements pour les étudiants en santé en stage hors du CHU en favorisant la coopération entre terrains de stages et collectivités locales.(ANEMF 2019)

2.1.4. Des revendications pour la santé de demain

Qui est mieux placé pour parler de la santé de demain, que les étudiants... C'est pour cela que dans les prochaines lignes nous nous pencherons sur les propositions faites par l'ANEMF dans son « Manifeste des Étudiants en Médecine pour le Système de Santé de Demain » (ANEMF 2019)

⇒ Maintenir et améliorer une qualité de formation par une meilleure prise en compte et une adaptation des capacités de formation, notamment au lit du patient

⇒ Réviser la pédagogie de notre formation en y intégrant de la remédiation et de la simulation en petits groupes.

⇒ Mise en place d'un référentiel unique de connaissances accessible à tous gratuitement

Le point d'orgue des revendications des étudiants est la refonte de leur formation qui semble aujourd'hui plus que nécessaire. En effet les méthodes pédagogiques déployées par les facultés semblent toutes droites sorties d'un autre temps. Ce slogan est clamé à l'unisson : « *donnez-nous les moyens de nous former !* »

⇒ Permettre à l'ensemble de la communauté médicale d'avoir accès librement aux revues scientifiques et à la diffusion de la littérature scientifique

La santé est un domaine en perpétuel évolution. En effet ne pas pouvoir s'informer des percées scientifiques : c'est organiser une perte de chances pour les patients qui nous confient leur santé. Or les prix pratiqués par les maisons d'édition scientifique sont le plus souvent prohibitifs pour bon nombre de soignants. De surcroît s'ils ne sont pas affiliés à un institut de recherche (INSERM, faculté, CHU ...) prenant en charge un éventail de publications.

⇒ Valoriser la valence pédagogique des hospitalo-universitaires

Être un bon, où même un excellent, praticien ou chercheur ne signifie pas toujours être un bon pédagogue. Or l'avancement au sein des UFR et des services hospitaliers se fait sur la base des performances en recherche (nombres de publications...), et nous l'avons vu la pédagogie est le parent pauvre de la formation en santé.

⇒ Favoriser l'exercice mixte

⇒ Revalorisation du statut des professionnels de santé : meilleure protection sociale, accès à des services indispensables facilité (ex : lieux de restauration, crèches...)

⇒ Faire de l'hôpital public un centre d'émulation et de rayonnement scientifique irriguant l'ensemble du territoire et intégrant la ville à cette dynamique

⇒ Transformer les Groupements Territoriaux Hospitaliers (GHT) en réseaux territoriaux de soins afin de leur permettre de prendre en charge le lien entre les professionnels ambulatoires et les établissements hospitaliers

Ces revendications sont dans la droite ligne des aspirations de la nouvelle génération de soignant, aspirant à un travail coopératif, en interaction avec l'ensemble des métiers de la santé. Leur but est d'offrir un parcours de soin moins saccadé et plus bénéfique pour les patients.

Conclusion : Il faut sauver l'hôpital public

En cette période de pandémie, l'intérêt d'un système de santé performant est mis au grand jour. L'ensemble des professions de santé, pourtant déjà mis à rudes épreuves se mobilise pour relever le défi tendu par la nature. Recevront-ils des remerciements de nos dirigeants, pour seul paiement ?

1. Sur le front financier

L'idée d'un « hôpital-entreprise », largement inspirée par le modèle anglo-saxon, a été la norme de toutes les réformes de financement et de fonctionnement de l'hôpital public. Sous couvert d'économie, d'optimisation « des moyens de production », ces politiques ont en réalité paupérisé la santé publique. N'étant pas maître des prix pratiqués, les établissements se sont lancés dans une course sans fin aux volumes des soins réalisés. Une course d'autant plus absurde, que pour éviter les dérapages des dépenses de santé, le principal financeur des soins, peut décider de réduire le prix unitaire des actes réalisés. En somme, les soignants se retrouvent à faire toujours plus, avec toujours moins.

Mais alors que faire ? Comment sortir de cette « roue à hamster » ? Des solutions s'offrent à nous : casser le cercle vicieux de la course à la rentabilité avec des mesures d'urgence. Puis dans l'idéal simultanément, remettre à plat le financement des établissements de santé avec un système simple, stable et durable permettant une vision à moyen et long terme dans la gestion de l'hôpital.

1.1. Propositions pour un plan de sauvetage

- ⇒ Reprise de la dette des hôpitaux par l'État.
 - Et non par la sécurité sociale, qui reviendrait à faire payer aux travailleurs les « mauvaises » décisions publiques prises depuis des décennies.
 - Le financement des hôpitaux par la T2A doit couvrir le coût des soins et non l'investissement dans l'immobilier et l'innovation.
 - Permettre une économie sur les intérêts de la dette, par leurs mutualisations, et à taux d'intérêts plus bas, au niveau étatique par exemple.

- ⇒ Moratoire sur les baisses de budgets de l'ONDAM,
 - Cela constituerait une véritable bouffée d'oxygène pour l'ensemble des établissements de santé.

- ⇒ Un plan d'investissement majeur et immédiat,
 - Rattrapage des investissements non réalisés pendant la période précédente.
 - Remise à niveau de tout ce qui est utile pour les patients et les équipes soignantes, en termes de matériels et de locaux.(Et non ce qui fait des bons articles dans les journaux...)

Comme annoncées ces trois propositions ne sont ni exhaustives ni exclusives. Elles ne sont là que dans le but de montrer une voie de sortie possible. De plus elles ne constituent pas une solution à long terme. Pour cela il faut se plonger plus en avant dans les maux qui rongent notre hôpital public.

1.2. Propositions pour une refonte systémique

- ⇒ Revenir à un véritable service public hospitalier.
 - En finir avec la notion de « missions de service public ». Il est illogique que des acteurs privés se substituent à l'autorité publique. Dans les zones sous dotées des conventions peuvent être passées, mais elles ne doivent pas être le prétexte d'un désengagement des autorités publiques.
 - Les urgences, les réanimations, les hospitalisations de longues durées, la psychiatrie, la santé publique/du travail et l'ensemble des vigilances ainsi que la recherche, n'ont que peu de poids « commercial ». Mais leur maintien à un haut niveau de qualité est dans l'intérêt suprême de la Nation, en cela leurs financements doivent être assurés par dotation globale de l'État.

- ⇒ Une simplification et une stabilisation du mode de financement en fonction de l'activité

- ⇒ - Le financement des activités de MCO en fonction du volume et des coûts réels n'est pas une mauvaise idée en soi. Mais son fonctionnement actuel laisse à désirer.
 - Sortir de l'idée de « forfait » et s'approcher au plus proche des besoins des patients. Parcours de soins personnalisé = financement personnalisé.
 - Fixation des prix des « actes » de façon quinquennal ou décennal, pour permettre une visibilité à moyen terme dans la gestion des établissements de soins.

- ⇒ Permettre un investissement régulier dans le temps et dans les moyens.
 - Soit, par la création d'une dotation étatique aux investissements (des dotations spéciales ou exceptionnelles pouvant se surajouter par le biais de plans nationaux)
 - Soit, (pour permettre un autofinancement) application d'une « marge » bénéficiaire sur les tarifs de la T2A. (coefficients

multiplicateurs de 1,3 ou 1,4 sur les coûts moyens de prise en charge, par exemple)

Nous le voyons de multiples pistes s'offrent à nous pour réformer le financement de notre hôpital public. Afin de le pérenniser et de le faire prospérer.

2. Sur le front humain

⇒ Plan de recrutement massif.

- À l'heure actuelle les équipes de soins, sont soit en effectif tendu, soit en sous-effectif, ceci accroît de manière significative la charge de travail qui incombe à chacun.

- Plus de main d'œuvre permettrait également un respect plus strict du temps de travail et des temps de repos, indispensables pour la sécurité des patients pris en charge.

- Ce recrutement permettrait d'en finir avec le management au rendement et aux cadences industrielles, qui ont un effet délétère sur la relation patients-soignants.

- Il Permettrait également d'en finir avec l'utilisation des stagiaires comme « main d'œuvre d'ajustement » bon marché.

⇒ Revalorisation salariale généralisée.

- Les équipes soignantes en France sont surqualifiées, et sont dans les moins rémunérées de l'Union Européen.

- En parallèle une meilleure prise en compte des risques sanitaires et psycho-sociaux. À la fois en ce qui concerne leurs préventions et leurs dédommagements pécuniaires.

⇒ Remise au goût du jour l'idée d'unités de soins, permettant une meilleure cohésion des équipes dans des services, enfin à taille humaine.

Nous le voyons, il y a des solutions pour répondre au mal-être des équipes hospitalières. Et ce n'est pas à coup de médailles ou de gaz lacrymogènes, que nous ferons disparaître le désarroi qui frappe les soignants.

3. Une situation somme de choix Politiques ?

Tout au long de ces pages nous avons vu, que de nombreuses problématiques fragilisent nos hôpitaux et les équipes soignantes, d'écoulent de multiples réformes. Ces dernières ont été conduites depuis des décennies par les gouvernements successifs. Elles tendaient toutes à « rationner » les coûts de notre système de santé. Sous couvert de recherche de l'efficacité, elles ont ébranlé les fondements même de certaines professions. Et elles ont tenté de leur imposer des logiques comptables, cherchant inlassablement un ou deux points de rentabilité supplémentaires.

En 2019 les acteurs du monde de la santé ont dit : « stop ! ». Un mouvement social sans précédent, c'est alors mué en cris de détresse. Mais il fallut la pandémie de la Covid-19, pour que leur voix soit entendue. Pourtant a-t-elle été écoutée et comprise ? Le Ségur de la Santé, proposé et annoncé en grandes pompes le 21 juillet 2020, en réponse aux revendications des professionnels de la santé, n'a pas su convaincre et a laissé ces derniers de marbre.

Les changements de système prennent du temps. D'autant que le « chantier » de l'hôpital est immense. Tout comme celui du financement de la Sécurité Sociale. Une question reste en suspens, les enseignements de la crise sanitaire, seront-ils pris en compte dans la nécessaire réforme de notre système de santé ? Ou bien, la Sécurité Sociale, la santé de ville et l'hôpital, seront-ils de nouveau sacrifiés sur l'autel des coupes budgétaires ?

Bibliographie

- AMUF, CFE- CGC, CFDT, CFTC, CGT, SUD, et al. Ensemble pour défendre notre système de Santé et d'Action Sociale. 2019.
- André-Péchaud A, Clavé S, Huteau G. Politiques sociales et de santé: comprendre et agir. Rayssiguier Y, Jégu J, Laforcade M, éditeurs. Rennes, France: Presses de l'École des hautes études en santé publique, DL 2012; 2012.
- Anonyme. Code de la sécurité sociale - Article L161-37. Code de la sécurité sociale août 17, 2004.
- Article L3121-23. Code du travail - Article L3121-23. Code du travail août 8, 2016.
- Bras P-L, Tabuteau D. L'assurance-maladie obligatoire. Que Sais-Je. 17 mars 2012;27-52.
- Burnel P. L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. J Gest Econ Medicales. 6 nov 2017;Vol. 35(2):67-79.
- Observatoire national du suicide (France). Suicide: état des lieux des connaissances et perspective de recherche. Paris, France: Observatoire national du suicide (ONS); 2014.
- Or Z, Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A).IRDS. 2009;29.
- Rayssiguier Y, Jégu J, Laforcade M, André-Péchaud A, Clavé S, Huteau G. Politiques sociales et de santé: comprendre et agir. Rennes, France: Presses de l'École des hautes études en santé publique, DL 2012; 2012.
- Sagnes-Raffy DC. Organisation générale du système de santé en France. 2009;13.
- Santos CD, Mousli M, Randriamiarana J. Quelle influence de la loi HPST sur les valeurs publiques ? Le cas d'un Centre Hospitalier Universitaire. Polit Manag Public. 15 juin 2013;(Vol 30/2):181-97.
- Truffot A, DENIS L, FNSIP-BM. Appel et soutien à la grève de la fonction publique hospitalière du jeudi 14 Novembre 2019. 2019.

Sitographie

Adénor J-L, Matalon V, Jourdain B. Hôpital public : 10 000 personnes ont manifesté à Paris selon les organisateurs, 7 500 selon la police. Franceinfo. 2019 Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/direct-mobilisation-dans-l-hopital-public-les-professionnels-de-sante-manifestent-pour-reclamer-davantage-de-moyens-et-d-effectifs_3702437.html. Consulté le 9 mars 2020.

AMELI. Aide médicale de l'État et soins urgents. 2019a. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>. Consulté le 13 janvier 2020

AMELI. Complémentaire santé solidaire : rien à payer dans la plupart des cas. 2019b Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/complementaire-sante-solidaire-rien-payer-dans-la-plupart-des-cas>. Consulté le 13 janvier 2020.

AMELI. En situation irrégulière - AME. 2019c. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>. Consulté le 13 janvier 2020.

AMELI. La gouvernance de l'Assurance Maladie. 2020. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/gouvernance/gouvernance-assurance-maladie>. Consulté le 11 janvier 2021

AMELI. Protection universelle maladie. 2019d. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>. Consulté le 13 janvier 2020.

Andrieu L. Crise des hôpitaux: qu'est-ce que la grève du codage? Le Figaro.fr. 21 janv 2020; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/social/crise-des-hopitaux-qu-est-ce-que-la-greve-du-codage-20200121>. Consulté le 9 mars 2020.

ANEMF. Manifeste des Étudiants en Médecine pour le Système de Santé de Demain. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2019. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2019/11/06/manifeste-des-etudiants-en-medecine-pour-le-systeme-de-sante-de-demain/>. Consulté le 3 février 2020

ANEPF. Rapport enquête Bien-Être 2019. 2020 févr. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1FQxsXvGnYUbgmJ1-GMEskPxvawg8JSHT/view?fbclid=IwAR3QMXlsdBAtMB4ItZmnvQgOsN_4jQg1p7ukLX_7Bul7Qi4ZvV5l_HUJdRI&usp=embed_facebook. Consulté le 3 février 2020

- Asso-sps. communique-presse-1217-enquete-suicide.pdf. 2016. Disponible sur: <https://asso-sps.fr/assets/communique-presse-1217-enquete-suicide.pdf>. Consulté le 3 février 2020
- Asso-sps, CNPS. communiqué-de-presse-cnps-sps.pdf. 2017. Disponible sur: <https://asso-sps.fr/assets/communique%03%a9-de-presse-cnps-sps.pdf>. Consulté le 3 février 2020
- Asso-sps, Réseau Morphée. communique-presse-1217-morphee.pdf. 2017. Disponible sur: <https://asso-sps.fr/assets/communique-presse-1217-morphee.pdf>. Consulté le 3 février 2020
- Benallah S. Conditions de travail à l'hôpital : un problème de santé publique | Vie publique. 2019. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/268446-conditions-de-travail-lhopital-un-probleme-de-sante-publique>. Consulté le 13 janvier 2020
- Benallah S, Domin J-P. Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? – IRES. 2018. Disponible sur: <http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/item/5584-reforme-de-l-hopital-quels-enjeux-en-termes-de-travail-et-de-sante-des-personnels>. Consulté le 30 août 2019
- Bourgneuf C. Fresque polémique du CHU de Clermont-Ferrand : les internes se défendent - Libération. 19 janv 2015 ; Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/2015/01/19/la-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-fait-un-tolle_1183939. Consulté le 16 mars 2020
- Brami L, Damart S, Kletz F. Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. Polit Manag Public. 15 sept 2012;(Vol 29/3):541-61.
- Cleiss. Le système de santé en France. 2019. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>. Consulté le 4 juin 2019
- CNOM. Atlas 2019 CNOM. 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/npcskp/demo_2019_atlas.pdf. Consulté le 11 janvier 2021
- CNOP. La démographie des pharmaciens - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens. 2020. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>. Consulté le 11 janvier 2021

- Collectif Inter Urgences. Mise à jour des services en grève. Collectif Inter Urgences. 2020. Disponible sur: <https://www.interurgences.fr/mise-a-jour-des-services-en-greve/>. Consulté le 9 mars 2020
- Cortes A. Manque de moyens, absurdités... le personnel hospitalier se lâche avec #BalanceTonHosto. Marianne. 23 janv. 2018 ; Disponible sur: <https://www.marianne.net/societe/manque-de-moyens-absurdites-le-personnel-hospitalier-se-lache-avec-balancetonhosto>. Consulté le 28 août 2019
- Déléaz T. « On bouche les trous » : le malaise des internes à l'hôpital public. Le Point. 4 nov. 2019 ; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/on-bouche-les-trous-le-malaise-des-internes-a-l-hopital-public-04-11-2019-2345034_40.php. Consulté le 2 mars 2020
- Dequay L. Gel du point d'indice en 2020 : 5,5 millions de fonctionnaires au pain sec ! 5 juill. 2019 ; Disponible sur: <https://www.marianne.net/economie/gel-du-point-d-indice-en-2020-55-millions-de-fonctionnaires-au-pain-sec>. Consulté le 16 mars 2020
- Direction de l'information légale et administrative. Mutuelle santé d'entreprise : les obligations de l'employeur. 2019 ; Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F33754>. Consulté le 13 janvier 2020
- DREES. La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELI) - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adeli/>. Consulté le 11 janvier 2021
- DREES. Les conditions de travail à l'hôpital fiche17-3.pdf. 2018a. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche17-3.pdf>. Consulté le 28 août 2019
- DREES. Les dépenses de santé en 2017. 2018b. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>. Consulté le 13 juin 2019
- DREES, Boisguérin B. Les établissements de santé - édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>. Consulté le 13 janvier 2020
- DREES, Boulanger S. Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions [Internet]. 2017 nov. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf. Consulté le 30 août 2019

- Fache A. Santé. « Le ministère nous demande de produire, nous, on veut soigner ». L'Humanité. 15 janv. 2020 ; Disponible sur: <https://www.humanite.fr/sante-le-ministere-nous-demande-de-produire-nous-veut-soigner-683163>. Consulté le 2 mars 2020
- FNESI. Je veux que ma voix compte. 2015. Disponible sur: <http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/02/DP-Je-veux-que-ma-voix-compte.pdf>. Consulté le 9 février 2020
- Guérard S, Marissal P. Santé. Hôpitaux : la mobilisation massive fait plier Macron. L'Humanité. 15 nov. 2019 ; Disponible sur: <https://www.humanite.fr/sante-hopitaux-la-mobilisation-massive-fait-plier-macron-680233> . Consulté le 9 mars 2020
- HAS. Comprendre la certification des établissements de santé. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-des-etablissements-de-sante. Consulté le 18 janvier 2020
- INSERM. L'Inserm en un coup d'œil. Inserm - La science pour la santé. 2020. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/connaître-inserm/inserm-en-coup-oeil>. Consulté le 11 janvier 2021
- ISNI. Les internes se déclarent en grève. ISNI. 2019. Disponible sur: <https://isni.fr/les-internes-se-declarent-en-greve/>. Consulté le 2 mars 2020
- ISNI. 20 janvier : Nouvelle journée de mobilisation. ISNI. 2020 Disponible sur: <https://isni.fr/20-janvier-nouvelle-journee-de-mobilisation/>. Consulté le 2 mars 2020
- Laurent E. Organisation du système de santé français. 8 mars 2013;96. Disponible sur : https://santepublique.med.univ-tours.fr/wp-content/uploads/2016/07/130308_organisation_sante_EL.pdf. Consulté le 5 mai 2019
- Le Monde, AFP. Grève du 17 décembre : 615 000 personnes ont manifesté en France, selon le ministère de l'intérieur. Le Monde.fr. 17 déc. 2019; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2019/12/17/tous-les-syndicats-dans-la-rue-contre-la-reforme-des-retraites_6023141_823448.html. Consulté le 9 mars 2020
- Le Point. L'hôpital dans la rue pour une « mobilisation historique ». Le Point. 14 nov. 2019; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/l-hopital-dans-la-rue-pour-une-mobilisation-historique-14-11-2019-2347353_23.php. Consulté le 2 mars 2020
- LEMM. Chiffre d'affaires. 2019. Disponible sur: <https://www.leem.org/chiffre-daffaires>. Consulté le 4 décembre 2020

- Léon C, Chan Chee C, Du Roscoät E. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017 / depression in France among the 18-75 year-olds: results from the 2017 health barometer. [Http://vssantepubliquefrance.fr/Beh201832-33201832-331.html](http://vssantepubliquefrance.fr/Beh201832-33201832-331.html). 27 juin 2018;8.
- Marissal P. « L'hôpital comme les retraites, le problème, c'est le pognon ». L'Humanité. 18 déc. 2019. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/lhopital-comme-les-retraites-le-probleme-cest-le-pognon-682012>. Consulté le 2 mars 2020
- Marra D. rapport du dr donata marra. 2018 avr. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf. Consulté le 9 février 2020
- Mathieu C. « Priver l'hôpital de moyens, c'est mettre en danger la population ». L'Humanité. 2 mars 2020; Disponible sur: <https://www.humanite.fr/priver-lhopital-de-moyens-cest-mettre-en-danger-la-population-685496>. Consulté le 2 mars 2020
- Merad Y, ANEMF. Il est urgent d'agir pour le bien être des étudiants en médecine. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2018. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2018/03/19/il-est-urgent-dagir-pour-le-bien-etre-des-etudiants-en-medecine/>. Consulté le 9 février 2020
- Neves P. T2A : à l'hôpital public, une situation « intenable » pour les soignants. Marianne. 15 avr. 2017 ; Disponible sur: <https://www.marianne.net/societe/t2a-l-hopital-public-une-situation-intenable-pour-les-soignants>. Consulté le 21 août 2020
- Observatoire du transport sanitaire, CNAM. observatoire-TS_30-06-2014.pdf. 2014. Disponible sur: http://www.fnts.org/wp-content/uploads/2014/04/observatoire-TS_30-06-2014.pdf. Consulté le 11 janvier 2021
- OMS. OMS | Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un « phénomène lié au travail ». WHO. 2019. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/. Consulté le 3 février 2020
- ONISEP. Les études de médecine. www.onisep.fr. Disponible sur: <https://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-de-sante-organisation-des-etudes/Les-etudes-de-medecine>. Consulté le 11 janvier 2021
- ONISEP. Pharmacien - pharmacienne. www.onisep.fr. Disponible sur: <https://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/pharmacien-pharmacienne>. Consulté le 11 janvier 2021

Ruffin F, Quatennens A. Reconnaissance de l'épuisement professionnel comme maladie. 516 févr 1, 2018. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/reconnaissance_epuisement_professionnel_maladie. Consulté le 3 février 2020

Santé M des S et de la. Organisation du ministère des solidarités et de la santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 ; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/>. Consulté le 19 juin 2019

Sciences et Avenir, AFP. Grèves illimitées et démissions massives : l'appel à l'aide de l'hôpital. Sciences et Avenir. 2020 ; Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/politique/greves-illimitees-et-demissions-massives-l-appel-a-l-aide-de-l-hopital_140490. Consulté le 2 mars 2020

Toulgoat M. Seine-saint-denis. Les hôpitaux publics perdent 80 chefs de service. L'Humanité. 7 févr 2020. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/seine-saint-denis-les-hopitaux-publics-perdent-80-chefs-de-service-684333>. Consulté le 2 mars 2020

Wintrebert H. Grève des urgences : comprendre la crise en cinq minutes. Le Parisien. 11 juin 2019; Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/greve-des-urgences-comprendre-la-crise-en-cinq-minutes-11-06-2019-8090730.php>. Consulté le 9 mars 2020

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



Anthore Aurélien
Crise du système de santé en France

Th. D. Pharm., Rouen, 2021, 142 p.

RESUME

L'organisation de notre système de santé montre de plus en plus ses limites. Celles-ci sont à la fois humaines et financières. La pandémie de la Covid-19 a mis à jour ces dernières au sein de l'hôpital public.

Dans le cadre de cette thèse, nous vous proposons une revue de la littérature et de la presse.

Nous vous proposons un exposé détaillé de notre système de santé. Il nous permet de mieux comprendre le rôle de chacun de ses acteurs. Ensuite un état des lieux financier des hôpitaux publics permet de mieux appréhender les faibles marges de manœuvre, dans la gestion de ces établissements. Pour visualiser les problèmes humains au sein de l'institution hospitalière, nous passons en revue un mouvement social majeur de ce début de XXIème siècle, ainsi que plusieurs études sur l'état de santé des agents hospitaliers.

Nous proposons enfin d'appliquer les résultats de ces études, dans le but de présenter des pistes d'amélioration de notre système de santé, base de réflexions pour l'élaboration d'une grande réforme structurelle de l'offre de santé en France.

MOTS CLES : Santé – Hôpital – Économie – Société – Politique

JURY

Président : Conce-Chemtob, Maître de Conférences des Universités

Membres : Guerard-Detuncq, Professeur associé universitaire UFR santé Rouen
Labigne, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 20 mai 2021