

# MÉMOIRE DE RECHERCHE

Sous la direction du Professeure Johanne SAISON



**Université  
de Lille**

Ludmila EVDOKIMOV

Université de Lille, Faculté des sciences  
juridiques, politiques et sociales, Master  
2 Droit et Politiques de santé, année  
2020-2021



« L'Homme me surprend. Il sacrifie sa santé pour gagner de l'argent. Ensuite, il sacrifie de l'argent pour recouvrer sa santé. Et il est si inquiet pour l'avenir qu'il ne profite pas du présent ; le résultat étant qu'il ne vit ni dans le présent ni dans le futur ; il vit comme s'il ne mourrait jamais, puis mourrait sans avoir vraiment vécu. » Dalai Lama



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Johanne Saison pour son accompagnement tout au long de cette année de Master 2 sous sa direction, ainsi que pour le temps accordé au suivi de ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier les élèves de l'IFSI de Meulan-les-Muraux pour leur participation et leurs témoignages, ainsi que le personnel hospitalier du Centre Hospitalier d'Arras pour le temps accordé en plus de leur travail essentiel à l'hôpital.

Je remercie les membres encadrants de mon stage de fin d'étude au Centre Hospitalier d'Arras Monsieur Charley Lecomte, Madame Amandine Desprez et Madame Colette Hulot, je les remercie aussi pour leur expertise professionnelle.

Enfin je remercie Madame Mongrenier Ingrid et Madame Mongrenier Laëtitia, pour leur soutien et la motivation qu'elles ont su me transmettre pendant plusieurs mois.

Monsieur Evdokimov Vladimir pour l'aide informatique.

Et un remerciement particulier à Madame El Atrassi Camélia pour son soutien durant l'année scolaire, la relecture et la correction de cet écrit, et son aide professionnelle.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
PROPOS LIMINAIRES.....	10
<i>I : Les réformes qui ont mené à la création des ARS .....</i>	<i>13</i>
A : Les ARH amorcent des futurs ARS .....	13
B : Des réformes juridiques préparant la mise en place des agences régionale de santé.....	14
C : La loi HPST créatrice des ARS.....	16
<i>II : La création des ARS en remplacement des ARH.....</i>	<i>17</i>
A : Les directions de gestion au sein des ARS .....	17
B : La volonté d'un interlocuteur unique dans le système de santé français .....	19
C : Le principe des autorisations comme centralisateur.....	20
<i>III : Le fonctionnement des ARS.....</i>	<i>22</i>
A : Les missions spécifique auprès de l'hôpital.....	22
B : Les organes de communication avec les hôpitaux .....	23
C : Les relations avec les hôpitaux .....	25
<i>IV : L'hôpital public comme poumon du service public de santé.....</i>	<i>26</i>
A : Le rôle central de l'hôpital dans le système de santé.....	27
B : La passation du service public hospitalier au service public de santé .....	28
C : Un système hospitalo-centré exprimant une vision du service public .....	29
<i>V : L'instauration des groupements hospitalier de territoire pour faire évoquer la conception de l'hôpital public.....</i>	<i>31</i>
A : La volonté de structure de l'hôpital public à des fins économiques .....	31
B : La volonté de structuration en commun avec le GHT .....	32
C : La volonté d'accéder à une autonomie locale.....	34
<i>VI : Innover à l'hôpital pour développer l'attractivité .....</i>	<i>35</i>
A : Le service public hospitalier cherchant à attirer .....	35
B : La capacité à générer des emplois et de la formation de qualité.....	37
C : Un service public plus que jamais au cœur de la société.....	38
<b>PARTIE 1 : LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE PUBLIC DE LA SANTE .....</b>	<b>40</b>
CHAPITRE 1 : LA MISE EN PLACE D'UN SCHEMA HIERARCHIQUE.....	40
<i>Section 1 : L'ARS comme « guichet unique » du service public de la santé.....</i>	<i>40</i>
§1 : L'ARS relai des lignes gouvernementales.....	40
A : Un système pyramidal du gouvernement vers les hôpitaux.....	40
1 : Le chemin de la décision du ministère de la santé.....	41
2 : Les relations entre les instances décisionnelles et les ARS .....	42
B : La centralisation des recommandations par les ARS.....	43
1 : L'adaptation de la grande région aux territoires locaux .....	43

2 : Le relai local par les GHT .....	44
§2 : La mise en pratique des lignes gouvernementales dans l'hôpital public.....	45
A : Le déploiement d'informations .....	46
1 : Les obligations légales.....	46
2 : L'organisation des GHT.....	47
B : Le GHT une mesure incomprise.....	48
1 : La peur de la mise sous tutelle .....	48
2 : Un groupement, pas une personnalité morale .....	50
<i>Section 2 : La décentralisation progressive du service public de la santé .....</i>	<i>51</i>
§1 : Une autonomie de gestion accordée au ARS.....	51
A : L'administration générale de la santé .....	52
1 : Un rôle de contrôle .....	52
2 : Un rôle d'autorisation et de référent .....	53
B : Une permission d'action autonome dans le cadre d'un contrôle .....	54
1 : L'hôpital force de proposition .....	54
2 : L'innovation et la recherche-développement à l'hôpital .....	56
§2 : Une mission de surveillance dirigée par l'ARS .....	57
A : La surveillance du budget (annuel et pluriannuel).....	57
1 : Les schémas et plans de budget.....	58
2 : L'accès et la justification des comptes .....	59
B : La surveillance des actions déclaratives .....	60
1 : La notification obligatoire à l'ARS de certains événements .....	60
2 : Les engagements pratiques dans les établissements de santé .....	61
CHAPITRE 2 : LES MISSIONS ET REPONSES AUX ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DE L'HOPITAL PUBLIC.....	62
<i>Section 1 : La logique de service public dans la prise en charge des soins .....</i>	<i>63</i>
§1 : L'accès aux soins pour tous.....	63
A : Un accueil sans conditions de tous les usagers.....	63
1 : L'entrée à l'hôpital, la porte d'entrée sur la santé .....	63
2 : L'accessibilité aux soins dans un seul milieu .....	64
B : L'hôpital haut lieu de prévention .....	65
1 : L'hôpital vecteur de prévention .....	66
2 : L'initiation à l'éducation thérapeutique.....	67
§2 : La conception et la mise en place des soins à l'hôpital .....	68
A : Un service assurant la continuité des soins 24h/24.....	68
1 : L'hôpital de jour .....	68
2 : L'hôpital de nuit .....	69
B : La gestion managériale des différents personnels.....	70
1 : Le new public management .....	70
2 : L'absentéisme à l'hôpital.....	72
<i>Section 2 : La formation des personnels de soins dans l'accompagnement des usagers.....</i>	<i>73</i>
§1 : La formation des personnels hospitaliers.....	73
A : La formation des personnels non médicaux .....	73

1 : La compétence des IFSI .....	73
2 : L'appétence hospitalière pour une gestion administrative.....	75
B : La formation des personnels médicaux.....	76
1 : Le cursus de formation des médecins .....	76
2 : La coordination des médecins avec les hôpitaux .....	77
§2 : Une formation accompagnée de règles strictes .....	78
A : Les règles de hiérarchie au sein des services .....	78
1 : La référence obligatoire à un supérieur .....	78
2 : Une organisation complexe à plusieurs niveaux .....	79
B : Un hôpital public à bout de souffle .....	80
1 : La gronde du secteur public hospitalier .....	81
2 : La crise du Covid 19 comme élément déclencheur .....	82
<b>PARTIE 2 : LA GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE DANS LE SERVICE PUBLIC DE LA SANTE .....</b>	<b>84</b>
CHAPITRE 1 : UNE CRISE INEDITE INDUISANT UN CHANGEMENT URGENT .....	84
<i>Section 1 : Une organisation chamboulée .....</i>	<i>84</i>
§1 : Le besoin d'une réponse rapide et urgente.....	85
A : L'attente d'une procédure lancée par les ARS .....	85
1 : La cellule d'urgence de l'ARS.....	85
2 : Une demande des hôpitaux pour une action rapide.....	86
B : La position de l'ARS sous le gouvernement.....	87
1 : L'abandon de son autonomie.....	88
2 : L'attente de directive du gouvernement .....	89
§2 : Les nécessités administratives face aux nécessités vitales .....	90
A : La mise en place d'un conseil scientifique .....	90
1 : Les décisions prises au sommet .....	91
2 : Un conseil manquant de praticiens issus du terrain .....	92
B : Une alerte lancée par les hôpitaux.....	93
1 : Les hôpitaux alertant les ARS .....	93
2 : Un manque de tout dans la gestion de l'afflux .....	94
<i>Section 2 : La remise en question du système de santé français.....</i>	<i>96</i>
§1 : La réelle considération pour le personnel de l'hôpital .....	96
A : Le Ségur de la santé, un porteur de changement .....	96
1 : La prise en compte du mal être hospitalier.....	97
2 : Une réponse insuffisante pour les personnels de santé .....	98
B : Un hôpital manquant d'autonomie de gestion .....	99
1 : La soumission à l'ARS pour la pratique de leur activité.....	100
2 : La cellule de crise de l'ARS en rupture avec la vie des services hospitaliers .....	101
§2 : L'enquête demandée au Sénat à des fins d'analyses .....	102
A : La responsabilité des dirigeants mise en cause.....	102
1 : Le dépôt de plainte à l'encontre du Premier Ministre et du Ministre de la Santé.....	103
2 : L'assurance de la démocratie et de la transparence dans l'enquête parlementaire .....	104

B : Les conclusions dégagées la Commission d'enquête .....	105
1 : La proposition de réelle décentralisation.....	105
2 : Une réactivité assurant l'effectivité de réaction face à une situation .....	106
CHAPITRE 2 : LES ENSEIGNEMENTS DE LA CRISE DU COVID-19 SUR LES DIALOGUES ARS-CH .....	107
<i>Section 1 : La prise en considération des appris de la crise.....</i>	<i>108</i>
§1 : Des réformes pour l'hôpital.....	108
A : La redondance des crises dans le milieu hospitalier .....	108
1 : L'habitude des grèves pour revendiquer .....	109
2 : Le sentiment d'impuissance grandissant .....	110
B : La volonté d'augmenter les alternatives à l'hôpital .....	111
1 : Les propositions du plan « ma santé 2022 » .....	111
2 : La coordination de soins pour associer la médecine de ville à l'hôpital .....	112
§2 : Les oubliés de la crise et les erreurs de la comparaison .....	113
A : Les usagers relevant du secteur médico-social .....	114
1 : Les résidents en EHPAD.....	114
2 : Les personnes dépendantes ou accompagnées en structures.....	115
B : La comparaison pour diagnostiquer les erreurs commises.....	117
1 : La comparaison avec les pays européens .....	117
2 : La comparaison à l'échelle internationale .....	118
<i>Section 2 : Les hypothèses avancées pour les crises futures .....</i>	<i>120</i>
§1 : Les propositions institutionnelles .....	120
A : Les moyens d'analyses politiques .....	120
1 : Le schéma législatif influencé par une vision française de la santé .....	120
2 : Les éléments d'analyse de la crise .....	121
B : Les moyens d'anticiper une future crise .....	123
1 : Les dispositions d'un fond d'urgence.....	123
2 : Le renforcement de la recherche dans le milieu de la santé .....	124
§2 : Les enjeux de la vaccination face aux vagues successives.....	125
A : Une sortie de crise possible grâce à la vaccination .....	125
1 : L'organisation du schéma vaccinal.....	125
2 : La comparaison avec les modèles étrangers.....	127
B : Le développement de la stratégie vaccinale en décentralisant .....	128
1 : L'intégration des collectivités territoriale .....	128
2 : L'extension massive de la vaccination pour faire face aux évolutions de la crise sanitaire.....	129
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>133</b>
OUVRAGES.....	133
RAPPORTS.....	134
ARTICLES .....	135
<i>Article de Presse.....</i>	<i>135</i>

<i>Article scientifique</i> .....	137
<i>Article institutionnel</i> .....	137
<i>Autres</i> .....	138
REVUES .....	139
JURISPRUDENCE .....	140
CODES.....	141
<i>Textes de Lois</i> .....	141
<i>Ordonnances</i> .....	142
<i>Décrets</i> .....	142
<i>Autres textes juridiques</i> .....	143
SITES INTERNET / SITOGRAFIE .....	145

# Comment s'articule la coopération ARS et hôpital public, entre gestion de crise sanitaire et fonctionnement du service public ?

## Introduction

### Propos Liminaires

L'hôpital public français est au centre du système de santé actuelle et l'essentiel des premiers soins sont dispensés en son sein. L'hôpital public soigne la population sans aucune distinction de genre, de spiritualité ou de ressources financières. C'est souvent la porte d'entrée vers le soin de manière générale. Ainsi l'hôpital public accueille plus de 10 millions de personnes par année. Ce chiffre atteint même de 21 millions d'entrées rien qu'aux urgences en France, pour l'année 2016. Les services d'urgence sont concentrés à 77 % dans les hôpitaux publics, à 17 % dans les cliniques. 98 % des SMUR et 100 % des SAMU sont implantés dans le secteur public<sup>1</sup>. Déjà en 1996, on comptait plus de 10 millions d'entrées effectués uniquement par les services d'urgence sur une seule année civile.

Il est nécessaire de comprendre que le système de santé français se compose des établissements publics de santé aussi appelés hôpitaux public, des établissements privés à but lucratifs appelés hôpitaux privés ou cliniques, ainsi que des établissements privés d'intérêt collectif (à but non lucratif) comme les fondations. Le développement suivant s'intéresse aux établissements publics de santé car ils accueillent le plus grand nombre de patients et sont par conséquent la meilleure représentation du système de santé en France (au nombre de 878). Il est intéressant de noter que le système français est considéré comme hospitalo-centré. Le système hospitalier français concentre en son intérieur plusieurs distinctions quant aux structures qui le compose.

Ainsi l'hôpital public regroupe :

Les centres hospitaliers régionales (CHR)

Les centres hospitaliers universitaire (CHU), au nombre de 29

Les centres hospitalier (CH), au nombre de 499

---

<sup>1</sup> Chiffres issus de la revue « le quotidien des médecins », consulté en ligne.

Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA)

Les hôpitaux psychiatrique (CHS), au nombre de 84<sup>2</sup>

L'hôpital public se définit comme Établissement public qui reçoit ou traite les malades, les blessés et les femmes en couches<sup>3</sup>. En 2014, 1 161 087 de personnes travaillent dans les établissements publics de santé (regroupant les structures sanitaires et médico-social), ces chiffres tiennent compte des fonctionnaires titulaires et des agents contractuels<sup>4</sup>.

L'hôpital public regroupe donc non seulement un grand nombre de patient, mais aussi un grand nombre de personnels. C'est pourquoi, il est aussi important dans le système de santé français. L'institution de l'hôpital public concentre un intérêt prépondérant dans la compréhension de la santé en France, car il se compose d'un grand nombre de professionnels travaillant en son sein, d'une place centrale pour la population, de la recherche, développement et innovation, et d'une formation étudiante pour les futurs praticiens.

Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce poumon de la santé, l'Agence régionale de santé (ARS) régit toutes les demandes des établissements de santé. L'agence régionale de santé est une institution sous tutelle étatique, et indépendante qui contrôle et accompagne l'action des établissements de santé. Cette agence est aussi en charge des établissement privés.

La distinction entre le sanitaire et le médico-social n'entraîne pas de différence pour la gestion de l'ARS ; elle est le relai unique des structures. Toutefois, une distinction s'opère entre les deux notions.

Une structure sanitaire est un établissement accueillant du public dans une optique de soins. Tous les personnels présents lors de la chaîne de soins, pouvant aussi exercer des missions de prévention des risques et de prise en charge des urgences comme les hôpitaux<sup>5</sup>.

La structure médico-sociale se définit quant à elle comme « regroupant entre autres les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les structures pour personnes handicapées. Ils ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise

---

<sup>2</sup> Chiffres issus du site de la FHF rubrique statistique, consulté en ligne

<sup>3</sup> Définition issue du dictionnaire Le Robert

<sup>4</sup> Chiffres issus du ministère des solidarités et de la santé, récoltés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), consulté en ligne

<sup>5</sup> Définition issue du ministère des solidarités et de la santé, datant du 10 novembre 2017, consulté en ligne

en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance »<sup>6</sup>.

Il est donc important de comprendre les hôpitaux publics pour comprendre comment le fonctionnement du système de santé français. Ce système est insufflé par des choix de politiques menées sur le soin, et l'aide apportée à toute la population. La prise en charge de certains publics est largement laissée à la charge des établissements publics comme les bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA)<sup>7</sup>, ou les personnes aux revenus les moins aisés.

L'hôpital public connaît de forts mouvements sociaux depuis de nombreuses années, chaque réforme gouvernementale génère des désapprobations de la part des personnels hospitaliers. De nombreux corps de métiers sont impactés par les différentes réformes entreprises comme les infirmières, les sages-femmes, les médecins urgentistes. De plus, ce climat sous tension est associé à plusieurs réformes budgétaires qui ont impacté les conditions de travail de ces personnels comme la prise en charge des patients qui en découlent. La tarification à l'acte a notamment été décriée car le service public n'obéit pas à une logique de rendement comme les entreprises privées à but lucratif.

Le monde hospitalier concentre une multitude de thématiques qu'il est toujours sensible de réformer. La crise du Covid-19, l'épidémie mondiale qui a touché la planète en 2020 est venue exacerber encore plus les tensions déjà présentes depuis des décennies. Cette crise sanitaire a accéléré la prise en compte des revendications concernant l'hôpital public. Les médecins, les infirmières ou encore les aides-soignantes deviennent des images quotidiennes dans les médias. La population française est sensibilisée aux conditions de travail des personnels hospitalier et soignants. Le gouvernement est donc fortement incité à réagir de manière politique et législative. La crise sanitaire du Covid-19 a donc agit comme un élément déclencheur de prise de conscience des conditions de travail à l'hôpital, mais aussi de l'importance de cette population praticienne des hôpitaux publics. Ainsi la crise sanitaire est un élément essentiel des futures réformes hospitalières. On se demandera donc comment le crise sanitaire a influé la coopération entre l'hôpital public et les institutions bureaucratique (ARS) de manière durable. Il sera donc entrevu d'appréhender le fonctionnement institutionnel de l'hôpital public (partie 1), ainsi que les changements insufflés par la crise sanitaire mondiale (partie 2). De facto ce qu'elle pourra apporter dans le système de santé français. Jean Monnet l'explicitait parfaitement

---

<sup>6</sup> Définition issue du ministère des solidarités et de la santé, datant du 10 novembre 2017, consulté en ligne

<sup>7</sup> Remplace l'ancienne CMU, couverture maladie universelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, article L160-1 du Code de Sécurité Sociale

« Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise ».

Afin de comprendre le système de santé actuel en France, il est nécessaire d'aborder les réformes qui ont mené à la création des ARS (I), leur création (II), leur fonctionnement (III), l'intérêt du service public de santé (IV), la création des GHT (V) et l'importance d'innover sans cesse (VI).

## **I : Les réformes qui ont mené à la création des ARS**

Les ARS sont dans leur construction l'évolution d'anciennes structures appelées agence régionale de l'hospitalisation (A), qui sont issues de réformes juridiques (B) et notamment de la loi HPST de 2009 (C).

### A : Les ARH amorcent des futurs ARS

Les agences régionales de l'hospitalisation ou ARH étaient des institutions régionales créées en 1996<sup>8</sup>. Ces institutions mise en place par la réforme dite « Juppé » ont pour but de mettre en forme la décentralisation des institutions françaises. Les ARH sont donc mises en place pour organiser une politique de santé françaises régionalisée. Elles ont pour mission de coordonner l'activité des établissements publics et privés, d'administrer les établissements sous la tutelle du ministère de la santé, mettre en œuvre les politiques nationales au niveau local, de planifier l'offre sanitaire régionale au travers des SROS. Ces organisations d'intérêt public sont effectives dès le premier trimestre 1997.

Les ARH ont donc pour mission d'être un référent pour les établissements de santé afin de déconcentrer le schéma hiérarchique des établissements de santé qui n'avaient de supérieur que le ministère. L'importance de cette première étape est de pouvoir contrôler les établissements à une échelle régionale. En 1996, les régions de France métropolitaine sont au nombre de vingt-deux. Les ARH ont ainsi plusieurs départements sous leur responsabilité, et elles possèdent une forte mission administrative. Cette mission administrative a une fonction organisationnelle, c'est la mise en place de plan d'action annuelle validé par l'ARH. L'agence peut donc observer l'évolution d'un établissement et la ligne directrice qu'il suit. Cette validation est un contrôle

---

<sup>8</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

annuel et pluriannuel. Cela coïncide avec la mise en place de l'ONDAM qui est un objectif de dépense national à ne pas dépasser<sup>9</sup>. L'objectif de dépense est défini chaque par le LFSS, qui planifie un objectif de dépenses dans le secteur de la santé à ne pas dépasser. Il est calculé en fonction des dépenses de l'année précédente de l'assurance maladie (les remboursements et comptabilisation). L'ONDAM prévoit des catégories différentes selon que les dépenses sont effectuées en médecine de ville (cabinets libéraux comme les médecins généraliste) et à l'hôpital. Si l'ONDAM est national chaque région sera dotée d'une enveloppe pour le secteur hospitalier, sous la direction de l'ARH pour une gestion régionalisé et plus précise. Cette gestion régionalisée permet ainsi de pouvoir vérifier dans un délai plus restreint les demandes de création ainsi que l'utilisation des fonds alloués à la création visée.

L'essentiel des missions attribuées aux ARH sont reprises par les ARS en 2009, c'est pourquoi communément les ARS sont perçues comme la succession des ARH. Le personnel n'a pas été changé, ni même les missions. Le changement sémantique des administrations de gestion hospitalière est organisé pour agrémente une volonté d'une évolution de gestion, un ajout de missions et une volonté d'interlocuteur unique. Lors de la création des ARH, une première unification d'administration est organisée afin de permettre une meilleure identification des interlocuteurs dans le milieu sanitaire car même pour les professionnels il était parfois difficile de connaître le bon introducteur selon la demande. L'ARS continue cette première unification en tentant de simplifier le schéma administratif. Il est aujourd'hui plus simple pour les hôpitaux publics de communiquer avec les instances étatiques car les ARS sont souvent les seuls interlocuteurs pour les demandes émanant des structures hospitalières. Cette transition s'est opérée à travers des réformes juridiques progressives.

## B : Des réformes juridiques préparant la mise en place des agences régionale de santé

Les ordonnances Juppé de 1996, ont été une base de création voire même un test positif pour observer une décentralisation positive du contrôle du service public de la santé. La notion même de service public de la santé est très discuté. Le service public de la santé a longtemps été affilié à un service public hospitalier mais cela exclu de facto les autres moyens d'accéder à la santé.

---

<sup>9</sup> Mis en place par les ordonnances Juppé de 1996 et fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale

Ces ordonnances démontrent une volonté de réforme structurelle, les ARH sont créées ainsi que l'ONDAM, elles définissent les CPOM, organisent la dotation annuelle globale, de nouvelles modalités de coopération entre acteurs de soins sont définis comme objectifs, et les créations des groupements de coopérations sanitaire sont conditionnés. Toutes ces évolutions sont faites dans l'espoir de simplifier le circuit administratif pour que les services de santé ne soient pas bloqués. Afin de consolider cette première réforme novatrice et générale dans le monde de la santé (et pas seulement de la sécurité sociale comme le nom l'indique), d'autres textes juridiques sont entrés en vigueur. Une ordonnance<sup>10</sup> du 4 septembre 2003 portant simplification administrative, elle simplifie les formules de coopération sanitaire, supprime la carte sanitaire des ordonnances de 1996, modifie la durée des CPOM. Ce sont des sujets qui sont mis au centre de l'organisation. Le fait d'opérer des modifications sur un sujet dans des réformes juridiques successives démontrent que le sujet est important, cela le place dans une position centrale dans le fonctionnement du service public de santé.

L'ordonnance du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé<sup>11</sup>, précise la continuité de la volonté d'unification de l'administration dans le système de santé, il y a une volonté assortie des gouvernements de diminuer les strates dans la prise de décisions à l'hôpital. Le service public se doit d'être mutable ou adaptable selon les lois de Rolland (qui régissent la définition même du service public) que l'hôpital public ne peut pas appliquer du fait de la lourdeur administrative pour chaque décision. Ainsi l'ordonnance de 2005 opère des changements de conception de l'administration hospitalière, le conseil d'administration voit sa composition modifiée, la CME et le CTE voit leur compétences augmentées, l'organisation en pôles d'activité est codifiée (article L6146-1 du Code de la Santé Publique). L'ordonnance du 01 septembre 2005<sup>12</sup> complète dans un délai restreint l'ordonnance précédente. Dans ce texte, les établissements de santé privé sont intégrés par extension à la procédure de mise sous administration provisoire, les conditions de mise en œuvre de l'ordonnance du 02 mai 2005, et créé en dernier lieu le CNG. En sus des réformes purement administratives, en 2002<sup>13</sup> la loi relative aux droits des malades et la loi de bioéthique de 1994<sup>14</sup> réforme la pratique et l'exercice

---

<sup>10</sup> Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification administrative

<sup>11</sup> Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>12</sup> Ordonnance n°2005-1112 du 01 septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

<sup>13</sup> Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>14</sup> Loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal

professionnel de nombreux soignants. Les réformes dans le secteur hospitalier sont donc récurrentes, mais pas nécessairement plus claires pour les personnels hospitaliers<sup>15</sup>.

Le 21 juillet 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée les Agences Régionales de Santé. Ce n'est pas une grande nouveauté, ces agences remplacent les ARH, mais la portée de cette annonce est symbolique pour la conception administrative du schéma de santé à la française.

### C : La loi HPST créatrice des ARS

Le 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ou dite « loi HPST 2009 »<sup>16</sup>, le projet est porté par Roselyne Bachelot alors ministre de la santé sous la présidence de Monsieur Nicolas Sarkozy (2007-2012). Cette loi crée les ARS parmi ses dispositions. Les agences régionales de santé vont prendre le relai d'action de l'ARH et se voir attribuer les missions de gestions administratives de tous les établissements de santé, qu'il soit privé, public ou privé à but non lucratif, les hôpitaux des armées sont aussi concernés. Désormais, l'ARS est le relai pour obtenir une attestation, une autorisation, elle contrôle a priori et a posteriori, effectue des contrôles sur place et en pièce etc. C'est une « super » administration qui est créée pour avoir le relai unique de la gouvernance hospitalière. Madame Bachelot veut ainsi moderniser de manière globale le système de santé français. En ce sens, la loi HPST place le pilotage de l'hôpital sous le directeur de l'établissement, son rôle est donc renforcé. La loi HPST se réclame fortement inspiré par le rapport de la commission du Sénat dirigé par Monsieur Gérard Larcher ; rapport publié en 2008 intitulé communément rapport Larcher. Déjà lors de l'adoption de cette loi, de nombreux corps expriment leurs inquiétudes quant à la position forte d'un directeur d'hôpital qui n'est pas médecin, et l'aspect économique toujours plus prépondérant dans la gestion des hôpitaux publics. Ainsi Guy Moulin alerte sur les risques liés à cette décision de gestion unique par les ARS « ces structures sont davantage perçues comme le bras armé du Ministère qui, [...], impose des objectifs comptables aux établissements » et critique que « le mode d'intervention dans l'organisation des établissements vise à transposer des méthodes issues du monde du commerce et de

---

<sup>15</sup> Rapport 19-02, l'hôpital public en crise : origines et propositions, académie nationale de médecine, publié en ligne le 15 avril 2019

<sup>16</sup> Loi n°2009-279 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

l'industrie »<sup>17</sup>. Ces craintes sont justifiées par le fait que l'ARS réunira en une seule structure les moyens de l'État et de l'assurance maladie au niveau régionale<sup>18</sup>.

Les ARS dans leur volonté de seul relai pour les structures médicales quel qu'elles soient leur statut juridique, intègre une terminologie modifiée. En effet, la notion de service public hospitalier disparaît en 2009, pour intégrer le plus grand nombre de situation. Le directeur de l'ARS organise l'offre de soins du service public au sein d'un territoire de santé. Cette terminologie reprend 14 missions de service public général, avec la seule spécialité pour les structures hospitalières publiques qui est l'aide médicale urgente. Désormais le service public de la santé se définit par ses obligations et non plus par ses missions. Cette différence terminologique a un impact très important sur la façon dont le métier est perçu par les personnels et dont il est appréhendé dans sa gestion.

La loi de 2009 est donc un grand chantier dans le monde de la santé et sa mise en place sera à effectuer le long terme.

## **II : La création des ARS en remplacement des ARH**

L'ARS est un établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministère de la santé. En remplaçant les ARH, cette nouvelle agence a aussi absorbé d'autres administrations dans l'optique de simplifier le schéma de santé pour l'utilisateur. Ainsi l'ARS se découpe en plusieurs directions de gestion (A), qui sont les seuls interlocuteurs dans le système de santé français (B) afin de centraliser auprès d'un seul organe les demandes et les autorisations (C).

### A : Les directions de gestion au sein des ARS

Il existe actuellement en France 18 ARS, dont 13 en métropole. L'ARS compte 8 directions en son sein. Il y a la direction générale, la direction de la prévention et de la promotion de la santé, la direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale, la direction de l'offre de soins, la direction de l'offre médico-sociale, la direction de la communication, la direction de la stratégie et des territoires, et le secrétariat général. Cette composition permet à ce seul organe de piloter une grande partie du champ de la santé. Cette administration est donc

---

<sup>17</sup> Compte-rendu de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, 5 juin 2013, audition de Monsieur Guy Moulin (CME de CHU)

<sup>18</sup> Document synthèse IRDES, Loi Hôpital Patients, Santé et Territoires, M-O. SAFON, p.7, mai 2021

en relation avec tous les types d'établissement de santé, qu'il soit de nature privée, publique, associative, des armées. Elle intègre aussi les acteurs territoriaux comme les conseils régionaux et départementaux, les élus, les représentants des professionnels de santé et des usagers, préfets de département et de région, les conseils départementaux et régionaux et les associations. Les ARS sont donc des administrations implantées dans les régions, et dans chaque région il existe une antenne implantée dans chaque département qui compose la grande région. Ainsi dans l'exemple de l'ARS d'Ile-de-France il y a une antenne dans les départements des Yvelines (78), de la Seine-Saint-Denis (93), Hauts-de-Seine (92), Seine et Marne (77), Val d'Oise (95), l'Essonne (91) et le Val-de-Marne (94).

L'ARS possède deux types de compétences qui sont la mise en œuvre de la politique de santé publique de la région et l'organisation et la régularisation de l'offre de services de santé <sup>19</sup>. Cette administration est dirigée par un directeur général qui est nommé par le conseil des ministres. Il exerce des missions qui lui sont propres et précisées à l'article L1432-2 du Code de la Santé Publique, il est le représentant légal de l'agence dans tous les actes de la vie civile <sup>20</sup>. Afin d'exercer ses missions il est assisté du conseil de surveillance qui est présidé par le préfet de la région. L'action de l'ARS est donc conçue comme une action commune des différents acteurs de la société. En effet, la santé publique est l'affaire des différents protagonistes et non seulement des médecins. Il est important que les acteurs aient une position commune pour favoriser l'accès à la santé et parvenir à une prévention efficace pour éviter une prise en charge médicale qui est la fin du parcours de soins. La santé publique se définit ainsi comme « un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes » <sup>21</sup>. L'OMS définit la santé publique en 1988 comme « un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé »<sup>22</sup>. L'État français a donc dévoué cette mission à l'ARS. C'est au travers de ces missions générale que l'ARS et ses huit directions organisent de multiples actions coordonnées. C'est pour cette raison que le choix

---

<sup>19</sup> Droit Hospitalier, 3<sup>e</sup> édition Broché, J. Saison, 2011

<sup>20</sup> Article L1432-2 du Code de la Santé Publique

<sup>21</sup> Traité de santé publique, F.Bourdillon, G.Brücjer et D.Tabuteau, 2016, pp.3-6

<sup>22</sup> Définition donnée par l'OMS en 1988 lors de la conférence Adélaïde (Australie)

d'un interlocuteur unique a été fait, afin de centraliser les demandes vers un même acteur qui peut agir en toute cohérence.

## B : La volonté d'un interlocuteur unique dans le système de santé français

La création de l'ARS découle d'une volonté des pouvoirs publics de centraliser les demandes auprès d'une seule administration. Ainsi lors de la réforme de 2009 du système de santé, plusieurs institutions sont réunies dans le seul organe de l'ARS. Désormais il y a une ARS qui regroupe sept structures différentes. Avant les ARH, DDAS, DRASS, GRSP, URCAM, CRAM et MRS exerçaient tous des missions de santé et chacun avait sa spécificité et donc ses demandes. Aujourd'hui le centralisateur des demandes est l'ARS et elle gère donc toute les demandes afin d'assurer une continuité et un suivi. Cela permet non seulement une unicité et donc une simplicité pour les demandes, mais aussi une meilleure gestion des deniers publics car c'est la seule instance qui finance les établissements de santé. Il y a désormais une enveloppe financière allouée à l'ARS qui ensuite répartie les financements auprès de tous les établissements de santé. L'ARS exerce donc un contrôle budgétaire auprès des établissements de santé, la Cour des comptes possède elle-même un droit de regard sur les actions financières de l'ARS aux fins d'assurer un suivi global du financement de ces mêmes établissements. Les ARS ne sont donc pas totalement indépendants parce qu'elles rendent elles aussi des comptes auprès des instances qui lui sont supérieures.

Toutefois l'ARS en tant qu'institution laisse place au débat comme le montre la critique de Guy Moulin. Il a souligné un grand sentiment d'hétérogénéité entre les différentes régions et a souligné que deux régions connaissaient « de grandes difficultés avec leur ARS », sans toutefois les nommer, en soulignant que ces difficultés « tiennent plus à la personnalité du directeur ou de ses collaborateurs qu'à la structure elle-même »<sup>23</sup>. Ces critiques ne sont pas isolées et la méfiance envers une aussi grande institution de gestion est grandissante. Les critiques les plus récentes font état de relations lointaine voire inexistante en raison de la masse de demandes absorbée par l'ARS. L'effet centralisateur entraîne un dialogue présent avec les grandes

---

<sup>23</sup> Compte-rendu de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, 5 juin 2013, audition de Monsieur Guy Moulin (CME de CHU)

structures publiques comme les CHU ou les CHRU, et un oubli voire une volonté de ne pas dialoguer avec les petites structures de proximité. Un exemple avec la maternité de Carhaix où l'ARS décide de fermer les services de chirurgie et la maternité de cette ville du Finistère en cause du peu de rendements et du coût pour les laisser ouverts. De vives manifestations s'opèrent après cette annonce, les personnels soignants, usagers, et élus locaux sont contre cette décision, le maintien de ces services en ruralité est un besoin. L'ARS revient sur cette décision et décide de laisser les services ouverts, le centre hospitalier de Carhaix est aujourd'hui associé au CHRU de Brest et se sent toujours menacé de fermeture même si les femmes qui y accouchent sont plus nombreuses qu'en 2009. Les élus locaux évoquent une gestion financière et lointaine de l'ARS de Bretagne qui ne prend pas en compte les besoins de la ruralité et de la nécessité d'hôpitaux locaux pour assurer la pérennité des populations dans les campagnes de France<sup>24</sup>. Outre les décisions de fermeture et d'ouverture de service dans les centres hospitaliers l'ARS est décisionnaire dans de nombreuses questions.

### C : Le principe des autorisations comme centralisateur

C'est donc l'ARS qui prend la décision de maintenir, ouvrir ou fermer un service au sein d'un centre hospitalier. Ainsi, le centre hospitalier d'Arras (département du Pas-de-Calais 62, région Haut-de-France) souhaite en 2022 ouvrir un nombre plus important de lits au sein de son service SSR<sup>25</sup>. Cette volonté intervient en même temps que la demande de renouvellement du SSR. Cet exemple démontre parfaitement l'aspect centralisateur de l'ARS. La structure étatique gère donc toutes les demandes liées à l'offre de soins car elle a une direction en son sein qui est dévouée à cette seule prestation<sup>26</sup>. L'ARS a donc le monopole de gestions des autorisations des structures de soins. Le projet « ma santé 2022 » proposé par le gouvernement du Président Emmanuel Macron<sup>27</sup> met en avant les CPTS<sup>28</sup>. Ces structures de proximité sont censées palier à l'engorgement des centres hospitalier en facilitant l'accès à la médecine générale. Les volontaires à la construction des CPTS doivent construire un dossier et le

---

<sup>24</sup> Propos tenus par un élu local de Carhaix au quotidien France Ouest et La croix

<sup>25</sup> Service de soins de suite et de réadaptation

<sup>26</sup> Article L312-1 et L314-3-3 CASF

<sup>27</sup> Président de la République élu en 2017, son mandat prenant fin en 2022

<sup>28</sup> Communauté professionnelle territoriale de santé

soumettre à l'approbation de l'ARS, ils peuvent aussi obtenir des subventions pour créer ses structures, encore une fois c'est l'ARS qui suit les dossiers, attribuent les aides aux financements en fonction de l'enveloppe concédée par le gouvernement à chaque région pour cette tâche. Les ARS contrôlent et autorisent par conséquent l'installation des professionnelles en délivrant des autorisations, cette faculté se rattache aussi à la gestion de l'offre de soins du territoire qu'elle a sous son ressort.

A cela s'ajoute aux autorisations liées aux services et aux établissements de professionnels de santé, la validation par l'ARS du SROS. Le schéma régional est construit par les établissements de santé publique, mais il doit être validé par l'ARS avant d'être applicable dans les faits. Les SROS une fois validés sont mis en pratique via les CPOM qui sont conclus entre chaque établissements de santé publique et l'ARS. Il a une valeur d'objectif à atteindre. Afin que les objectifs ne soient pas des chimères, l'application est établie sur un plan quinquennal qui suit les mandats présidentiels. Le SROS a connu plusieurs évolutions depuis son établissement par la loi de 1991 portant réforme hospitalière<sup>29</sup>. Actuellement, c'est la quatrième génération de SROS, qui sont désormais fusionnés avec le schéma de la prévention et de l'organisation médico-sociale pour devenir le schéma régional de santé. Le CPOM quant à lui est créé en 1996 par ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée<sup>30</sup>. L'articulation reste celle créée en 2009 par la loi HPST, mais la sémantique a été changée et les missions ont quelque peu évolué pour laisser place à un plan plus général et inclusif d'un plus grand nombre de situations. Le SROS est donc devenu le PRS<sup>31</sup> depuis la loi de modernisation de 2016<sup>32</sup>.

En dehors des autorisations liées à l'offre de soins, l'ARS a un fort impact sur le budget des établissements publics de santé car elle valide les budgets au travers des EPRD<sup>33</sup>. Chaque établissement doit ainsi fournir pour validation aux ARS un état prévisionnel de ses dépenses. Ce budget est un document comptable qui doit être réalisable ainsi qu'égal à zéro. Il sera vérifié à la fin de chaque année civile, l'ARS observera le respect de ce budget et aussi de la prévision du budget pluriannuel. L'ARS a donc une fonction d'autorisation dans plusieurs domaines. Cela implique un fonctionnement complexe du fait de la centralisation en son sein de toutes les demandes.

---

<sup>29</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>30</sup> Ordonnance du 24 avril 1994 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>31</sup> Plan régional de santé

<sup>32</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>33</sup> État des prévisions de recettes et de dépenses

### III : Le fonctionnement des ARS

L'ARS est depuis de 2009 le centralisateur des demandes dans le domaine de la santé, autant que dans le sanitaire que le médico-social. L'ARS a toutefois un régime de communication particulier avec l'hôpital. Elle a des missions spécifiques (A), avec des organes de communications (B) pour assurer une relation durable avec les structures hospitalières publiques (C) qui sont par définition des relations spécifiques.

#### A : Les missions spécifique auprès de l'hôpital

L'ARS intervient dans de nombreux domaines car elle représente le relais pour les questions du monde de la santé, mais le dialogue avec les hôpitaux est régulier et constant du fait de la concentration d'activité et de demandes qu'un établissement public de santé peut émettre. Dans un premier temps, l'ARS vérifie que l'ONDAM est respecté par les hôpitaux publics<sup>34</sup>, ainsi les comptes étant public et transmis par avance, le contrôle est *a priori* et *a posteriori*. En effet, l'ARS intervient dans le schéma hospitalier de manière récurrente car elle délivre les autorisations (et les renouvelle) propres au matériel médical lourd, pour les créations de service ou de nouvelles unités comme « l'unité Kangourou » dans une maternité. Elle est en lien très étroit avec les établissements publics de santé car elle produit un plan régional de soins (aussi appelé PRS), et valide le CPOM de chaque établissement<sup>35</sup>.

L'ARS intervient donc directement dans l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, ses missions ne s'arrêtent pas à la dimension administrative et organisationnelle de l'hôpital public. L'ARS fixe et définit les missions de prévention et de promotion de la santé selon les problématiques de chaque région. Ainsi dans la région Occitanie la prévention porte sur les addictions, la sexualité, l'éducation thérapeutique du patient ou encore le tabac<sup>36</sup>. L'ARS de Bretagne met quant à elle l'accent sur l'IVG, les activités physiques, les addictions et conduites à risque et lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> Article L1431-1 du Code de la Santé Publique

<sup>35</sup> Article L1431-2 du Code de la Santé Publique

<sup>36</sup> Site ARS Occitanie

<sup>37</sup> Site ARS Bretagne

L'ARS effectue donc des missions variées en étant présente dans les étapes successives de la vie administrative et pratique de l'hôpital, cela en fait un partenaire. Les rapports entre les ARS et les hôpitaux ont sensiblement évolué à la suite de la réforme des régions intervenue en 2015. En effet le Président de la République en 2015<sup>38</sup>, annonce un redécoupage des régions, la France compte désormais 13 régions contre 22 auparavant. Ce changement de découpage administratif a entraîné une fusion des administrations régionales, seule la région Île-de-France et les Outre-mer restent inchangés. Les régions Picardie et Nord-Pas-de-Calais fusionnent en une seule région Haut-de-France. L'ARS étant une organisation régionale, les deux régions fusionnent les ARS aussi. Les grandes régions administratives ont donc entraîné une fusion des ARS, avec la mise en place d'une seule ARS pour un vaste territoire. Cette nouvelle répartition impacte le fonctionnement des ARS, aussi pour les petites structures le dialogue devient plus lointain et complexe. Le directeur du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens énonce que depuis le transfert de l'ARS de Picardie (soit Amiens) vers une ARS centralisée à Lille pour la nouvelle région Haut-de-France, il n'a plus de contact avec l'ARS et que les délais sont extrêmement long. Il rapporte aussi que ce n'est pas un cas isolé les centres hospitaliers de l'Oise et de l'Aisne ne seraient guère mieux loti. Il est avancé que les ARS fusionnées ont augmenté les différences entre les hôpitaux des centres urbains, de périphérie et du monde rural tout en gagnant un pouvoir de contrôle intrusif dans la vie des hôpitaux. Les nouvelles grandes ARS qui sont composées des personnels des régions fusionnées possèdent donc des organes qui sont supposés pouvoir communiquer avec toutes les structures de la région.

## B : Les organes de communication avec les hôpitaux

C'est ainsi que plusieurs directions de l'ARS coordonnent l'action des établissements publics de santé, en plus de leur propre direction interne. C'est une action conjointe des directions concernées de l'ARS et de la direction générale de l'établissement public de santé. La direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale, la direction de l'offre de soins, la direction de la stratégie et des territoires, direction de la prévention et de la promotion de la santé, sont notamment des directions avec lesquelles l'hôpital public a des contacts permanents. À titre d'exemple la direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale assure comme missions principales : la surveillance de la sécurité sanitaire,

---

<sup>38</sup> Mandat de Monsieur François Hollande, Président de la République de 2012 à 2017

le pilotage et la mise en œuvre du le PRSE, suivre le traitement des alertes, plaintes et réclamations, la gestion de crises et situations exceptionnelles, contrôler l'inspection-contrôle de l'ARS, gérer les demandes de soins sans consentement et la santé dans le milieu carcéral. La direction de la stratégie et des territoires a pour missions principales : le pilotage et l'élaboration du PRS, l'animation de la démocratie sanitaire, le pilotage du CPOM (État-ARS), piloter la politique régionale en télésanté, ainsi que de suivre les comptes de dépenses de santé des établissements.

Les ARS de régions gèrent aussi les crises sanitaires. Une crise sanitaire se définit comme une phase difficile traversée par un groupe social, cette phase engendre des implications sanitaires évidentes. Les implications peuvent être au niveau des cause ou de conséquences. L'importance de la définition de la crise sanitaire est que « l'enjeu repose sur la capacité de résilience de ce groupe face aux risques et menaces futures susceptibles d'inclure des déclinaisons sanitaires d'envergure préoccupante »<sup>39</sup>. L'ARS est l'organe désigné pour gérer ces phases difficiles que le groupe social doit traverser. L'apport centralisateur de cette agence permet de diriger tous les professionnels de santé dans un même but, c'est-à-dire que l'ARS définissant la politique à tenir en matière de santé et de prévention, étant le « chef de fil » sanitaire elle peut imposer à tous les professionnels sous sa direction une politique à mener. Donc l'ARS possède dans sa construction une cellule de crise mobilisable si une crise sanitaire survient. Les éléments qui composent la crise sanitaire sont à la discrétion de l'agence pour palier à toute situation. L'ampleur de la crise, le nombre hypothétique ou de personne effectivement impacté, les répercussions sur les établissements de santé (quel qu'ils soient), la virulence sont tous des éléments qui peuvent être pertinent ou non selon la situation.

Le formalisme de la gestion de crise est défini par la mise en place du plan ORSAN. Ce plan est notamment codifié au travers de l'instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, du décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016<sup>40</sup>, et des articles L1142-8 du code de la Défense, R3131-5, R3131-6 et R3131-7 du CSP modifié par le décret du 7 janvier 2013 relatif aux situation sanitaires exceptionnelles<sup>41</sup>. Ce plan ne peut être mis en place que par une

---

<sup>39</sup> Réflexions sur la notion de crise sanitaire, S. Laporte, revue sécurité globale n°3, 2008, pp. 79-93

<sup>40</sup> Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé

<sup>41</sup> Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif aux situations sanitaires exceptionnelles

agence centralisatrice qui dialogue avec les partenaires professionnelles et possédant des relations étroites avec ceux-ci.

## C : Les relations avec les hôpitaux

La coopération ARS et structure publique est rigoureusement organisée. En effet, chaque instance que ce soit au sein de l'agence régionale de santé ou de l'hôpital public possède un rôle, une mission et un interlocuteur. Ainsi on peut notamment citer deux instances hospitalières que sont le conseil de surveillance et le directoire comme organes communiquant avec l'ARS.

Le conseil de surveillance est un organe créé en 2009 par la loi HPST, il remplace le conseil d'administration. Le conseil d'administration présent dans chaque hôpital est considéré comme n'étant plus en adéquation avec les enjeux de la gouvernance hospitalière<sup>42</sup>. Ce nouvel organe de l'hôpital public doit orienter ses missions sur la stratégie et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement qu'il représente<sup>43</sup>. Il est composé de 3 collèges avec un nombre de représentants égal dans chaque collège<sup>44</sup>, élu pour une durée de 5 ans et se réunit au minimum quatre fois par année civile. Le conseil de surveillance est par exemple en lien direct avec l'ARS en ce qu'il s'agit de présenter les observations du rapport annuel de la gestion de l'établissement,

Le directoire quant à lui, est une instance également créée par la loi HPST de 2009. Il est composé en collèges de 9 à 15 membres pour conseiller et appuyer le directeur d'établissement. Le directoire a la particularité d'être une instance paritaire c'est-à-dire qu'il est composé d'autant de représentants du corps administratif que du corps de représentants médicaux<sup>45</sup>. Il se réunit au minimum huit fois par année civile, et ses représentants sont élus pour un mandat d'une durée de quatre ans, sauf en cas de nomination d'un nouveau directeur. Les missions du directoire sont variées comme préparer le CPOM, le projet médical et le bilan santé, fixer l'état prévisionnel du PGFP... Cette instance est en communication directe avec le directeur général de l'ARS lorsqu'il s'agit de proposer une constitution ou de participer à une coopération

---

<sup>42</sup> Conclusions des rapports Larcher et Vallencien de 2008

<sup>43</sup> Article L6143-1 du Code de la Santé Publique

<sup>44</sup> Articles L6143-5 et L6143-6 du Code de la Santé Publique

<sup>45</sup> Article L6143-7-5 du Code de la Santé Publique

hospitalière ou un réseau de santé. Le directoire présente au directeur général de l'ARS un plan de redressement s'il en est<sup>46</sup>.

L'exemple de ces deux instances hospitalières montre que l'administration hospitalière est extrêmement rigide en ce qui concerne son mode de fonctionnement administratif. L'ARS qui est une administration étatique fonctionne donc aussi largement sur un modèle rigide. Ce modèle d'administration français avec une fonction qui répond à une mission et une bureaucratie gestionnaire entraîne cependant un décalage au sein de l'hôpital public. L'hôpital public concentre en effet plusieurs missions dans un même établissement. Il est nécessaire pour l'établissement de coordonner son fonctionnement administratif propre, le fonctionnement du service public de soins et la coopération avec l'ARS qui est l'organisme de contrôle de l'hôpital public. Ce système relativement strict ne permet pas une adaptabilité réactive, l'hôpital ne peut donc pas se mouvoir au rythme de la demande ou des événements éphémère. L'exemple le plus flagrant de cette impossibilité de mutabilité est l'encombrement des urgences presque chaque hiver pour des épidémies de grippe. Le docteur Véronique Potinet, chef de service des urgences, à l'hôpital Nord de la Croix-Rousse (Lyon) rapporte que "l'hôpital est saturé depuis un mois ou deux. Les gens restent des heures sur les brancards. On a ce surcroît d'hospitalisation chaque hiver. On ne sait plus où mettre les patients"<sup>47</sup>. La ministre de la santé de cette période (Madame Marisol Touraine)<sup>48</sup>, préconise d'annuler les opérations programmées (une déprogrammation) pour gérer en premier lieu l'épidémie de grippe qui sévit. Pourtant la situation se reproduit chaque année et aucune solution durable n'a encore été établie, seul le plan ORSAN pour les urgences sanitaires grave existe. L'hôpital est considéré comme le premier endroit où se rend une personne malade car il est identifié comme un lieu de santé où l'on peut toujours être pris en charge. Cette position de l'hôpital public en fait le poumon du service public de la santé.

#### **IV : L'hôpital public comme poumon du service public de santé**

En France, les hôpitaux publics sont présents sur tout le territoire national et ultra-marin. Cette prédominance de l'hôpital public induit un rôle central dans le système de santé (A), c'est

---

<sup>46</sup> Article L6143-3 du Code de la Santé Publique

<sup>47</sup> Article de presse consulté en ligne, publié le 20 février 2015, <https://www.actusante.net/actu/mesures-durgence-face-a-la-plus-importante-pandemie-de-grippe-depuis-5-ans-1082>

<sup>48</sup> Marisol Touraine ministre des affaires sociales et de la santé de 2012 à 2017 sous la présidence de Monsieur François Hollande

aussi la démonstration d'une volonté politique du service public (B). Cette démonstration est aussi l'expression de l'hospitalo-centrisme français (C).

### A : Le rôle central de l'hôpital dans le système de santé

En 1941, la première loi introduisant la notion de droit aux soins, cette loi dite « charte hospitalière<sup>49</sup> » reprend un décret-loi du 28 juillet 1939 qui n'a pas été appliqué. Cette loi sera complétée d'un décret du 17 avril 1943<sup>50</sup> pour institutionnaliser l'hôpital public. Cette nouvelle organisation place l'État en fonction de supérieur hiérarchique de l'hôpital, la direction est donc assurée par le préfet ou le ministre (et plus par le président de la commission administrative)<sup>51</sup>. Une nomenclature est organisée avec des centres hospitaliers régionaux, des hôpitaux, des hospices. Cette première phase d'institutionnalisation de l'hôpital comme structure sous la direction de l'État pose les bases de son rôle centrale dans la santé. Ainsi le décret de 1943 réaffirme l'ouverture des hôpitaux à toutes les classes sociales ce qui en fait un lieu connu de tous<sup>52</sup>. La fin de la deuxième guerre mondiale, sonne comme une sanglante réalité aux yeux des pouvoirs publics. Les « horreurs » de l'ancien régime nazi provoque une vive compassion des populations et le système de soins se doit d'être réformé afin de ne plus connaître de telle situation. La Ve République sous l'impulsion du Général De Gaulle, légifère par voie d'ordonnance, ainsi trois ordonnances successives de 1958 portent une réforme hospitalière<sup>53</sup>. Les ordonnances de 1958 renforcent donc encore la position que l'on cherche à donner à l'hôpital public. L'hôpital public est sous gestion étatique, c'est donc un moyen pour l'État d'avoir un certain pouvoir et contrôle sur la santé de sa population. L'affirmation du rôle prépondérant de l'hôpital dans la conscience commune permet à l'État de s'implanter

---

<sup>49</sup> Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF 30 décembre 1941

<sup>50</sup> Décret n°43-891 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

<sup>51</sup> Document IRDES, Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, synthèse documentaire, juin 2021, p.7

<sup>52</sup> Op.cit.

<sup>53</sup> Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, ordonnance n°59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, et l'ordonnance n°58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire

durablement sur le territoire, mais dans un même temps s'impose un devoir supplémentaire envers sa population : celui de l'accessibilité au soin pour tous.

La loi du 31 décembre 1970<sup>54</sup>, affirme la volonté des différents gouvernements à organiser et planifier le soin et le recours à la médecine. L'organisation s'effectue sur le modèle de l'hôpital, il est placé comme un acteur central de la proposition de soins. Ainsi l'hôpital est un lieu où l'on trouve une grande diversité de pratique : le soin, la maternité, la chirurgie, la pharmacie, la convalescence, et les actes techniques. La concentration observée en un même lieu est attractif et permet aux populations d'identifier un seul endroit pour les soins et plus largement la santé. La loi de 1970 portée par le ministre Robert Boulin propose l'instauration d'une carte sanitaire, la création d'un service public hospitalier en coopération inter hospitalière, l'accès égal aux soins et la qualité, la création des SMUR et SAMU autour des hôpitaux<sup>55</sup>. C'est à partir de la promulgation de cette loi que l'on peut désormais parler de service public hospitalier, car de fait l'hôpital est au centre du service public dédié à la santé.

## B : La passation du service public hospitalier au service public de santé

La loi de 1970<sup>56</sup> fait état d'un service public hospitalier, une dichotomie est observée entre l'hôpital public et les autres moyens d'accès à la santé. En effet, l'hôpital public est sous la tutelle de l'État il est financé par lui-même et les praticiens qui y exercent leurs fonctions sont des fonctionnaires. Le service public possède des obligations qui ne sont pas présente pour une structure privée. La volonté politique au travers de cette différence de termes est d'assurer non seulement l'hospitalo-centrisme et donc la mainmise de l'État dans le domaine de la santé, mais aussi relever la logique de fonctionnement d'un hôpital qui exerce des missions de service public. La logique même du service public est d'assurer un service minimum, continue et qui n'opère aucune discrimination entre les personnes, tous les patients sont appelés usager du service public. À l'inverse une clinique privée qui pratique des tarifs non remboursés opère une sélection par exemple fondée sur le revenu des personnes, il ne s'agit donc plus d'usager mais de clients. Toutefois, la terminologie de patients est préférée dans les structures publiques ou privées. C'est ainsi une discrimination économique qui s'opèrent, toutes

---

<sup>54</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, abrogée depuis le 04 janvier 1992

<sup>55</sup> Document IRDES, Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, synthèse documentaire, juin 2021, p.8

<sup>56</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

les personnes n'ont pas accès à cette médecine dite payante. La notion d'hospitalier est donc restrictive et exclu les autres acteurs de la santé, et pourtant ils existent et agissent quotidiennement. Cela exclu de facto le monde médico-social qui n'est pas semblable à la logique sanitaire.

La loi de 2009<sup>57</sup> qui tend vers une coopération sans cesse plus étroite de tous les acteurs de santé, supprime cette notion pour la remplacer par une notion qui rassemble. La notion de service public de la santé est alors codifiée. Une nouvelle logique est instaurée, celle de la coopération, toutes les structures opèrent une mission de service public de la santé<sup>58</sup>.

Une limite est pourtant toujours visible, un hôpital public possède toujours des obligations qui sont liés aux services publics étatique. Ainsi un hôpital ne peut pas refuser un patient qui est couvert par la PUMA alors même qu'un médecin libéral peut refuser de prendre en charge ce type de population<sup>59</sup>, on parle aussi du « service territorial de santé public »<sup>60</sup>. Cette notion ne sera toutefois pas consacrée.

La loi du 26 janvier 2016 opère un nouveau changement sémantique sur l'action de dispenser des soins par des professionnels de santé au sein d'une structure de santé. Le service public hospitalier est réintroduit, mais une nouvelle définition lui est accordée. Cette version de 2016 consacre un service hospitalier dans un service global de santé. L'hôpital public conserve ses particularités qui lui sont reconnus par ce terme de service public hospitalier. Le choix des termes induit un choix et une volonté politique qui souhaite placer l'hôpital au centre du système de santé français.

## C : Un système hospitalo-centré exprimant une vision du service public

La loi du 31 décembre 1970 est le début du système hospitalo-centré que la France choisi de mettre en avant. Toutefois, ce choix ne se date pas de 1970, déjà en 1958 la réforme impulsée par Michet Debré place l'hôpital comme le centre de gravité de l'offre de soins<sup>61</sup>. L'hôpital est progressivement incorporé au service public et n'est plus laissé aux associations ou aux services

---

<sup>57</sup> Loi n°2009-279 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>58</sup> FHF, Le service public de la santé, une ambition pour la France, 2012-2017, p.38

<sup>59</sup> Dossiers Solidarité Santé DREES, « Renoncement aux soins pour raisons financières », R. Legal, A. Vicard, juillet 2015, n°66

<sup>60</sup> Article 12 du projet de loi relatif à la santé, AN, n°2302, 15 octobre 2014

<sup>61</sup> Revue Française d'administration publique, L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes, F. Pierru, publié en 2020 n°174, p.301

cléricaux locaux. Ce service est assuré par l'État et il gère financièrement et administrativement ses établissements.

La création du service public hospitalier intègre pleinement les « lois de Rolland » propres au service public. Les notions d'égalité d'accès, de traitement et de continuité sont dès lors affirmées pour l'hôpital public. Ainsi de 1970 à 1991, ce centrisme autour de l'hôpital est accentué par voie législative. De nombreuses forces étatiques sont présentes autour de la structure hospitalière. Le maire de la commune où est implanté l'hôpital, le préfet, le directeur de l'établissement sont tous des personnalités rattachées aux pouvoirs publics et appui le rôle central de l'hôpital<sup>62</sup>. C'est la perspective du soin et par extension de la santé qui s'organise autour de l'hôpital public.

La loi du 3 janvier 1984<sup>63</sup> prévoit une tutelle financière du préfet pour l'hôpital public ou privé afin d'assurer sa continuité.

La santé est donc affirmée comme un service public, mais il ne peut pas être géré comme un service public classique, c'est pourquoi il est qualifié de service public de spécialité. La France encore aujourd'hui concentre son système de santé car il est le plus présent sur le territoire. Du fait, des choix politique précédent, le territoire français possède un maillage hospitalier conséquent. Les employés des hôpitaux sont principalement des fonctionnaires ou assimilés fonctionnaire ce sont donc des personnels qui sont mobilisables. Le principe de continuité permet la réquisition des personnels et de palier aux mouvements sociaux.

Le fort maillage, ainsi que la disponibilité du personnel, la présence sur site de plateau technique ou laboratoire ou services spécifiques permet à l'hôpital public de rester le centre du système de soins et de prise en charge de la population. Ce choix historiquement politique fait peser sur les hôpitaux publics une obligation d'assurer une continuité sanitaire.

La loi de 2016<sup>64</sup> voulant porter réforme de modernisation du système de santé accentue encore ce centrisme. Si la volonté est de décroiser le monde hospitalier, cela est rendu possible précisément en partant de l'hôpital public. Cette loi de modernisation réintroduit la notion de service public hospitalier qui avait été abandonné lors de la réforme de 2009 qui a créé les ARS.

---

<sup>62</sup> Document IRDES, Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, synthèse documentaire, juin 2021, p.11

<sup>63</sup> Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier, abrogée le 25 juillet 1987

<sup>64</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

À la suite de la création des ARS, la loi de modernisation de 2016 intègre la création des GHT dans la volonté de structurer et rassembler les hôpitaux publics en un groupement.

## **V : L'instauration des groupements hospitalier de territoire pour faire évoquer la conception de l'hôpital public**

La loi de 2009, instaure la structuration en GHT, toutefois ce type de groupement n'est pas une innovation. La volonté de la refonte des groupements d'établissements publics de santé est de structurer l'hôpital public (A), ainsi que la volonté de communautariser (B) et conférer une certaine autonomie locale (C).

### A : La volonté de structure de l'hôpital public à des fins économiques

La réforme de 1970 place l'hôpital public comme un élément central de la santé, pourtant la gouvernance hospitalière est difficile à organiser. Depuis la réforme des ordonnances de 1996, l'accent est mis sur la restructuration économique des hôpitaux publics. La législation des années 2000, mettent l'accent sur la gouvernance hospitalière. La gouvernance est une notion qui se définit depuis ces années. Cette notion récente est définie comme le pilotage de l'hôpital public selon le rôle des instances, le fonctionnement et l'organisation générale de tous les corps présents dans l'hôpital.

La loi de santé publique du 9 août 2004<sup>65</sup> et la loi HPST de 2009 modifient la gouvernance de l'hôpital en passant d'une logique d'administration à une logique de management public<sup>66</sup>.

La gouvernance de l'hôpital public est un enjeu primordial pour qu'une réforme soit mise en œuvre, c'est une dénomination globale pour désigner le fonctionnement général d'un hôpital public, et aussi des hôpitaux publics.

Le constat est celui d'un grand déficit budgétaire et le manque de vocation pour les emplois dans le secteur public des hôpitaux conduit à une remise en question du fonctionnement hospitalier. Les différences entre structures sont parfois criardes, deux hôpitaux public proches

---

<sup>65</sup> Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique

<sup>66</sup> Revue Mouvements, la nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics », J.P.Domin, 2004, n°32, pp55-59

en termes de distance kilométriques, peuvent être radicalement opposés en ce qu'il s'agit de la politique interne.

La création des ARH en 1996, avait déjà pour but d'unifier le fonctionnement des hôpitaux publics dans un territoire donné (la région) avec un schéma d'actions (CPOM). En 2009, les ARS entraînent une nouvelle forme de gouvernance et une intrusion plus marquée de la bureaucratie dans le fonctionnement interne de l'hôpital. En plus des contrôles budgétaires et des lignes d'objectifs données aux hôpitaux par les agences de régions il est nécessaire de coopérer avec tous les acteurs de santé afin de faciliter au mieux le parcours patients.

En 2016, l'étape de la coopération est imposée par la loi de modernisation de l'hôpital de l'hôpital public. Les hôpitaux publics seront obligés de se réunir en groupement hospitalier de territoire. Ces GHT peuvent avoir plusieurs formes et ne conditionnent pas les hôpitaux publics à se regrouper avec seulement des hôpitaux publics. Néanmoins, aucun hôpital public sauf dérogation ne peut se dispenser d'appartenir à un groupement. Après l'entrée en vigueur de la loi de 2016, les établissements ont eu la possibilité de choisir leur groupement et de proposer un projet médical partagé. Cela sera soumis à l'approbation de l'ARS. Le GHT n'est pas une innovation, à plusieurs reprises les gouvernements ont incité les établissements à coopérer comme avec les GHS, CES, PMT ou CHT.<sup>67</sup>, en vain. C'est pourquoi en 2016, le GHT est imposé comme une obligation de coopération pour les établissements public de santé. Cette obligation de coopération s'insère dans le projet d'une plus grande coopération entre les différents acteurs de santé. Les missions du GHT sont décrites dans les articles L6132-1 à L6132-7 du code de la santé publique. Toutefois, le GHT qui a été imposé par la loi de 2016 connaît une atténuation. Le projet n'est pas pleinement abouti selon la doctrine car l'obligation est structurelle et non pas effective<sup>68</sup>

## B : La volonté de structuration en commun avec le GHT

Le GHT n'est pas une nouveauté, cette terminologie date de la loi de 2016. Les GHT sont dans la lignée des groupements de territoire laissée à l'incitation par les organismes de gestion régionaux. En effet, les ARS dans un premier temps ont incité les établissements publics de santé à coopérer, mais aucune obligation n'est érigée. On dénombre aujourd'hui 135 GHT

---

<sup>67</sup> Article consulté en ligne, L'histoire des GHT, réseau hôpital et GHT

<sup>68</sup> Rapport IGAS, Bilan d'étapes des GHT, C. Dagorn, D.Giorgi et A. Meunier, décembre 2019

pour 891 hôpitaux. Le GHT est une structure particulière. En effet, elle ne possède pas la personnalité juridique, mais c'est une obligation pour les établissements publics. Un établissement public de santé ne peut sauf dérogation, être exempt d'appartenir à un groupement. Les groupements sont de tailles variables, ainsi les GHT vont des groupements de 2 établissements à 20.

L'intérêt du GHT est de créer un effet d'impulsion commune, c'est-à-dire que tous les établissements du groupement aient un projet commun. Les groupements partagent aussi s'ils le souhaitent un directeur commun, ou simplement la désignation d'un établissement support. La structuration en GHT n'est pas formalisée du fait de l'absence de personnalité juridique pour cette entité. Il existe autant de fonctionnement de GHT que de GHT.

La structuration en GHT est instaurée pour créer de la coopération locale, une certaine unité sur le territoire qui permet aux usagers de bénéficier d'une ligne directrice dans les établissements de son secteur. A titre d'exemple, le GHT a permis d'instaurer une relation de proximité, au travers du dossier patient unique. Ce dossier patient unique crée un dialogue entre les établissements qui les oblige coopérer dans l'intérêt du patient. Ainsi un patient hospitalisé dans l'hôpital de Mantes-la-Jolie (membre du GHT Nord Yvelines), un dossier médical lui est créé à cet effet. Quelques temps après le même patient, voit un médecin spécialiste présent sur l'hôpital de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (membre du GHT Nord Yvelines). Du simple fait que les deux hôpitaux soient membre du même GHT, ils partagent les dossiers patients. Cela permet de gagner du temps pour les médecins et les usagers. Les dossiers sont déjà connus car ils sont sur une base de dossier commune qui permet de commencer le diagnostic des patients, et le patient n'est plus dans l'obligation de transporter, demander, ou réclamer son dossier médical d'une consultation à l'autre.

Cet exemple permet de démontrer les avantages de la mise en commun de certaines ressources, il n'est pas simplement question de dossier médical, la coopération des différents acteurs de santé profitent à tous. L'intérêt des GHT est aussi et surtout de faire des économies budgétaires en mutualisant les commandes, les dépenses pour un seul plateau technique pour le GHT, en ayant la possibilité de mutualiser le personnel soignant, et de développer des partenariats entre les structures. L'aspect économique poursuit un objectif de responsabilisation des acteurs publics de santé, comme la mise en place de l'ONDAM ou de la tarification à l'acte. La gouvernance hospitalière depuis les années 2000 se veut résolument pragmatique sur l'échelle financière. Toutefois, cela peut être le moyen d'accéder à une certaine autonomie locale pour les établissements regroupés.

## C : La volonté d'accéder à une autonomie locale

Ce mode de coopération pour les établissements se construit autour d'un projet médical commun entre tous les établissements. Le groupement est composé d'un établissement pilote ou dit « support » qui centralise les demandes des établissements s'ils le souhaitent. Ainsi les établissements regroupés en GHT ne sont pas obligés de coopérer entre eux, même si la logique de l'obligation de se regrouper en GHT est d'inciter à la coopération. Lors d'un passage de commande pour des équipements en fourniture par exemple<sup>69</sup>, il est possible que l'établissement pilote passe une commande pour tout le groupement. C'est un choix dont dispose le groupement, une commande peut être groupée, ou chaque établissement passe sa commande. Lorsque la commande est passée par un établissement pour le groupement, il peut aussi être responsable en cas de litige, mais l'établissement support peut aussi uniquement servir de relais intermédiaire entre le fournisseur et l'acheteur. Les fonctionnements en GHT sont donc relativement modulables et flexibles. Le groupement des commandes pour un GHT permet de jouer sur les prix du marché, en effet lorsqu'une commande est importante (ce qui est le cas quand plusieurs établissements réunissent leurs besoins en une seule et unique commande). Il est intéressant de pouvoir négocier les prix. Les opérateurs économiques co-contractant des hôpitaux publics sont des entreprises privées et donc obéissent à une logique de rendement économique qui n'est pas nécessairement la logique première de l'hôpital public. C'est pourquoi il peut s'avérer utile pour le groupement d'avoir un seul gestionnaire qui concentre les capacités de négociations et les connaissances en droit pour effectuer les commandes et palier à un éventuel imprévu. Le GHT permet aussi pour les petits établissements d'avoir un relai important par le biais d'un établissement plus imposant comme un CHU. La configuration bretonne par exemple, l'hôpital de Carhaix qui a connu une demande de fermeture de sa maternité et de son service de chirurgie par l'ARS de Bretagne, est aujourd'hui partie au groupement qui a pour établissement support le CH de Brest. La mise en place du GHT a permis à l'hôpital de Carhaix d'avoir un soutien de la part du groupement et de diminuer certains frais liés aux mutualisations diverses. Un décret de mai 2021, exploite donc cette coopération en proposant une unification des instances.

---

<sup>69</sup> Consulté en ligne, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/les-chantiers-operationnels/article/la-fonction-achat-de-ght>

Le décret du 27 mai 2021<sup>70</sup> laisse la possibilité aux groupements de fusionner certaines instances (les GHT ont 6 instances). Ainsi la CME et le CTE peuvent être unifiés de sorte à ne pas cumuler les instances de l'établissements en plus des instances du groupement. Cette fusion est cependant soumise à la volonté de tous les membres du groupement. Cette unification permet d'avoir un seul CTE et une seule CME pour le groupement. Certains GHT ont une facilité à accéder à cette possibilité d'unification car ils ont un seul directeur général pour l'établissement support et le groupement, et les autres établissements ont simplement un directeur adjoint. Ce choix est laissé aux établissements, ils n'ont pas d'obligation à opérer une unification si les établissements du groupement ont la volonté de rester autonomes.

La mise en place des GHT permet aussi de donner une nouvelle impulsion à la recherche et l'innovation qui souffrent des mesures d'économie et de budgétisation imposées aux hôpitaux publics.

## **VI : Innover à l'hôpital pour développer l'attractivité**

L'innovation est un domaine qui ne peut se satisfaire du modèle T2A, en effet les deux sont incompatibles, mais la recherche et l'innovation qui est un seul pôle peut s'avérer être un tremplin pour les hôpitaux publics. Ainsi l'innovation permet d'attirer une certaine population au sein des hôpitaux public (A), ce qui génère des emplois et accroît la technicité des praticiens (B). Cela permet ainsi à l'hôpital public d'avoir une place centrale dans la société(C).

### A : Le service public hospitalier cherchant à attirer

Le service public hospitalier depuis 2004, applique la méthode de financement T2A<sup>71</sup>. C'est une tarification à l'acte mise en place sous le plan « Hôpital 2007 », pourtant la tarification à l'acte repose sur le principe que tout acte effectué donne lieu à un paiement. La limite de ce mode de financement est très nette, l'innovation, la recherche, le développement ne sont pas des actes qui donnent lieu à une rémunération. La recherche et le développement sont des activités

---

<sup>70</sup> Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

<sup>71</sup> Consulté en ligne, <https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-lhopital-la-tarification-lactivite-t2a>

qui nécessite un engagement de frais direct et ne peuvent apporter des contre parties financières dans un premier temps. L'innovation selon le dictionnaire français se définit comme « l'ensemble du processus qui se déroule depuis la naissance d'une idée jusqu'à sa matérialisation (lancement d'un produit), en passant par l'étude du marché, le développement du prototype et les premières étapes de la production »<sup>72</sup>. L'INSEE définit l'innovation comme ce qui « désigne l'introduction sur le marché d'un produit ou d'un procédé nouveau significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés par l'unité légale »<sup>73</sup>.

L'innovation est donc un moyen pour l'hôpital public de se faire connaître du grand public pour une avancée dans le domaine médical, mais les recherches ont un coût que le budget très contrôlé de l'hôpital ne peut financer.

Les Hôpitaux publics possèdent ce volet innovation au même titre que celui de la recherche et du développement. Les CHU du fait de leur aspect de formation des futurs praticiens se doivent d'être un lieu où il est possible de tester et d'expérimenter (cette une mission du service public)<sup>74</sup>. Les étudiants sont ainsi dès leur cursus scolaire initié à la recherche. Les études de médecine par exemple, ne se font qu'au sein de CHU<sup>75</sup>, ce qui permet d'avoir une connaissance théorique et pratiques des élèves. En France, bon nombre de médecins sont aussi chercheurs et par le biais des établissements essayent de développer des protocoles « pour faire avancer la science ». Les avancées que l'on peut attribuer à des centres hospitalier les met en lumière et permet de cibler une nouvelle population qui va se rendre à l'hôpital pour son excellence, cela génère un flux de population qui est une opportunité pour l'hôpital public. Toutefois, la contrainte budgétaire est très présente et les enveloppes allouées aux travaux de recherche, développement innovations sont de moins en moins importante même pour les CHU.

Afin de pallier au manque de moyens pour financier la recherche, développement et innovation, les CH et CHU mettent en œuvre des mutualisations. Les hôpitaux établissent des conventions entre acteurs du secteurs publics, ou avec des laboratoire (entreprises privées à but lucratif). Ces conventions permettent non seulement de mutualiser les moyens alloués à la recherche, développement innovation, mais aussi de mutualiser les connaissances. Ainsi les deux

---

<sup>72</sup> Définition issue du dictionnaire Larousse, édition 2021

<sup>73</sup> Définition consultée en ligne

<sup>74</sup> Article L612-2 du CSP

<sup>75</sup> Consulté en ligne, <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-recherche-et-l-innovation>

structures sont co-gérantes du processus novateur. Les fondations travaillent aussi sur la recherche et l'innovation au plus proche des CHU, par exemple l'Institut Pasteur du CHRU de Lille. La fondation Pasteur a notamment effectué plusieurs recherches dans le cadre de la crise du covid-19. La recherche et l'innovation sont des aspects qu'il ne faut pas négliger par les hôpitaux publics car les bénéfices sont effectifs sur le long terme. Les bénéfices sont par exemple, la renommée, la nouvelle patientèle, les emplois créés, les budgets d'aides, et une opportunité de formation.

## B : La capacité à générer des emplois et de la formation de qualité

Les CHU sont connus pour concentrer un fort vivier d'enseignant chercheurs, les médecins qui sont des praticiens hospitaliers exercent régulièrement des expérimentations qu'elles soient invasives ou non<sup>76</sup>, car ils disposent d'une patientèle présente pour observer les effets. La recherche, développement et innovation se pratiquent donc au travers des essais cliniques. La France codifie depuis plusieurs décennies déjà (loi dite Léonetti), la réglementation est stricte pour les essais effectués en laboratoire ou dans une structure publique sont encadrées afin d'éviter tout débordement. L'Union européenne s'est aussi emparé du sujet, et un règlement européen qui s'applique à tous les États-membres est en vigueur afin de simplifier la coopération interétatique. Le règlement européen est un texte juridique européen qui est d'application direct ; donc sans besoin de transposer le texte dans le droit interne des États-membres. Ce texte est le règlement UE n°356/2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20 /CE. Les essais cliniques sont donc les moyens de mettre en œuvre les hypothèses des chercheurs, ils sont donc codifiés selon le degré d'invasion sur les patients. Le moindre acte qui n'est pas nécessaire à l'examen clinique du patient est un essai que l'on doit formaliser par un essai clinique. Au centre hospitalier d'Arras (Pas-de-Calais, 62), il existe un service dédié à la recherche clinique qui aide les médecins à formaliser auprès des instances de contrôles et des patients. Cette réglementation permet de favoriser les essais cliniques en ce qu'ils ne sont pas illégaux et que les médecins sont aidés pour les mettre en place car si la recherche relève d'une conception scientifique, la mise en pratique de ces essais est une conception juridique qui nécessite un formalisme précis.

---

<sup>76</sup> Consulté en ligne, <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/tribune/l-innovation-une-reponse-a-la-crise-hospitaliere.html>

La recherche et le développement implique donc des emplois comme les attachés en recherches cliniques, les statisticiens, les délégués à la protection des données, des juristes, des médecins, des chercheurs, ... De nombreux emplois sont créés autour de la recherche, un CHU qui possède un grand service de recherches, développement et innovation est influant dans le monde de la santé, l'établissement qui le représente bénéficie donc d'une couverture médiatique importante ce qui suscite des vocations. L'AP-HP (groupement d'hôpitaux) par exemple travaille en concertation avec les CHU de toute la région parisienne, de la France, et même d'Europe<sup>77</sup> cela permet aux chercheurs de se réunir et de créer de véritable groupe de recherche et de travail au service de l'innovation. Le développement des innovations crée aussi des spécialisations ainsi certains CHU<sup>78</sup> sont spécialisés dans la recherche, par exemple l'hôpital Necker est spécialisé dans la prise en charge des enfants ce qui lui vaut toujours l'appellation commune de « hôpital pour enfants ». La spécialisation permet aux hôpitaux publics de cibler une formation scolaire et pratique pour les futurs praticiens. La spécialisation permet ainsi la reconnaissance d'un savoir-faire technique. La recherche, le développement et l'innovation permettent donc à l'hôpital public de rester un élément central de la santé, en plus de générer des emplois et de la spécialisation au sein des établissements.

### C : Un service public plus que jamais au cœur de la société

L'hôpital public est donc une structure complexe qui regroupe des acteurs de différents domaines en son sein. Ces acteurs doivent coopérer entre eux et avec l'extérieur sous couvert d'un contrôle exercé par une institution étatique. L'ARS est érigé en organisme de contrôle afin de vérifier la bonne application des objectifs et donner par le gouvernement en place. L'ARS possède des capacités de financements propres qui sont appelés MIG, l'IFAQ ou encore les FIR. Ces financements peuvent aider les hôpitaux publics (notamment) à bénéficier de fonds pour développer certains de leurs projets ou dans le cadre de l'IFAQ de prendre en compte les efforts fait pour la satisfaction des usagers. Ces fonds sont l'occasion pour les hôpitaux publics de participer à des projets propres aux établissements sans en informer le GHT. Cette relation

---

<sup>77</sup> Interview donnée par la Pr Tabassome Simon, chercheur clinicienne à l'AH-PH, en février 2020

<sup>78</sup> Revue des Actes de la recherche en sciences sociales, champ médical et processus de spécialisation, P. Pinell, n°156/157, 2005/1-2, p.11

directe avec les ARS augmente ainsi la proximité et les liens entre les deux structures. La direction générale d'un établissement support (qui est aussi un établissement de santé en premier lieu) possède un relai fixe avec l'antenne relai ARS de son département. La proximité entre les ARS et les hôpitaux sert au dialogue institutionnel. Ainsi les deux administrations ont l'habitude de travailler ensemble, et peuvent confier des tâches spécifiques à certains interlocuteurs car cette tâche qui relève d'un formalisme strict<sup>79</sup>. Les hôpitaux peuvent aussi être accompagnés dans leurs démarches par d'autres administrations, ainsi la CNIL aide les hôpitaux à leur demande, pour la protection des données, l'information à délivrer ou encore sur la durée de conservation des documents protégés.

L'hôpital public et l'ARS ont connu une forte exposition de leur mode de fonctionnement au moment de la crise mondiale du COVID-19. Cette crise sanitaire de grande ampleur a entraîné des mesures inédites qui n'ont jamais été prise dans l'histoire de l'ARS, ou encore sous la Ve République. Cette crise a permis le questionnement et la remise en question du mode de gestion des hôpitaux publics, même dans les temps dit « normaux » (on considère comme les temps où il n'y a pas de crise sanitaire).

Dès lors l'hôpital public est mobilisé et accueille de nombreux malade, des services sont constitué en supplément, des opérations déprogrammées, ... Une allocution du président de la république évoque un pays en guerre. Le gouvernement a ainsi placé au centre de cette crise l'hôpital public car c'est son levier d'action en termes de santé. De facto, la gestion d'une crise sanitaire s'est corrélée avec le fonctionnement d'un hôpital et la transparence des actions, du dialogue avec l'ARS, des moyens matériel et humains, des conditions de travail. De nombreux sujets qui sont le quotidien de l'hôpital sont devenus des sujets de sociétés. Toutefois pour comprendre le fonctionnement d'un hôpital public pendant une crise sanitaire de grande ampleur (partie 2), il est nécessaire de comprendre le fonctionnement de l'hôpital dans son quotidien (partie 1).

---

<sup>79</sup> Consulté en ligne, <https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pdf/rech0404.pdf>

## Partie 1 : Le fonctionnement du service public de la santé

L'hôpital public est donc un établissement qui possède un fonctionnement propre et unique, la France a organisé un schéma de fonctionnement hiérarchique spécifique à l'hôpital (chapitre 1) afin d'assurer les missions du service public de santé et de répondre aux enjeux de santé contemporains (chapitre 2).

### Chapitre 1 : La mise en place d'un schéma hiérarchique

La mise en place d'un schéma de direction hiérarchique comme celui que l'on connaît aujourd'hui impose la connaissance d'un interlocuteur unique pour lui communiquer les informations (section 1). La communication s'effectue donc au travers d'agences décentralisées (les ARS) afin de créer de la proximité entre les agences et les hôpitaux publics (section 2).

#### Section 1 : L'ARS comme « guichet unique » du service public de la santé

L'ARS est identifiée depuis 2009 comme le relai officielles des lignées gouvernementale en matière de santé publique (§1), et en ce sens de circulation de l'information verticale les GHT apparaissent comme un relai locale des lignes directrices appliquées sur une localité territoriale (§2).

##### §1 : L'ARS relai des lignes gouvernementales

L'ARS sert de relai au gouvernement en place pour relayer ses ambitions en matière de santé publique qui est une problématique sociale importante pour un quinquennat, ce système est pyramidal pour assurer une application par les hôpitaux publics (A) qui sont des structures étatiques. De ce fait les directives du gouvernement sont des recommandations centralisées en un seul espace de pouvoir (B).

##### A : Un système pyramidal du gouvernement vers les hôpitaux

Afin d'assurer la circulation verticale des positions gouvernementales par les hôpitaux, il existe un chemin depuis le ministère de la santé jusqu'au acteurs de terrain (1), ce chemin est tracé grâce aux instances des ASR (2).

## 1 : Le chemin de la décision du ministère de la santé

Chaque gouvernement lors de sa prise de position à Matignon souhaite mettre en place une politique de santé qui sera utile à la population et qui va perdurer dans le temps, sans discontinuer selon les idéologies des partis politique au pouvoir. Ainsi le gouvernement de Nicolas Sarkozy en 2009, instaure les ARS comme relais du gouvernement en région.

Ainsi lors de l'arrivée d'un nouveau gouvernement un plan concernant la santé est élaboré. Le plan qui sera mis en œuvre est le fruit d'une campagne présidentielle mené par le candidat. Après son élection le nouveau président de la République met en œuvre ce plan. Ce plan est donc étudié en conseil des ministres ainsi que par le ministère constitué à cet effet. Le ministère compose donc de deux directions : la direction générale de la santé (DGS) et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). La DGS prépare la politique de santé publique et sa mise œuvre, le directeur le DGS est un acteur important car il possède un pouvoir décisionnel. Cet acteur a été fortement mis en lumière avec la crise de 2020, il s'agit de Monsieur Jérôme Salomon<sup>80</sup> qui a notamment fait des allocutions quotidiennes dans les médias. La DGOS quant à elle élabore et assure la mise en œuvre des politiques publiques, elle s'assure de l'égalité des soins pour tous en respectant le budget alloué. Les groupes de travail formés de professionnels pour aider à la conception pratique de la politique de santé est ainsi composés de praticiens, de juristes, d'économistes et d'administratifs technocrates (pour mettre en forme le projet de loi). Lorsque le projet de loi définitif est arrêté et mis en forme, le ministre de la santé est mandaté pour porter ledit projet devant l'assemblée nationale, et soumis par la suite à l'approbation du Sénat. C'est donc sous forme de loi que le projet de santé est soumis aux représentants de la nation. Afin de ne pas restreindre l'action et ne pas la rendre caduque ou inopérante le gouvernement formule des lignes directrices. La loi se veut donc générale pour comporter le plus de situations possibles, mais aussi claire pour que les lignes directrices et le choix qui est fait en matière de politique soit compréhensible. De plus il faut considérer les spécificités de chaque région. En effet, tous les territoires en France n'ont pas les mêmes problématiques. Le territoire français n'est pas uniforme et une région en fonction de sa population, de sa géographie ou de son histoire n'a pas les mêmes attentes qu'une autre région.

Après l'adoption de la loi, la DGS et la DGOS travaillent pour élaborer des missions qui seront confiées aux différentes ARS. A ce stade, les missions sont encore très générales et doivent

---

<sup>80</sup> Directeur de la DGS depuis le 8 Janvier 2018

représenter les missions nationales, ce sont les lignes directrices du gouvernement qui seront plus détaillées et plus précises afin de définir au mieux les missions qui incombent aux ARS tout en respectant la conduite qui impute à ces deux directions.

## 2 : Les relations entre les instances décisionnelles et les ARS

Le ministère de la santé est en lien permanent avec les directeurs des ARS. C'est à travers eux que sont distribués les lignes directrices à suivre et les objectifs à atteindre. Les ARS doivent coordonner la stratégie nationale à respecter ainsi que les spécificités régionales et les impératifs budgétaires. Les directeurs des ARS sont nommés en conseil des ministres et cette décision figure dans un décret. Cette nomination permet d'avoir un échange régulier entre les directeurs généraux des ARS et le ministère, ainsi la compréhension des objectifs et missions qui sont définies peuvent être plus amplement détaillés.

Le ministère de la santé qui se nomme en réalité le ministère des affaires sociales et de la santé, n'a pas toujours eu cette dénomination et a couvert des périmètres différents selon les périodes de l'histoire. En 1966 il est par exemple rattaché au ministère du travail, en 1940 il est rattaché au ministère de la famille. Ce ministère a donc connu des évolutions sur son champs d'intervention. Aujourd'hui ce ministère est autant compétent dans la question de la sécurité alimentaire que dans la gestion administrative des hôpitaux publics. Il est donc important au vu du champs de compétence couvert par le ministère que les différentes structures opérant sous couvert du ministère puissent coordonner leurs actions dans un même ligne directrice.

De plus, le ministère de la santé est en interactions constante avec les autres structures de santé comme l'HAS ou l'ANSM. Ce dialogue du ministère avec les autres structures permet aux directeurs généraux de l'ARS de coordonner leurs actions. Ainsi l'ARS ne peut pas aller contre une mission ou une position et inversement. La centralisation auprès du ministère permet donc une coordination des différentes missions de santé publiques.

Le directeur général d'une ARS insuffle donc une politique à mettre en place pour toute l'administration qu'il gère. L'ARS de région pourra donc formaliser des objectifs à mettre en place et à atteindre pour les hôpitaux.

Le directeur général de l'ARS dirige donc une administration qui comprend 8 directions, chacune d'elles possède un champ d'action très précis. Les missions de l'ARS sont ainsi

définies par une politique choisie et une coordination avec les autres structures de santé. Les enjeux de santé publique sont nombreux et le champ couvert augmente.

A la réception de toutes les informations par les ARS, elles sont réparties dans les différentes directions. Les directions peuvent par la suite formuler les objectifs à atteindre et définir les lignes de conduites à tenir et les missions de chacun. Le rôle centralisateur de l'ARS remplace une multitude d'institutions avec un champ d'intervention précise. A ce jour, les demandes des hôpitaux public peu importe le domaine passe essentiellement par une direction de l'ARS.

### *B : La centralisation des recommandations par les ARS*

Tous les cinq ans, l'ARS définit un nouveau plan quinquennal qui se compose d'objectifs et de recommandations adaptés aux territoires locaux (1), et pour une action plus localisée encore, les GHT indique une orientation de terrain (2).

#### **1 : L'adaptation de la grande région aux territoires locaux**

Le directeur de l'ARS est le représentant de sa région auprès du gouvernement et le représentant de l'institution et donc de l'État auprès des structures hospitalière. C'est un double poste qu'il est important de maîtriser car l'institution repose sur cette ambivalence. Le directeur de l'ARS, une fois sa mission reçue, possède une direction générale pour mettre en forme de manière simple et écrite les demandes gouvernementales. La direction générale s'occupe d'attribuer à chaque direction la tâche qui relève de sa compétence pour la mettre en forme afin de la diffuser auprès des structures de la région. Les groupes de travail élaborent un plan d'actions simples pour chaque région. Le directeur général de l'ARS est représentant de l'autorité, pour cela il est en contact avec les dirigeants des grandes structures hospitalières comme les CHRU ou les CHU, il peut ainsi être présent lors des réunions importantes comme celles pour élaborer les CPOM ou les PRS.

En effet, toutes les régions n'ont pas les mêmes problématiques. Les DROM COM connaissent notamment des problématiques de salubrité ou d'accès à l'eau potable qui ne sont pas abordées en métropole. Le 1<sup>e</sup> janvier 2020, paraît un décret qui crée une ARS pour Mayotte qui auparavant était sous la gestion de l'ARS de la Réunion. Cette création est signe d'une nécessité d'adaptation aux localités, pour avoir un relai efficace il est nécessaire d'avoir un représentant

étatique sur place. L'évaluation et l'expertise de l'ARS sont nécessaires au ministère pour avoir une connaissance précise de la situation locale. L'ARS de Guadeloupe possède à titre d'exemple, dans son volet santé et environnement des informations sur les eaux, la chlordécone, les sargasses<sup>81</sup>. Ces problématiques sont bien différentes de celles connues en métropole.

Ainsi dans les autres régions du territoire français les ARS adaptent les directives gouvernementales aux spécificités locales. Elles exercent un rôle centralisateur entre les demandes du gouvernement et les remontés effectués par les acteurs de santé sur le terrain de la région. Les grandes régions ne sont pas un relai efficace, c'est pourquoi il existe une antenne relai de l'ARS dans chaque département. Les centres hospitaliers s'orientent vers les antennes relai qui vont centraliser les informations du département et les transmettre à l'ARS régionale qui pourra par la suite évaluer globalement les besoins de la région. Une même région peut contenir différentes problématiques, le territoire local n'est pas identique. Toutes les ARS doivent adapter les mesures qui s'opèrent dans les centres urbains et dans les territoires ruraux. Ce système pyramidal est relativement complet, toutefois le mettre en place est complexe et long.

Le GHT peut jouer un rôle important de cet échange d'informations car un GHT regroupe plusieurs structures hospitalières, cela permet d'avoir une voix groupée et non les intérêts de chacun. L'ARS peut transmettre des mesures très localisées en cas de nécessité en plus des mesures régionales, et adapter sa surveillance en fonction des attentes.

## 2 : Le relai local par les GHT

Le GHT est une structure qui ne possède pas la personnalité morale, mais qui tente à développer son action progressivement. Ainsi les hôpitaux ont la possibilité depuis 2021, selon la structuration dans laquelle ils se trouvent, de fusionner des instances. Le GHT est composé de 6 instances qui se composent de membres des instances déjà présentes au sein de chaque hôpital public. C'est ainsi qu'une instance qui est présente au sein de l'hôpital, l'est aussi au sein du GHT. En théorie, ce doublement de la structure doit permettre à chaque établissement du GHT de pouvoir exprimer sa position au sein du groupement de manière égale quel que soit sa taille (ou sa position d'établissements pilote ou non). Le décret de 2021, apporte donc la

---

<sup>81</sup> Consulté en ligne, [Agence régionale de santé Guadeloupe | Guadeloupe \(sante.fr\)](https://www.guadeloupe.sante.fr/)

possibilité pour les établissements de fusionner dans un premier temps les CME et CTE afin d'avoir une seule instance pour le groupement et l'hôpital. Ceci est laissé à la volonté de chaque CHT en fonction de sa structure. Cette structuration permet au GHT et aux hôpitaux publics de n'avoir qu'une seule instance.

L'avantage du GHT unifié est qu'il permet de connaître la position de plusieurs établissements au travers d'un seul organe et d'une seule fois. C'est aussi un gain de temps pour les membres des organes qui ne sont pas obligés de procéder deux fois à la même réunion.

Il est laissé à la volonté des établissements car il est parfois complexe de mettre en place une structuration unique pour un groupement, car les établissements ont peur de perdre de leur autonomie. La création du GHT en 2016 a engendré les mêmes inquiétudes. L'aspect relai local du GHT fait penser à une strate supplémentaire dans la gestion administrative des hôpitaux publics, synonyme de lourdeur administrative pour les personnels hospitaliers.

La notion d'exclusivité et de rattachement définitif effraie les structures car les difficultés rencontrées par les centres hospitaliers sont évolutives. La perte d'une certaine autonomie dans la mutualisation des décisions peut engendrer des craintes par un établissement public de se voir imposer des mesures qui ne sont pas utiles pour sa localité. Cependant le GHT s'est avéré être une mesure qui a été pérenne et fait preuve d'une évolution avec l'accès à de nouvelles possibilités d'intégration. Le GHT de 2016 est donc une première étape dans la construction du GHT. La deuxième génération pourra être plus impliquée dans l'intégration et la coopération d'un même groupement, voire être un relai pour les demandes d'hôpitaux publics d'une même opinion.

## §2 : La mise en pratique des lignes gouvernementales dans l'hôpital public

Le GHT est un groupement qui coordonne l'action de plusieurs établissements de santé, cela permet d'avoir un déploiement de l'information au sein du groupement (A), ainsi qu'une certaine autonomie d'action (B), sous couvert d'un contrôle de l'ARS.

## A : Le déploiement d'informations

Le GHT engendre la création d'un espace d'information unique pour les membres du GHT, la diffusion de l'information et les instances habilitées à le faire sont encadrées par des dispositions légales (1), qui de fait influe sur l'organisation des GHT (2).

### 1 : Les obligations légales

Les obligations légales de création des GHT sont contenues dans la loi de Modernisation de notre système de santé de 2016. Ces nouvelles dispositions sont intégrées dans le code de la santé publiques aux articles L6132-1 et suivants., afin de définir l'organisation, la mise en place ainsi que le mode de fonctionnement des GHT. Il est possible de relever que la mise en place des GHT s'opère en plusieurs dynamiques. La dynamique institutionnelle avec la mise en place sous conditions strictes et codifiées, la dynamique théorique avec des objectifs de conception et à atteindre pour les groupements hospitaliers. Enfin la dynamique de pratique qui est l'application factuelle de la mise en place des GHT. La dynamique théorique sera l'exemple utilisé pour démontrer, la volonté insufflée aux GHT lors de leur création en 2016.

Les objectifs de conception du GHT sont de l'ordre de deux :

- Assurer un égal accès aux soins de qualité dans un délai raisonnable
- Unir les centres hospitaliers qui rencontrent les mêmes difficultés pour les affronter de manière commune.

Chaque groupement doit désigner un établissement support selon une convention établie entre eux. De plus, la convention constitutive contient les compétences transférées et le projet partagé<sup>82</sup>. Les fonctions transférées aux GHT sont au nombre de 4 et sont précises :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;
- La gestion d'un département d'information médicale de territoire ;
- Les achats ;

---

<sup>82</sup> Article L6132-1 du CSP

- La coordination des instituts de formation initiale et la formation continue<sup>83</sup>

Les conventions constitutives des GHT intègrent un volet dédié aux recherches avec la participation d'un CHU dans le groupement. L'ARS valide le projet et la convention constitutive du GHT<sup>84</sup>.

Ainsi la loi ne délivre pas la personnalité morale aux GHT de façon volontaire afin de ne pas créer de niveaux hiérarchiques supplémentaires et de ne pas surcharger les procédures administratives en vigueur pour les centres hospitaliers<sup>85</sup>. Après la codification et la définition des enjeux théoriques, l'organisation des GHT a débutée.

## 2 : L'organisation des GHT

L'obligation de 2016 est de former un groupement avec une convention établie entre les membres de groupement. Cette convention doit être signée par chacun des membres qui composent le GHT. Par ailleurs la convention du GHT et son établissement pratique sont assez vague. La mesure de GHT est donc peu règlementée dans son organisation. Les GHT sont donc libres d'avoir un seul directeur pour tous les établissements qui le composent comme le GHT Artois-Ternois, ou non. L'établissement support, et chaque établissement qui compose le GHT ont un directeur général unique, le directeur général de l'établissement support. Dans l'exemple du GHT Artois-Ternois, l'établissement support est le centre hospitalier d'Arras, son directeur général est aussi celui des centres hospitaliers membres du GHT qui sont le centre hospitalier de Bapaume et le centre hospitalier du Ternois. Les fonctions quotidiennes de ces deux centres hospitaliers sont assurées par des directeurs adjoints.

Tous les GHT, ne fonctionnent pas sur le même système. Le GHT du Hainaut-Cambresis par exemple est un GHT avec 12 établissements. Le GHT ne possède donc pas de directeur unique, presque chaque établissement qui le compose à un directeur général. La coopération au sein du

---

<sup>83</sup> Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé, M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER, R. OLLIVIER, éditeur Presses de l'EHESP, coll. Références Santé Social, 2018

<sup>84</sup> Article L6132-3 du CSP

<sup>85</sup> Rapport de la Cour des comptes, « les groupements hospitaliers de territoire », exercices 2014 à 2019, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020, pp. 15-19

GHT paraît complexe avec le nombre de membres, dans cette hypothèse une fusion des institutions est réellement complexe à mettre en œuvre.

A travers ces deux exemples, on observe la diversité qu'il existe dans l'appellation GHT. Il convient alors de s'interroger sur le périmètre que recouvre une telle appellation. La notion est évolutive au même titre que les CPOM ou les SROS ont connu une adaptation, une modulation en fonction des générations.

Le GHT reste soumis aux orientations que souhaite lui donner le groupement car ses instances sont composées de représentants issus des instances des hôpitaux membres. Les GHT ne sont donc pas soumis aux mêmes problématiques et aux mêmes solutions pour assurer la mission de service public de santé.

Il y a une dichotomie importante entre la conception de l'idée de GHT qui est essentiellement historiques et la mise en œuvre pratique par les établissements. La mesure n'a pas été accompagné et aujourd'hui les coopération inter établissement reste soumises à la volonté des dirigeants des établissements. Le GHT semble être une mesure incomprise pour les professionnels de santé qu'ils soient administratifs ou personnels de soins.

### *B : Le GHT une mesure incomprise*

Le concept du GHT est une mesure de la loi de 2016 ; c'est une obligation légale. Toutefois, cette obligation s'est vue quelque peu malmené du fait de la peur d'une création de strate supplémentaire dans la hiérarchie administrative (1). De plus, cette structuration est partiellement remise en question car elle ne possède pas la personnalité morale (2).

#### *1 : La peur de la mise sous tutelle*

Le GHT est une mesure qui n'est pas novatrice, depuis les années 1970 de nombreux groupement ont été organisé. Les premiers groupements étaient informel, ponctuel. C'était une entraide entre les établissements qui le souhaitaient. Cela pouvait être momentanée ou plus durable, mais sans réelle organisation légale. Les établissements sont sensibles à la coopération inter hospitalière quand elle émane de leur volonté. Toutefois, l'absence d'organisation

concrète laisse la possibilité de créer de nombreux groupement sans uniformité ainsi il est possible d'être membre d'un GIE, GCS, GIP, ...<sup>86</sup>

L'apport du groupement en GHT est qu'il est obligatoire, annoncé en 2014 par la Ministre de la Santé en poste<sup>87</sup>, il sera obligatoire en 2016<sup>88</sup>, et codifié à l'article 6132-1 et suivants du code de la santé publique. Ce type d'organisation de coopération se veut moteur de la rationalisation hospitalière et de la gouvernance inter hospitalière. Les dirigeants et personnels d'hôpitaux publics sont sceptiques quant à cette mesure car elle est assimilée à une ingérence des pouvoirs administratifs dans la gestion des affaires médicales. De plus, la désignation d'un établissement support qui représente le GHT donne une importance, et de facto un rôle supérieur à ce centre hospitalier comparé aux autres membres. Les questions d'égalité et de mise en place de la disposition sont soulevées. Le GHT fait état d'une coopération fonctionnelle en opposition à la coopération organique. La coopération fonctionnelle se définit comme un contrat signé entre les membres qui compose la coopération, il s'impose à eux mais n'entraîne pas la création d'une nouvelle entité juridique<sup>89</sup>. La coopération organique s'oriente quant à elle sur la création d'une entité morale pour signifier la mutualisation des différents moyens de ses membres et une autonomie de gestion (l'obtention d'un budget propre, un patrimoine, la possibilité de recruter son personnel). Cette coopération est bien plus contraignante à mettre en place, c'est pourquoi les GHT sont une forme de coopérations souple pour intégrer le plus de situation possibles (et existantes). Le GHT conditionne malgré sa souplesse de forme 3 critères de conception qui sont

---

<sup>86</sup> Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé, M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER, R. OLLIVIER, éditeur Presses de l'EHESP, coll. Références Santé Social, 2018

<sup>87</sup> Lettre de mission pour Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes, datant du 17 novembre 2014

<sup>88</sup> Décret n°2016-524 du 27 avril 2016

<sup>89</sup> Fiche du n°7 du ministère des solidarités et de la santé, consulté en ligne, [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj\\_r5OfwZfyAhXHKe\\_wKHYX8BAgQFnoECACQAw&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Ffr\\_7\\_-forme\\_juridique\\_v2.pdf&usg=AOvVaw1ufQB\\_0kvJl9qbANE822te](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj_r5OfwZfyAhXHKe_wKHYX8BAgQFnoECACQAw&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Ffr_7_-forme_juridique_v2.pdf&usg=AOvVaw1ufQB_0kvJl9qbANE822te)

- La codécision
- La cogestion
- La coresponsabilité<sup>90</sup>

Le Groupement Hospitalier de Territoire reste une mesure incomprise, du fait de sa grande place concédée par les administrations, mais de l'absence de personnalité juridique et de réelles contraintes uniformes.

## 2 : Un groupement, pas une personnalité morale

Le GHT est un groupement de plusieurs personnalités morales, mais le GHT ne possède pas de personnalité car ce n'est pas une institution ou un niveau hiérarchique dans la prise de décision des hôpitaux. Il est complexe de comprendre cette stratification hospitalière car elle n'est pas complète. Les établissements qu'ils soient nommés support ou non, ont été précipité par l'obligation de la mesure de groupement et n'ont pas toujours compris l'utilité et l'opportunité du regroupement. En effet, les centres hospitaliers en particulier ceux de petite envergure ont l'appréhension de se faire happer dans les groupements ou dans les structures les plus grandes. De nombreux établissements sont attachés à leur indépendance affichée<sup>91</sup>, et l'absence d'un logo de l'établissement en lieu et place du logo du groupement n'est pas accepté. L'absence de personnalité morale du groupement initie des incompréhensions. Les commandes publiques sont organisées par le groupement mais selon des modalités aménagées, les groupements peuvent opérer des choix, mais en ce qu'il s'agit des décisions de RH, le groupement ne peut agir pour l'ensemble des établissements même si le directeur général annoncé est le même pour tous les établissements. Dans les faits, le GHT ne possède pas de grandes responsabilités ou d'obligations pour les établissements, la coopération est essentiellement au volontariat. Certains établissements observent le GHT comme une mesure contraignante qui ne possède aucune utilité technique, ou pratique.

---

<sup>90</sup> Guide méthodologique des coopérations territoriales, volume 1, anap, consulté en ligne, [Coopération - Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique - 1. L'apport de la loi HPST dans les coopérations \(anap.fr\)](#)

<sup>91</sup> Témoignages recueillis par des professionnels de santé ayant travaillé dans plusieurs établissements de santé avant et après la mesure de GHT de 2016, propos tenus lors d'échanges oraux

Le rapport de la Cour des comptes concernant le fonctionnement du GHT est très critique à l'égard de leur mise en œuvre. Le modèle est remis en cause, car il ne paraît pas adapté aux résultats espérés. Ainsi, les économies budgétaires annoncés ne sont pas significatives voire inobservés, les mesures pour les marchés publics ne sont pas abouties, les difficultés de certains établissements ou bassin de population sont inchangé depuis la mise en place des GHT, et l'impact sur l'offre de soins n'est pas significatives<sup>92</sup>. Ce tableau fort critique ne condamne néanmoins pas la mesure d'organisation, elle doit être approfondi et mis en œuvre avec rigueur pour apporter les effets qu'on lui impute.

La mise en avant des GHT permet de démontrer les limites de l'ARS, la création de l'administration guichet unique ne peut tout centraliser et agir dans tous les domaines. La décentralisation des actions et des mesures sanitaires peut être un moyen de faire coexister les administrations de santé, sans perturber le fonctionnement du service public de la santé.

## **Section 2 : La décentralisation progressive du service public de la santé**

La France obéit à une logique de décentralisation depuis les lois Debré. La décentralisation prend forme dans la décentralisation des institutions de l'État. De ce fait l'ARS possède une certaine autonomie dans les taches qu'elle exerce (§1). Elle effectue des missions de contrôle, surveillance, ou encore autorisation (§2).

### §1 : Une autonomie de gestion accordée au ARS

L'autonomie de gestion accordée à l'ARS concerne l'administration générale des hôpitaux publics (A), mais aussi le contrôle des règles qu'elle a mis en place (B). Cette position de dirigeant et contrôleur est acteur de la décentralisation du gouvernement.

---

<sup>92</sup> Rapport de la Cour des comptes, « les groupements hospitaliers de territoire », exercices 2014 à 2019, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020

## A : L'administration générale de la santé

L'ARS pour assurer sa tâche fondamentale d'administration exerce un contrôle (1) sur les hôpitaux publics, et un rôle d'autorisation (2). De ce fait toutes les demandes sont centralisées auprès de la même administration.

### 1 : Un rôle de contrôle

L'ARS a été conçu comme une administration générale, en plus de ses missions de relai des politiques du gouvernement et de centralisateur d'informations, elle opère aussi des missions de contrôle. Le contrôle de l'ARS revêt plusieurs facettes, ainsi le contrôle est budgétaire, sanitaire et d'application. Le contrôle budgétaire s'effectue par la validation des EPRD. L'EPRD est une méthode de budgétisation mis en place par une ordonnance de 2005<sup>93</sup>. En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006<sup>94</sup>, et modifié en 2007<sup>95</sup> l'EPRD est la première étape de la financiarisation du service public hospitalier. L'ARS est chargée de la mission de contrôler les finances des hôpitaux publics au travers du contrôle des ERPD. L'EPRD est un document comptable produit par les établissements de santé<sup>96</sup> qui est fourni chaque année par les établissements sanitaire et médico-sociaux.

Ainsi chaque année l'ARS reçoit les budgets prévisionnels des établissements selon un calendrier, si l'ARS contrôle l'EPRD et le valide alors l'établissement peut appliquer ce budget. Dans ce cas, c'est un contrôle a priori.

En fin d'année l'établissement envoie à l'ARS les comptes réels pour qu'un contrôle a posteriori soit effectué. Ce contrôle permet à l'ARS de vérifier le respect du budget prévisionnel et de contrôler l'efficacité des dépenses effectuées par l'établissement.

L'EPRD annuel s'inscrit dans une gestion pluriannuelle, c'est-à-dire que l'établissement établit un budget (sur 5 ans en moyenne) pluriannuel et des budgets annuels, ces deux budgets sont donc censés s'accorder afin d'encadrer le budget général de l'établissement sur le long et le court terme.

---

<sup>93</sup> Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>94</sup> Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé

<sup>95</sup> Décret n°2007-82 du 23 janvier 2007

<sup>96</sup> L6161-3-1 CSP

Ce n'est pas la seule mission de contrôle qu'exerce l'ARS, des contrôles de qualité des soins sont exercés notamment par le recueil des indicateurs nationaux. Ces indicateurs sont décidés et formalisés par l'HAS, par des campagnes nationales de recueil IQSS<sup>97</sup>. Les hôpitaux publics remplissent en fonction de leur activité réelle les rapports aux critères. Les indicateurs sont transmis aux ARS qui opèrent un contrôle entre les données émises par les hôpitaux public et l'activité réelle, elle valide ou non le recueil selon des règles codifiées et le publie<sup>98</sup>.

L'ARS se voit conféré un rôle de contrôle des indicateurs, financier, des risques et des politiques appliquées. Cette position de structure émettant et recevant toutes les informations des hôpitaux publics assure pour l'agence régionale un rôle de référent. Les autorisations sont délivrées par l'ARS pour les hôpitaux. Chaque demande des établissements de santé doit être autorisé par l'ARS<sup>99</sup>.

## 2 : Un rôle d'autorisation et de référent

Afin de procéder à un contrôle effectif des actions perpétrées par les hôpitaux publics, l'ARS est aussi l'ordonnateur des mesures et des autorisations liées à l'exercice des mesures. La délivrance de l'autorisation et de l'information donne à l'ARS une position hiérarchique sur les établissements de santé. Ainsi l'ouverture ou la fermeture d'un service dans un hôpital public est soumise à l'accord de l'ARS, le nombre de places que contient le service aussi.

Le principe de l'autorisation pour l'ARS, est que toute nouvelle demande doit être soumise à l'accord préalable de l'agence<sup>100</sup>. Les demandes de renouvellements ne sont pas nécessairement soumises à l'accord de l'ARS, c'est-à-dire qu'une déclaration de reconductions ou une continuité tacite est induite par la simple information auprès de l'ARS de la continuité l'action autorisée préalablement.

Dans le rôle du guichet unique l'ARS centralise presque toutes les informations en lien avec la santé publique et le fonctionnement des établissements de santé, en particulier les hôpitaux publics. Chaque année, l'agence régionale de santé publie un bilan annuel, quantitatif, qualitatif des séjours et de l'activité des établissements de santé, pour chaque région. L'ARS est aussi le

---

<sup>97</sup> Indicateur de qualité et de sécurité des soins

<sup>98</sup> Management Hospitalier, R. Holcman, éditeur Dunod, coll. Guides Santé Sociale 2017, pp. 657-593 (chapitre 19)

<sup>99</sup> Article HAS, contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux, mis en ligne le 03 septembre 2019

<sup>100</sup> Articles L1431-2 du CSP

centralisateur de tous les EIG<sup>101</sup> de la région. Un EIG est un évènement indésirable grave qui se définit comme un « évènement inattendu au regard de l'état de la santé et de la pathologie de la personne dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu d'un pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou malformation congénitale »<sup>102</sup>. Le fait de centraliser les EIG au niveau régional permet de recueillir des informations locales pour mettre en place des mesures afin d'éviter la survenue de nouveaux évènements. Cette notion est un moyen d'améliorer la prise en charge des patients et la sécurité pour les patients. Le site du gouvernement et de l'ARS Ile-de-France informent les professionnels de santé sur la nécessité de déclarer les IEG. Ce n'est pas dans une volonté de sanction des hôpitaux publics, mais d'amélioration des conditions de sécurité. Les EIG sont ainsi à déclarer de manière dématérialisée via des plateformes numériques de déclarations, et des raccourcis numériques sont disponibles sur les plateformes numériques des établissements de santé ou les sites internet officiels des partenaires de santé. L'HAS récupère toutes les données anonymisées par les ARS de régions avant de produire un bilan annuel qui cible les points de travail. Cette transmission à une autre administration permet d'assurer que la déclaration n'est pas un outil de sanction, mais d'amélioration pour les Hôpitaux public et pour les conditions de travail des agents hospitaliers.

### *B : Une permission d'action autonome dans le cadre d'un contrôle*

L'ARS étant l'interlocuteur unique des hôpitaux public en matière de demande d'autorisation, l'hôpital public peut se faire force de proposition pour étudier ses demandes (1), cela permet notamment aux hôpitaux publics de laisser une part de leurs activités à la recherche et au développement (2).

#### **1 : L'hôpital force de proposition**

L'hôpital public est un lieu de rencontre de nombreux domaine d'activités et de professionnels de plusieurs horizons qui sont amenés à travailler ensemble. L'hôpital public

---

<sup>101</sup> Évènement Indésirable Grave

<sup>102</sup> Article R1413-67 du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016

devient progressivement un haut lieu de spécialisation<sup>103</sup>. La concentration de professionnels de santé dans un même endroit permet aux hôpitaux d'avoir un fort potentiel de proposition. La position de l'ARS en interlocuteur unique et de surcroît possède un lien étroit avec l'hôpital public augmente d'autant plus le pouvoir de proposition de l'hôpital. Les enveloppes prévues pour les budgets de la recherche, du développement, des innovations sont essentiellement accordées aux hôpitaux publics. L'AP-HP revendique ainsi accueillir plus de 8000 étudiants, dans plus de 6 sites et plus de 30 écoles, cette concentration des publics dans un même lieu permet de créer une culture de la recherche ou du moins de proposition à la recherche. A titre d'exemple en 2018, l'AP-HP promeut plus de 4000 projets de recherches en cours, plus de 8000 publications scientifiques, 650 portefeuilles de brevets actifs, et des progrès médicaux<sup>104</sup>. Toutes ces innovations place l'AP-HP comme l'un des plus grands noms de la proposition dans la recherche, et pourtant cette organisation est une institution publique. Cela montre que l'hôpital public est une source de progrès, toutefois tous les hôpitaux publics ne peuvent pas faire de recherche. Les moyens matériels comme les initiateurs et les patients volontaires sont présents dans l'hôpital, mais le manque de moyen financier contraint les établissements à ne pas développer de projets de recherches. Le budget alloué aux recherches est compris dans le budget global d'un hôpital public, cependant ce budget est fort rationalisé dans l'objectif d'éviter les dépenses non efficientes. Le budget rationalisé entraîne une éviction des financements de la recherche, développement et innovation par les établissements. Ces dépenses sont jugées par les directions d'administration comme essentielles et non nécessaires au fonctionnement effectif du service public hospitalier.

De plus, la recherche subit un double effet, qui est celui du budget, mais aussi du dévoiement des étudiants. Paradoxalement les étudiants sont de plus en plus nombreux dans les universités, mais de moins en moins se destinent aux recherches en tant qu'enseignants ou chercheurs<sup>105</sup>. C'est pourquoi l'enveloppe attribué dans les planifications de budget est réattribué par la suite à d'autres postes de dépenses déficitaires. Il est toutefois important de ne pas omettre la place de l'innovation et la recherche-développement à l'hôpital quand elle est présente et organisée.

---

<sup>103</sup> Revue des Actes de la recherche en sciences sociales, champ médical et processus de spécialisation, P. Pinell, n°156/157, 2005/1-2

<sup>104</sup> Consulté en ligne, [Recherche et innovation | APHP](#)

<sup>105</sup> Revue Actes de la recherche en sciences sociales, « la recherche universitaire à l'épreuve de la massification scolaire », S. FAURE et C. SOULIE, 2006/4, n°164, pp.61-74

## 2 : L'innovation et la recherche-développement à l'hôpital

Le centre hospitalier universitaire est un haut lieu de recherche et développement. Les CHU possèdent des laboratoires et des chercheurs, des médecins et des étudiants pour encourager la recherche auprès des futurs praticiens. Les CHU possèdent une forte appétence pour la recherche. Les structures privées ne bénéficient pas de financement comme les hôpitaux publics. En opposition aux enveloppes dédiées dans le budget des hôpitaux, les entreprises privées financent ou font financer leurs recherches, travaux, essais par des actionnaires privés. Il a souvent été reproché au secteur public et universitaire en général de délaissé la recherche. Aujourd'hui, le rayonnement que procure la recherche démontre que c'est un facteur essentiel de l'attraction d'un établissement public. En reprenant l'exemple de l'AP-HP, cet établissement met un fort accent sur la recherche, développement et innovation cela créer un réel rayonnement tant au niveau, français européen et mondial. En ce sens, le magazine américain *Newsweek* a fait un classement en 2020 des 50 meilleurs hôpitaux dans le monde et un établissement du groupe de l'AP-HP se trouve 12<sup>e</sup> de ce classement. Il s'agit de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, un autre hôpital français se trouve aussi dans ce classement il s'agit du groupe hospitalier Pellegrin de Bordeaux (hôpital du CHU de Bordeaux)<sup>106</sup>.

D'après le rapport du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation en 2020, les recherches dans le milieu médical sont pourtant ce qui représentant la plus grande part de la recherche en France et celle-ci est exercée dans les CHU et CHRU. En effet, les secteurs qui recrutent le plus de chercheurs et qui cherchent à recruter des étudiants pour les former et bénéficier de nouveaux profils pour l'innovation sont le domaine scientifique et médical<sup>107</sup>.

Les hôpitaux publics ne sont toutefois pas épargnés des mesures administratives, et doivent constituer des dossiers comme n'importe quel promoteur de recherche, développement ou d'innovation. En plus de ce contrôle administratif exercées par les autorités compétentes telles

---

<sup>106</sup> Consulté en ligne, [Classement 2020 des meilleurs hôpitaux : La Pitié Salpêtrière, le mieux classé en France - Sortiraparis.com](https://www.sortiraparis.com/actualites/le-classement-2020-des-meilleurs-hopitaux-la-pitie-salpetriere-le-mieux-classe-en-france)

<sup>107</sup> Rapport du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, sous la direction de L. MEURIC, l'état de l'emploi scientifique en France, 2020

que l'ANSM, la CNIL ou encore des validations par les CPP des projets des établissements, une information à l'ARS doit être fournie selon le sujet d'étude du protocole, voire même une autorisation. Les médecins ou jeunes chercheurs se retrouvent parfois dubitatifs face aux lourdeurs administratives pour créer un protocole de recherche non invasif ou qui ne nécessite pas d'intervention supplémentaire à celle déjà subie par le patient lors de sa prise en charge au sein de l'établissement<sup>108</sup>.

Les sujets de protocole qui portent sur les études de volontaires sains ou encore du reconditionnement des médicaments dans le cadre d'une étude sont soumis à une autorisation de l'ARS car cela relève de ses missions de surveillance.

## §2 : Une mission de surveillance dirigée par l'ARS

L'ARS possède donc une mission importante d'administration générale et de contrôle des établissements de santé. Ce contrôle s'exprime à travers la surveillance du budget sur les structures. La particularité du contrôle financier de l'ARS est qu'il s'exerce sur plusieurs niveaux, annuel et pluriannuel (A). A cela s'ajoute un contrôle des actions déclaratives avec l'obligation de remonter les événements particuliers (B).

### A : La surveillance du budget (annuel et pluriannuel)

La surveillance du budget des établissements publics s'effectue selon les budgets financiers de ceux-ci. Les budgets des hôpitaux publics sont établis non seulement sur une année, mais sur plusieurs années (1), et leur accès et justification est soumise à l'ARS (2).

---

<sup>108</sup> Entretien oral réalisé au sein du centre hospitalier d'Arras avec un médecin chercheur (chef de service) et une attachée de recherche clinique.

## 1 : Les schémas et plans de budget

Le dialogue ARS et CH est encore plus soutenu lorsqu'il est question des financements des établissements et notamment des centres hospitaliers<sup>109</sup>. Les budgets des établissements sont soumis à des mesures nationales. Dans un premier temps, sur une année N, la LFSS fixe l'ONDAM pour l'année N pendant l'année N-1. Dans les quinze jours qui suivent la publication de la LFSS, des arrêtés interministériels fixent les enveloppes de financements et les dotations. 30 jours après les directions générales des ARS disposent de quinze jours pour arrêter les dotations et les forfaits annuels.

Dans un second temps, les établissements de santé vont établir des schémas et des plans budgétaires annuel et pluriannuel. Ainsi pour expliciter l'organisation annuel, nous prendrons l'exemple de l'EPRD et pour l'organisation pluriannuel l'exemple du PGFP.

Le budget national est établi par la LFSS, par la suite l'ARS prépare un budget pour les établissements de santé. L'ARS contrôle aussi les EPRD théoriques et réels des établissements en procédant à des évaluations de ces derniers<sup>110</sup>.

L'EPRD est « un acte par lequel sont prévus et autorisés les recettes et dépenses annuelles des établissements publics de santé. Il détermine les recettes et les dépenses, dans le respect du projet d'établissement, en fonction notamment du contrat d'objectifs et de moyens et des prévisions d'activité, et en cohérence avec les ressources fixées par les autorités compétentes »<sup>111</sup>. L'ARS effectue une mission de contrôle et de surveillance des budgets en étant l'initiateur des sommes alloués au budget de fonctionnement des établissements, ainsi qu'en validant les budgets théoriques et en pratiquant un contrôle du budget réellement appliqué<sup>112</sup>. Chaque année les établissements produisent un EPRD qui sera soumis à la validation de l'ARS pour être exécuté et chaque fin d'année l'établissement envoie le document comptable avec les dépenses et recettes réels effectués par l'établissement sur l'année écoulée.

---

<sup>109</sup> Journal Finances Hospitalières, « Nouvelle réforme des modalités de financements ...et les GHT ? », G. de DARAN, éditorial-événement, mai 2018, n°124

<sup>110</sup> Article L1431-2 CSP

<sup>111</sup> Définition issue de l'intervention de Madame Souissi en conférence régulière au sein de l'université de Lille II, pour le master 2 droit et politiques de santé.

<sup>112</sup> Articles R6145-1 et suivants du CSP

Le contrôle budgétaire exercé par les ARS est strict et très codifié. En plus du contrôle annuel stricte les établissements de santé publique, inscrivent leur démarche budgétaire annuelle dans un PGFP.

Le PGFP est un plan de financement global pluriannuel. Depuis 2010, ce document financier prospectif effectué sur cinq années civiles est régulièrement révisé durant ces cinq années. Il est transmis pour approbation auprès de l'ARS en même temps que l'EPRD. Ainsi le contrôle du budget constitue l'une des missions les plus importantes dans le dialogue ARS et CH. C'est à travers ce fonctionnement annuel et pluriannuel que s'inscrit la rationalisation du budget des établissements de santé.

## 2 : L'accès et la justification des comptes

Les documents comptables exigés par les textes juridiques sont très réglementés et possèdent un calendrier de production afin d'aider les dirigeant des établissements à les formaliser. Ce formalisme permet aux institutions d'effectuer un contrôle *a priori* lors de l'étude à la soumission pour validation du document comme l'EPRD. Le formalisme s'est aussi adapté aux types d'établissements qui les remplissent, ainsi la nomenclature comptable pour les établissements sanitaire comme les centres hospitaliers est organisée sous la dénomination M21. Les établissements relevant du champ médico-social comme les EHPAD rédige des documents dont la dénomination est appelée M22. Un *contrôle a posteriori* est aussi effectuée dans une deuxième période comptable, lors de l'actualisation annuelle des comptes qui permet d'optimiser la pertinence des comptes pluriannuel. L'EPRD est soumis à évaluation de l'ARS après les décrets nationaux et la dotation par l'ARS.

Le calendrier de l'EPRD est précisé comme suit :

- Octobre à décembre N-1 : préparation EPRD et PGFP N
- Janvier N : examen EPRD et PGFP N
- Mars- avril N : actualisation des recettes et des dépenses
- Mai-juin N : décisions modificatives si besoin
- Octobre- décembre N : préparation EPRD et PGFP N+1<sup>113</sup>

Les comptes des établissements sont donc sous contenante surveillance de l'ARS<sup>114</sup> ; qui a pour mission de faire appliquer les objectifs du gouvernement dans le domaine de la santé, mais aussi de veiller à la

---

<sup>113</sup> Propos issus de l'intervention de Madame Souissi en conférence régulière au sein de l'université de Lille II, pour le Master 2 droit et politiques de santé

<sup>114</sup> Articles R6145-1 et suivants du CSP

rationalisation budgétaire des comptes. Cette surveillance financière découle des réformes impulsées par les ordonnances de 1996 dites « Juppé » et de la mise en pratique de la T2A et de l'ONDAM.

L'EPRD et le PGFP ne sont pas les seuls documents dont l'ARS a connaissance, le fonds de roulement, la capacité d'autofinancement, le bilan prévisionnel d'investissements et d'amortissements sont aussi transmis. Tous ses documents sont annexés à l'EPRD ou fourni en fin d'année civile aux ARS pour un contrôle de l'opportunité, de l'exactitude et de l'impact. Ils servent ainsi de justification aux comptes des établissements.

Le contrôle financier des ARS sur l'hôpital public est donc un axe majeur de la coopération entre les deux institutions, mais cette mission de surveillance ne s'exerce pas seulement au travers des contrôle budgétaire, la surveillance est aussi disciplinaire ce qui rend l'action de l'ARS envers les hôpitaux publics plus globale.

### *B : La surveillance des actions déclaratives*

La surveillance disciplinaire possède la particularité de ne pas nécessairement conduire à une sanction. La surveillance de l'ARS se définit comme la notification de certaines informations précises (1), sans entraîner de facto une sanction. Toutefois l'administration décentralisée doit avoir connaissances des volontés de l'hôpital publique pour les autoriser, sans quoi il n'est pas possible d'agir légalement (2).

#### **1 : La notification obligatoire à l'ARS de certains évènements**

L'ARS revêt plusieurs compétences d'autorité, et de contrôle pour les établissements de santé et ainsi de nombreuses informations doivent parvenir à l'ARS. Chaque information est associée à une obligation, ainsi les EIG doivent simplement être énoncée à l'ARS, c'est-à-dire qu'il suffit de les déclarer. Les ouvertures de service sont quant à elles des demandes obligatoires que l'ARS doit autoriser. Les comptes sont obligatoirement étudiés et seulement après validation (dans ce cas d'espèce après 30 jours de silence après réception de l'EPRD il est réputé accepté)<sup>115</sup>, ils peuvent être mis en oeuvre.

Dans un autre domaine l'ARS est aussi compétente, c'est celui des procédures de plaintes. En effet, l'ARS dispose sur son internet, d'une plateforme d'accueil pour déposer ses plaintes, réclamations, signalements, alertes ou encore déclarations. Dans cette compétence, l'ARS peut agir par l'intermédiaire de son directeur général. Si une plainte est déposée par un usager contre les agissements

---

<sup>115</sup> Consulté en ligne, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graveseigs#:~:text=Un%20évènement%20indésirable%20grave%20\(EIGS,ou%20une%20malformation%20congénitale%20\(art](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graveseigs#:~:text=Un%20évènement%20indésirable%20grave%20(EIGS,ou%20une%20malformation%20congénitale%20(art)

d'un praticien hospitalier par exemple, l'ARS peut en être informée et le directeur général de l'ARS (inscrit au tableau de l'ordre de la même région), décide d'initier la procédure disciplinaire devant le conseil de l'ordre.

Les usagers et les professionnels de santé peuvent partager leurs doléances auprès de l'ARS à travers cette plateforme de dépôt dématérialisée<sup>116</sup>. Cela permet une certaine confidentialité et l'absence de pression que pourraient ressentir les usagers ou les professionnels à s'exprimer devant les instances.

Ainsi l'ARS dispose d'informations supplémentaires et hors du cadre institutionnel pour dialoguer avec les hôpitaux publics. Un dysfonctionnement majeur, peut par exemple être remonté auprès de l'ARS par la multitude de plaintes déposées à l'encontre d'un établissement ou d'une de ces pratiques. A la connaissance de cet acte récurrent et anxiogène, l'ARS peut intervenir afin d'aider la structure dans sa gestion ou dans ses moyens pour que l'action préjudiciable cesse.

C'est le même principe que les EIG, le but des EIG n'est pas de condamner les établissements dans leur pratique. Les EIG servent à comprendre ce qui s'est passé pour que les actions ne se reproduisent pas. Il convient de préciser que toutes les actions qui sont présentées dans les EIG ne sont pas des fautes de service. L'hôpital est responsable des fautes de ses agents (à l'exclusion des médecins) lorsqu'ils commettent une faute dans l'exercice de leur fonction, de leur service. Toutefois, il n'est pas envisageable d'encadrer toutes les actions des agents. Les EIG peuvent aussi être le fait d'une action inconvenante de la part d'un usager envers un personnel de soins, un personnel hospitalier pourra déposer plainte en cas d'atteinte à sa personnalité.

## 2 : Les engagements pratiques dans les établissements de santé

La relation entre les CH et l'ARS est très variée bien que central dans le fonctionnement des deux structures. Il existe un contrôle financier, des actions à déclaration, des mesures gouvernementales à appliquer après la traduction objective des recommandations par l'ARS.

L'ARS établit des axes prioritaires qu'elle met en avant afin de favoriser l'action dans ce domaine. Ainsi l'ARS des Haut-de-France met à l'honneur la santé mentale, en ce sens de nombreux projets sont portés par l'ARS et chaque établissement peut répondre à cet appel. Le formalisme n'est pas abandonné pour ces appels à répondre à des projets portés par l'ARS. Cependant les établissements peuvent être accompagnés par le chargé de mission du pôle de proximité pour répondre aux appels s'ils en font la demande. Cet accompagnement permet aux hôpitaux publics volontaires de répondre à l'appel à projet et d'avoir une sérieuse possibilité d'être sélectionné. Les projets de l'ARS sont intéressants pour les

---

<sup>116</sup> Site ARS Ile-de-France, rubrique alerter, signaler et déclarer, consulté en ligne, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/alerter-signaler-declarer-5>

établissements car d'une part ils peuvent être financés par l'agence régionale de santé, et d'autre part il concède une forte visibilité de l'établissement dans le domaine du projet.

Les appels à projet de l'ARS mettent donc en avant un élément de santé dans le cadre du PMP, pour l'année 2021 chaque région développe ses propres appels à projet. La région Haut-de-France par exemple met à l'honneur la santé mentale et la prise en charge des personnes âgées en structure médico-social (le plus souvent en EHPAD). Ainsi en 2021, trois appels à projets concernent la santé mentale comme la pédopsychiatrie qui possède des fonds propres d'aides. Les FIOP<sup>117</sup> qui financent les projets innovants dans le domaine de la psychiatrie infantiles. Aussi cinq projets portent sur une action au sein des EHPAD. Les sujets que peut financer l'ARS sont variés et en lien avec projet médical décidé pour cinq ans<sup>118</sup>.

L'ARS a donc une large marge de manœuvre dans ses actions, toutefois son fonctionnement est organisé de manière relativement stricte. Sa mission de contrôle global des structures sanitaires et médico-sociale entraîne une grande responsabilité pour être le relai officiel du gouvernement dans l'application de la politique de santé. L'ARS dans un circuit parallèle, est le seul interlocuteur des établissements et doit donc les accompagner régulièrement dans leurs démarches (du fait des appels à projet ou les autorisations d'activités). Ces missions confiées aux ARS doivent répondre aux enjeux de santé publique que rencontre la population française dans sa vie quotidienne sur un court, moyen et long terme.

## Chapitre 2 : Les missions et réponses aux enjeux de santé publique de l'hôpital public

L'hôpital public après l'accord de l'ARS possède aussi ses propres missions qui relèvent de son attribution de service public. Le service public de l'hôpital est notamment centré sur la prise en charge des soins (section 1). Afin de remplir cette mission de prise en charge des soins, l'hôpital public est incombé de la formation de ses personnels et de la prise en charge des usagers (section 2).

---

<sup>117</sup> Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie

<sup>118</sup> Site internet ARS Haut-de-France, « appel à projet »

## Section 1 : La logique de service public dans la prise en charge des soins

La logique première du service public de l'hôpital est donner accès aux soins à tous (§1), tous les usagers sans discrimination. Cela passe inévitablement par la conception et la mise en place des soins au sein de l'hôpital public (§2).

### §1 : L'accès aux soins pour tous

L'accès aux soins pour tous invite à se questionner sur les conditions d'accueil et donc d'entrée à l'hôpital pour les usagers (A), pour ce faire l'hôpital effectue une forte prévention auprès des usagers. L'hôpital public touche un large public et la prévention peut donc s'avérer nécessaire à organiser en ce lieu (B).

### A : Un accueil sans conditions de tous les usagers

L'accueil des usagers s'organise au travers de l'entrée à l'hôpital (1). La configuration des hôpitaux publics permet de concentrer la plupart des services en un seul et unique lieu (2). Cette concentration est un atout et les usagers identifient l'hôpital comme un lieu de soins où presque toutes les spécialités se retrouvent.

### 1 : L'entrée à l'hôpital, la porte d'entrée sur la santé

L'une des grandes obligations du service public de la santé représenté par l'hôpital public est d'accueillir toute personne dans le besoin. Il n'y a aucun critère d'entrée à l'hôpital public, tout le monde a le droit à la santé. Cette politique d'accueil sans condition découle de la deuxième guerre mondiale, la France fait le choix de communautariser les hôpitaux publics afin que tous ses citoyens puissent avoir accès à la santé. C'est un enjeu de santé public, après les nombreux problèmes sanitaires qui apparaissent post conflit. En effet, à la fin du deuxième conflit mondial, la France connaît une hausse du nombre de cas de Typhus, Tuberculose ou encore de Diphtérie. Cette situation sanitaire catastrophique entraîne le ministère de la santé publique à prendre des mesures de grande ampleur et donc de donner l'occasion à toute la population de se faire soigner, ou ausculter pour ne pas engendrer une propagation des cas de

maladies contagieuses<sup>119</sup>. Depuis cette époque la France a conservé la place de l'hôpital public comme haut lieu de la santé pour tous. L'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'Homme dispose « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale* »<sup>120</sup>. L'hôpital public permet ainsi à de nombreuses personnes de se soigner sans conditions de nationalité ou de ressources, c'est un acquis social propre à la France. À ce jour, l'entrée à l'hôpital et l'accès à la santé est fortement exercée par la prise en charge aux urgences. L'hôpital public accueille toutes les personnes, et notamment les personnes exclues du système de santé comme les personnes couvertes par la protection universelle de santé (que de nombreux praticiens refusent de prendre en charge), les personnes sans domicile fixe ou encore les plus précaire. L'hôpital possède la capacité d'accueil non seulement en cas d'urgence mais aussi pour les hospitalisations dans un seul et même endroit.

## 2 : L'accessibilité aux soins dans un seul milieu

Un Hôpital public possède plusieurs services ce qui lui permet de pouvoir accueillir les populations et de soigner des pathologies diverses. Cette multiplicité de prises en charge est appelée MCO : médecine, chirurgie et obstétrique. L'hôpital offre des services de consultations générales et spécialisée, qui sont remboursés. Les praticiens ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires ce qui permet à une tranche de la population précaire de ne pas avancer les frais, et de ne pas avoir de reste à charge. En ce sens, la santé est un droit et non un luxe. Cette politique sociale encouragée par la France est unique. Ainsi le centre hospitalier d'Arras possède par exemple, une offre de soins diversifiée qui comprend un pôle mère-enfant, un pôle psychiatrie, un pôle gériatrique, de réanimation, des troubles alimentaires, de chirurgie,

---

<sup>119</sup> Vidéo reportage INA datant 1945 sur la situation sanitaire française post deuxième guerre mondiale, diffusée par Lumni

<sup>120</sup> Déclaration universelle des droits de l'Homme adoptée à Paris en 1948, la France ratifiée le texte.

d'urgence avec un SMUR, ou encore de recherches cliniques. Cette offre multiple place l'hôpital comme service de soins centrale.

De nombreux CH, CHU et CHRU proposent des services divers ce qui permet aux populations d'identifier un unique lieu comme lieu de santé. Il est possible de se rendre à l'hôpital public pour une consultation, un suivi médical, une opération, un accouchement, une prise en charge urgente.

Le maillage territorial de la France métropolitaine tente de proposer une offre de santé complète à proximité des habitants. Toutefois, cet aspect possède des limites qui sont liées à l'accessibilité aux structures, au manque de praticiens, ou aux coûts que représentent un hôpital pour un petit foyer d'habitant. Ces différentes limites entraînent un manque de praticien et à long terme un désert médical. Un désert médical se définit selon le ministère des solidarités et de la santé comme l'accessibilité à une consultation inférieure à 2,5 par an et par habitant. 8% de la population française est concernée en 2017<sup>121</sup>. Dans cette situation, l'hôpital public reste le seul accès à la santé pour ces habitants. C'est donc l'établissement public de santé que la population vient chercher toutes les offres de santé, comme les soins, le suivi médical ou encore la prévention et l'éducation thérapeutique. L'hôpital public devient la seule offre de santé disponible sur le territoire pour toute une partie de la population française qu'elle soit rurale ou urbaine.

### *B : L'hôpital haut lieu de prévention*

L'hôpital public concentre de nombreux services, avec des médecins spécialisés. Ces médecins n'ont pas uniquement une formation de soins, et de nombreux usagers ont un suivi régulier à l'hôpital. Le suivi régulier en plus de la faculté de soins, permet l'organisation de la prévention pour éviter la survenue des pathologies et informer avant qu'une prise en charge soit nécessaire (1). C'est notamment au travers de l'éducation thérapeutique d'une relation intégrant le patient à son suivi et ses soins peut se mettre en place (2).

---

<sup>121</sup> Dossier DREES, déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, N. VERGIER et H. CHAPUT, paru le 11 mai 2017, n°17

## 1 : L'hôpital vecteur de prévention

L'important nombre de passage dans les hôpitaux public et le fort taux d'hospitalisation permet à l'hôpital comme institution de la santé de véhiculer des messages et notamment de prévention. La prévention médicale se définit comme l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme<sup>122</sup>. Ainsi pour prévenir ou dispenser des consultations de prévention l'hôpital public se retrouve être un haut lieu. L'ARS possède d'ailleurs une direction dédiée à la prévention dans ses missions. Ces missions de prévention sont coordonnées par l'ARS à l'aide des actions mise en œuvre par les hôpitaux.

Le suivi de maladie chronique ou des affections longue durée (ALD) est majoritairement exercé en hôpital publique ou en soins mixte entre les soins de ville et les soins hospitaliers. La prise en charge des dialyses ou encore des chimiothérapies par exemple. Ces deux traitements sont principalement prises en charge dans les hôpitaux publics<sup>123</sup>. Cela engendre des créations de service dans les hôpitaux de néphrologie<sup>124</sup> (pour les pathologies rénale) ou d'oncologie.

Cependant, l'hôpital peut agir avant la déclaration des maladies lourdes qui sont coûteuses en traitement et en temps, énergie pour les patients avec la prévention. Depuis 2006 les SROS intègre complètement les pathologies rénales dans leur schéma de prévention et d'actions concrète. La ligue contre le cancer et l'assurance maladie diffuse des campagnes de dépistage du cancer du sein. Toutes ces actions de prévention sont diffusées dans les médias auprès d'une grande partie de la population, mais aussi rappelé individuellement par les médecins hospitaliers lors de consultations ou de rendez-vous médicaux de leurs patients.

La prévention permet d'éviter certaines pathologies comme le diabète ou le cholestérol, ou encore de diminuer les effets d'une pathologie afin de la rendre moins invasive voire de guérir. La prise en charge d'une pathologie ne peut s'effectuer seule par le soin, il est donc indispensable pour les soignants et les patients de participer pleinement au diagnostic et aux

---

<sup>122</sup> Définition issue du dictionnaire Larousse 2021

<sup>123</sup> Rapport de l'HAS sur les résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prise en charge des patients hémodialysés chroniques, Campagne 2017- Données 2017

<sup>124</sup> Guide pratique de l'aide au fonctionnement d'une structure de dialyse, sous la direction de la Ministre de la Santé et des Sports Roselyne Bachelot- Narquin, B. LANTZ, publié en 2010

soins, à travers la prévention, les soins, les alternatives aux soins ou encore l'éducation thérapeutique.

## 2 : L'initiation à l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est définie par l'HAS comme les moyens aidant les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. C'est un processus continu qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient<sup>125</sup>. Dans la même pratique que la prévention l'ARS et l'hôpital agissent de manière commune dans la mise en place effective de ces pratiques. En effet, l'ARS prévoit des schémas de mise en application et en pratique de la prévention et de l'éducation thérapeutique<sup>126</sup>. L'éducation thérapeutique est instituée dans la relation médecin, hôpital et le patient. Le patient devient acteur de sa prise en charge médicale, il est responsabilisé et associé. L'Éducation thérapeutique du patient ne s'exerce pas uniquement pour les maladies chronique et chaque patient en fonction de sa pathologie peut et doit être intégré à sa prise en charge de santé. Ainsi les personnes âgées lors de leur prise en charge pour des troubles liés à la dépendance, les patients souffrant de maladies chroniques dans leur prise en charge quotidienne, les patients atteints de pathologie lourdes dans leur rétablissement, qu'il soit mineur, majeur ou sous protection judiciaire.

Un exemple concret serait lors de la prise en charge de patient asthmatique ou diabétique, lors de la prise en charge par un praticien, s'installe un dialogue et une confiance. Lorsque la prise en charge dans le soin est stabilisée et que le médecin ou l'équipe soignante a instauré un dialogue et une situation de confiance, il est possible d'intégrer le patient dans sa prise en charge de soins. Le patient suivi pour une pathologie diabétique pourra ainsi après avoir été formé et encadré par le personnel de soins effectuer un suivi quotidien seul, tout en restant accompagné des équipes soignantes dans un suivi global. Il pourra ainsi effectuer les mesures de sa glycémie seul avec un glucomètre plusieurs fois par jour sans l'intervention de professionnels de santé et faire un compte rendu aux équipes après quelques jours ou encore faire appel au médecin en cas d'urgence ou de difficultés.

---

<sup>125</sup> Article de la HAS, Recommandation sur l'Éducation thérapeutique du patient ou ETP, mise en ligne le 19 juin 2014

<sup>126</sup> Site de l'ARS Haut-de-France sur la mise en place de l'éducation thérapeutique, consulté en ligne, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/leducation-therapeutique-du-patient-1>

Cette pratique encouragée par l'ARS est aussi soutenue financièrement et logistiquement avec une intégration dans les pratiques courantes de dialogue entre les deux instances. Cette pratique de l'éducation thérapeutique pose la question plus générale de la conception et de la mise en place des soins à l'hôpital.

## §2 : La conception et la mise en place des soins à l'hôpital

L'hôpital public est conçu de sorte que les soins et la prise en charge des patients soient assurée en continue soit 24/24h (A). La possibilité de se faire soigner ou accueillir en toute circonstance impose à l'hôpital la présence de personnels qui sont pleinement à sa charge (B).

### A : Un service assurant la continuité des soins 24h/24

L'hôpital public n'assure pas le même service et le même personnel selon le jour ou la nuit. Ainsi on peut observer une dichotomie entre l'hôpital qui accueille en journée (1), et l'hôpital qui accueille de nuit (2).

#### 1 : L'hôpital de jour

Les centres hospitaliers concentrent de nombreux emplois, ce qui fait des structures hospitalières des bassins d'emplois de toutes catégories et tant du milieu administratif, paramédicale, et médical. L'hôpital peut se scinder en deux situations, que l'on nommera hôpital de jour et hôpital de nuit. En effet, le fonctionnement d'un hôpital public n'est pas similaire que l'on soit en horaire de jour ou de nuit. Communément le code du travail définit les horaires de jour dans l'intervalle de 6 ou 7 heure du matin à 21 heure<sup>127</sup>. L'hôpital de jour est un centre d'accueil pour la population ; qui peut s'y rendre en cas d'urgence, d'hospitalisation, de consultations, de suivi, ou encore de visites d'un proche qui se trouve à l'hôpital. Il y a donc une importante concentration de population. Le service public de la santé,

---

<sup>127</sup> Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

possède l'obligation d'accueillir n'importe quelle personne en cas de besoins de soins, mais peut limiter l'affluence lorsqu'il s'agit des visites, par exemple l'hôpital de Poissy Saint-Germain-en-Laye dans les Yvelines, limite les visites dans le service de maternité pour des questions de sécurité. Seuls les parents proches et les frères et sœurs du nourrisson né sont autorisés à entrer dans le service. Il existe une limite du nombre de personne dans la chambre de la mère. Tous les hôpitaux disposent d'horaire de visite et d'un nombre limité de personnes afin de ne pas perturber le fonctionnement du service et la tranquillité des autres patients qui sont présents dans le service. Il est toutefois difficile d'organiser et de limiter l'accès aux proches des patients hospitalisés pour les hôpitaux publics qui ont une fonction d'accueil de la population.

Dans un autre registre les consultations, les suivis de soins comme la chimiothérapie, les examens s'organisent uniquement de jour. L'activité de jour est bien plus intense et le personnel présent est plus important en nombre le jour, mais pour autant ne s'arrête pas en horaire de nuit. L'hôpital de nuit ne possède pas le même fonctionnement pour des raisons d'organisation du personnel et de « vie normale » de l'être humain.

## 2 : L'hôpital de nuit

L'hôpital public est un service qui fonctionne en continue et la santé ne se contrôlant pas, il est soumis à d'autres facteurs. En effet, la continuité du service public de la santé est assurée par les hôpitaux publics. Les services des urgences ne ferment pas en horaires de nuit qui sont étendus de 21 heure à 6 ou 7 heures du matin. Il y a de ce fait, un personnel de nuit qui assure la continuité des soins et l'arrivée aux urgences. Les entrées en hospitalisations de nuit ne sont pas « normales », mais restent possibles c'est pourquoi un service minimum est accessible pour les patients. Les personnels de nuit et de jour concèdent que l'hôpital de jour et de nuit n'est pas le même<sup>128</sup>. Le personnel de nuit n'accueille pas la même population, en effet il n'y pas de consultation programmée ou de soins programmé de nuit. Un médecin assure une garde en cas d'urgence pour les services, mais n'est pas toujours présent. Le médecin est joignable pendant sa garde, mais les soins et le suivi sont assurés par les infirmières et les aides-

---

<sup>128</sup> Témoignages des élèves IFSI de Meulan-les-Mureaux après plusieurs stages dans différents services lors de leurs études

soignantes. Le relai d'informations passe uniquement par ces personnels qui sont présents physiquement la nuit. Le fonctionnement des urgences est différent. Les urgences sont en personnels réduit la nuit, mais un médecin est présent pour assurer les visites d'entrée.

Les urgences de nuit accueillent les populations qui ne sont pas acceptés dans les autres structures car elles assurent une mission de service public général. Ainsi le nombre de personnes sans-abris et de personnes souffrant d'addiction sévère constitue une population récurrente de l'hôpital de nuit que le personnel doit savoir accueillir.

L'hôpital de nuit assure donc un service minimum avec moins de personnel, il n'y a parfois qu'une infirmière diplômée d'État et une aide-soignante pour tout un service de 48 personnes<sup>129</sup>. Ce fonctionnement peut selon le cas d'espèce créer une défaillance de la continuité de soins et engendrer la mort de certains patients. Les cas de décès de patients âgés qui n'ont pas été pris en charge lors de leur entrée aux urgences faute de personnel est récurrent<sup>130</sup>. La gestion de l'hôpital de jour comme de nuit découle de la mission de service public de santé imposé aux hôpitaux publics, et est soumis à la position managériale de chaque établissement.

### *B : La gestion managériale des différents personnels*

La question de la gestion managériale à l'hôpital est complexe et récurrente. Depuis quelques années la question est devenue centrale surtout depuis l'application de la théorie du « new public management » (1). Cette théorie tente de répondre à la problématique de l'absentéisme à l'hôpital (2).

#### **1 : Le new public management**

Le New Public Management est une théorie anglo-saxonne née dans les années 1980. Cette théorie consiste à importer des pratiques du secteur privé dans les structures bureaucratiques du secteur public. Cela permettra d'assurer une efficacité et une efficacité du service public face aux demandes

---

<sup>129</sup> Témoignage d'une infirmière de nuit au sein de la clinique Aloïs Corbaz à Arras

<sup>130</sup> Article SFMU, fin de vie aux urgences, M. PRÉAU et O. PAPIN-COUTURIER, urgence 2008, chap. 102

des citoyens<sup>131</sup>. Cette théorie se fonde sur la déconcentration des services publics et la création d'administration autonomes, le plus souvent appelées agences. Les agences créées bénéficie d'une grande autonomie ; elles ont leur propre personnalité juridique, dispose d'un domaine de compétences propres, et jouissent d'une indépendance opérationnelle<sup>132</sup>. L'ARS répond donc au critère du new public management. Dans la pratique cette théorie ambitieuses lancée par des réformes successives en France, entre 2007 et 2011. La première introduction du New Public Management est amorcée en France en 2007 avec la révision générale des politiques publiques, mené par Nicolas Sarkozy<sup>133</sup> lors de son mandat présidentiel. Et une nouvelle fois en 2011 avec le programme de modernisation de l'action publique<sup>134</sup>. Ces pratiques importées du secteur privé se sont progressivement incorporées dans les pratiques de l'administration publique et les trois corps de la fonction publique sont concernés. La fonction publique d'État, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière sont désormais acteurs de la doctrine du New Public Management.

Cette importation d'une logique privée dans la fonction publique hospitalière est mal perçue par le personnel car ils n'obéissent pas à une logique de rendement, mais à une logique d'accueil et de qualité des soins<sup>135</sup>. Les conditions de travail des agents se dégradent et engendrent une souffrance au travail qui est régulièrement exprimée par les personnels soignants<sup>136</sup> des hôpitaux publics. 64,29% des agents disent avoir été victime d'agression verbale de la part d'un patient<sup>137</sup>, ces conditions d'exercice conduisent à un absentéisme encore plus fort et des mouvements sociaux de ces personnels soignant de plus en plus récurrent.

Après la mise en place de cette nouvelle politique de management adapté aux spécificités de chaque fonction publique, des effets différents apparaissent. La fonction publique hospitalière est déjà enclin à un fort absentéisme, les effets de cette nouvelle politique de gestion augmentent le nombre de personnel

---

<sup>131</sup> Revue reflets et perspectives de la vie économique ; B. VAN HAEPEREN, Que sont devenus les principes du New Public Management ? Le cas de l'administration régionale Wallonne, 2012/2 tome L1, pp.83-99

<sup>132</sup> Op.cit

<sup>133</sup> Réforme centrale du fonctionnement de l'État, impulsée sous le mandat présidentiel de N. SARKOZY de 2007 à 2012

<sup>134</sup> Réforme centrale du fonctionnement de l'État, impulsée sous le mandat présidentiel de Monsieur F. HOLLANDE de 2012 à 2017

<sup>135</sup> Revue @GRH, Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique, M-C. MIREMONT, M. VALAX, 2015/2, n°15, pp.15-35

<sup>136</sup> Article de M. BESSIERE, les effets du new public management dans le secteur public en France, 19 juillet 2019 et mis à jour le 22 juillet 2019, hébergé sur le site village justice

<sup>137</sup> Revue @GRH, Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique, M-C. MIREMONT, M. VALAX, 2015/2, n°15, pp.15-35

touchés par les arrêts maladies et congé maladies. Ainsi 40% des aides-soignants, 33% des infirmiers et 10% des médecins cumulent des arrêts maladies de plus de 30 jours sur une année civile<sup>138</sup>.

## 2 : L'absentéisme à l'hôpital

L'absentéisme à l'hôpital est un débat public récurrent. En effet, sur les trois fonctions publique la fonction publique hospitalière est celle qui comptabilise le plus fort taux d'absence. De nombreuses études se sont concentrées sur les raisons de ce taux. L'une des raisons les plus probantes serait les conditions de travail et de gestion de ces établissements publics<sup>139</sup>. L'absentéisme à l'hôpital possède une dichotomie importante entre les arrêts volontaires et involontaires. Les arrêts volontaires sont les arrêts d'opportunité c'est-à-dire que le coût de contrainte de la tâche effectuée est supérieur à ce qu'il rapporte donc l'agent préfère se mettre un congé maladie que d'effectuer son activité. Les arrêts involontaires sont *a contrario* les arrêts qui empêchent l'agent de travailler, ce n'est pas un rapport coût/avantage opéré, mais réellement une impossibilité extérieure qui l'empêche de venir travailler comme une maladie telle que la grippe ou un enfant malade. Les effets de ces arrêts volontaires sont néfastes pour le service car il impacte directement les agents restés dans le service qui doivent effectuer le travail de la personne absente. Ces arrêts intempestifs pour des questions de coût financier pour l'hôpital n'entraînent pas de remplacement.

Les arrêts volontaires, ainsi que les conditions de travail rudes<sup>140</sup> et les indemnités financières qui ne sont pas assez élevées (selon les personnels) engendrent une désaffection pour ces métiers et une augmentation des arrêts longues maladie ou des pathologies chroniques telles que la dépression chez les soignants. Les arrêts maladies deviennent pour certains agents un moyen de protester contre des mesures car ils n'ont pas la sensation d'être soutenus ou compris dans leur tâche professionnelle.

Les conditions de travail des agents hospitaliers sont considérées comme « dures » car elles impliquent une grande amplitude horaire (des journées de travail de 12 heures), des efforts physiques répétés (porter les patients ou les matériels), les altercations répétées avec les usagers, les contraintes de temps pour chaque action etc<sup>141</sup>. Ces conditions de travail sont le facteur le plus important de l'absentéisme à

---

<sup>138</sup> La documentation française, Quel Avenir pour la fonction publique ?, Chapitre 4 la condition changeante des fonctionnaires, L. ROUBAN, p.114

<sup>139</sup> Revue Française d'économie, les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ?, C. POLLAK et L. RICOCH, 2016/4 vol 31, pp.181-220

<sup>140</sup> Rapport annuel de la DGAFP de 2015

<sup>141</sup> Revue Française d'économie, les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ?, C. POLLAK et L. RICOCH, 2016/4 vol 31, pp.181-220

l'hôpital, cela créer une situation de stress et d'épuisement telle des soignants qu'ils ne souhaitent plus exercer un métier qu'ils ont choisi.

Afin d'endiguer durablement l'absentéisme à l'hôpital et ainsi améliorer une partie des conditions de travail des agents, de créer de l'attraction autour des métiers de l'hôpital et d'augmenter l'efficacité de la prise en charge des usagers, les pouvoirs publics se sont intéressés à la formation de ces personnels de soins.

## **Section 2 : La formation des personnels de soins dans l'accompagnement des usagers**

La formation des personnels hospitaliers est organisée par les structures publiques et alternée de stages (§1), ce qui permet d'orienter les formations en fonction des besoins des hôpitaux (§1). Toutefois, les formations des personnels sont très encadrées comme dans les IFSI ou les facultés de médecine (§2).

### §1 : La formation des personnels hospitaliers

La formation des personnels hospitaliers se décomposent en deux secteurs : les personnels non médicaux (A) et médicaux (B).

#### A : La formation des personnels non médicaux

La formation des personnels non médicaux, mais travaillant dans les services hospitaliers est largement représenté par la corporation des infirmières, formés dans les IFSI (1). Cette formation reste néanmoins sous la prédominance d'une gestion administrative (2).

### 1 : La compétence des IFSI

La formation des futurs praticiens de la santé est fondamentale pour assurer une bonne prise en charge des usagers et être sûr que cette profession est faite pour eux. L'exercice professionnel d'un métier de santé est coordonné avec le savoir-être et le savoir-faire de chaque personne. La formation des professionnels comprend une partie pratique qui s'exerce dans les services de soins et une partie technique qui est enseignée dans les écoles. En effet, les formations de soins sont exclusivement dispensées par des écoles agréées par l'État. Les IFSI ou

les universités de médecines sont du ressort de l'école publique et elles sont sous une triple tutelle : les hôpitaux, les ARS, et de l'État. Les IFSI sont rattachées à des hôpitaux publics et dépendent directement du ministère des solidarités et de de la santé. Les écoles sont donc agréées par l'État et les programmes enseignés sont réglementés, le nombre d'entrées dans ces écoles est fixé par un arrêté ministériel. L'ARS est présente dans les comités de mise en place des programmes des IFSI afin d'assurer sa connaissance sur le fonctionnement de l'établissement de sa volonté quant à la formation des élèves<sup>142</sup>.

Il existe un clivage important dans l'univers de la santé qui est la distinction entre les personnels médicaux et non médicaux.

En 2019, dans le cadre du plan « ma santé 2022 », une réforme des IFSI est des universités de médecines est entreprise afin de mieux former ces professionnels à leurs futures activités. La formation est un enjeu pour un exercice durable de ces soignants, et une meilleure intégration dans la vie professionnelle. Le concours d'entrée IFSI, donc en école de soins infirmiers n'est plus subordonné à la réussite de ce dernier. Ainsi, une sélection sur dossier sera effectuée à la suite de vœux établis sur une plateforme des souhaits post-baccalauréat (Parcoursup). Ce changement est censé susciter plus de vocation pour cette branche chez les jeunes et ne pas conduire à un dévoiement de la profession accessible uniquement par concours.

A ce jour, il existe la voie d'entrée sur Parcoursup et une voie spécifique pour les professionnels de santé exerçant leurs conditions comme les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture<sup>143</sup>. De plus, les élèves des IFSI seront associés et reconnus à l'université avec l'obtention d'un diplôme d'État de niveau licence. Cette reconnaissance est importante pour la profession et constitue un élément de motivation pour les futurs praticiens. La formation est indissociable de la pratique du métier, c'est pourquoi il est important de l'actualiser régulièrement et d'avoir une formation pratique pour former de bons futurs praticiens.

Les étudiants en médecine connaissent une réforme similaire de leur formation afin de créer une synergie.

---

<sup>142</sup> Propos recueillis lors d'un entretien réalisé avec une cadre formatrice dans un IFSI

<sup>143</sup> Dossier presse, étudiants en soins infirmiers, un pas décisif vers l'université, ministère des solidarités et de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 5 juillet 2018

## 2 : L'appétence hospitalière pour une gestion administrative

La formation des personnels soignants est un élément important du fonctionnement pratique de l'organisation des soins pour les usagers, mais l'hôpital public fait preuve d'une gestion administrative. En effet, de nombreuses actions sont soumises à l'accord ou l'information de l'ARS. Ce processus s'inscrit dans une gestion déconcentrée et l'application du New Public Management pour améliorer l'efficacité du système de soins français.

Les personnels soignants sont donc sans cesse sollicités afin de pratiquer de plus en plus de tâches dites administratives. Les médecins, les infirmières, les aides-soignantes possèdent dans leur journée de travail une partie de plus en plus importante pour la « paperasse »<sup>144</sup>. Cette tâche administrative est diverse et comporte tant l'inscription sur le dossier médical du patient que le dossier interne, les commandes pour les services, les plannings pour les responsables, les doléances des équipes, les rapports d'incidence, ou de situation ou encore les feuilles d'évènement grave. Toutes ces tâches sont à coordonner avec une pratique du soin. Les demandes ou les actions sont à consigner par écrit et obéissent à un formalisme précis que les soignants doivent respecter<sup>145</sup>. A titre d'exemple, lors de la fugue d'un patient d'un service c'est l'infirmière ou l'aide-soignante qui prend en charge la portée administrative. Cela signifie que l'appel auprès des forces de l'ordre compétente pour le signalement, les recherches aux abords de l'établissement, prévenir le poste de sécurité, l'administrateur de garde et remplir le dossier du patient, la feuille d'incident et la note d'information auprès du patient sont à la charge du personnel présent.

Les médecins ont lourdement insisté sur la portée administrative qui leur est imposée alors que leur fonction première est de soigner<sup>146</sup>. Des tribunes ont notamment été signées par les professionnels pour signifier que leur métier est de soigner et non de remplir des documents. Les professionnels énoncent avoir moins de temps pour les patients car les pratiques administratives sont imposées par la loi et les établissements de santé. Avec ce constat, la réforme de la santé « ma santé 2022 » organisée sous le quinquennat du président Emmanuel

---

<sup>144</sup> Les infirmières face à la charge administrative, Izyfact, 21 décembre 2018

<sup>145</sup> Le figaro santé, Hôpital : les soignants réclament du temps pour s'occuper des malades, A-L. Lebrun, 18 juin 2018

<sup>146</sup> Tribune de Genève, Comment délivrer le médecin de la paperasse ? L'administration accapare les soignants. Comment les rapprocher du cœur de leur métier ? S. DAVARIS, 02 février 2018

Macron, prévoit de former des assistants médicaux pour exercer ces tâches administratives, et libérer du temps pour les personnels médicaux afin qu'ils passent plus de temps pour la pratique des soins.

### *B : La formation des personnels médicaux*

La formation des médecins est strictement opérée par les universités de médecine, elles sont d'ailleurs les seules structures habilitées à former les futurs praticiens. Le cursus des futurs médecins est donc un sujet sensible (1), qui nécessite une coordination poussée entre les hôpitaux et les facultés de médecine (2).

#### 1 : Le cursus de formation des médecins

Sous l'impulsion du plan « ma santé 2022 », la formation des futurs médecins est revue. En effet le numérus clausus est supprimé dès la rentrée scolaire 2020, afin de permettre la diversité des carrières pour les futurs praticiens. Les étudiants en médecine connaissaient en effet un concours de fin d'étude appelé la PACES, et un classement « le numérus clausus » qui conditionnait le passage à la deuxième année des études de médecine. Ce concours réputé pour être sélectif opère une sélection drastique. Face au manque de médecins, le numérus clausus est supprimé et les études de médecine reformées pour permettre aux étudiants, futurs médecins de faire plus de stages notamment dans les spécialités afin de pouvoir choisir leur spécialité en connaissance des pratiques lors de leur 6<sup>e</sup> année<sup>147</sup>. Cette réforme mise en place par le gouvernement du président de la République Emmanuel Macron en 2019, est codifiée dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>148</sup>.

Les médecins sont considérés comme des personnels médicaux, alors que les infirmiers sont quant à eux associés au personnel non médical. Cette différence est importante car les corps n'obéissent pas aux mêmes règles. Le personnel non médical représente la fonction publique hospitalière, ils sont comme des salariés de l'institution « hôpital », alors que le personnel médical possède une certaine indépendance, il est responsable de ses actes et non

---

<sup>147</sup> Dossier presse, pour les étudiants et leurs futurs patients, des études médicales renouées, ministère des solidarités et de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 5 juillet 2018.

<sup>148</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

l'établissement. Les personnels médicaux sont regroupés dans une liste codifiée dans le code de la santé publique<sup>149</sup>. La réforme des formations des personnels médicaux et paramédicaux est fondamentale pour assurer une bonne pratique des futurs professionnels. Les personnels paramédicaux et médicaux sont amenés à travailler étroitement dans leur exercice professionnel c'est pourquoi, leurs études sont mutualisées. Ainsi les élèves de l'IFSI ont une partie de leur cours en commun à l'université. Il est important que ces praticiens de la santé travaillent ensemble dès le début de leur formation pour agir ensemble dans l'accompagnement des futurs patients. Si tous les praticiens ne travaillent pas dans les hôpitaux publics, la réforme « ma santé 2022 », cherche à développer encore un peu plus le travail coordonné des professionnels de santé et notamment les médecins. Le décloisonnement de l'activité médicale est un objectif porteur de la réforme, associé les soins de ville et du milieu hospitalier constitue une ligne de conduite.

## 2 : La coordination des médecins avec les hôpitaux

Il existe un fort dévoiement des médecins. En effet, de nombreux praticiens cherchent à exercer dans un cadre libéral car les revenus sont plus élevés et que les horaires sont adaptés à leur volonté. Les hôpitaux connaissent depuis une dizaine d'année un manque croissant de médecin ; ce manque pousse les usagers à repousser leurs soins ou à se diriger vers les praticiens libéraux appelés médecine de ville. Afin d'éviter la fuite de ces praticiens hospitaliers, des textes juridiques règlementent la pratique libérale des médecins. Ils sont ainsi autorisés légalement à cumuler une activité libérale en sus de leur activité hospitalière<sup>150</sup>. Cependant cette activité ne doit pas excéder 20% de la durée du service hospitalier et le nombre de consultations et d'actes doit être inférieur à celui de l'activité publique<sup>151</sup>. Le praticien hospitalier peut déceimment utiliser les locaux de l'hôpital public pour exercer son activité libérale. Cette possibilité est soumise à un accord entre le praticien et la structure, de plus il doit déclarer ses deux activités. Cette possibilité permet au médecin hospitalier de conserver son poste à l'hôpital et d'augmenter ses revenus, et cela permet à l'établissement de conserver le praticien dans son sein et d'attirer une nouvelle patientèle. Dans cette hypothèse l'exercice est centralisé sur l'hôpital public, mais le praticien peut exercer dans un autre hôpital public ou même dans une autre structure (en cas d'accord et de convention). Cela permet de décloisonner l'activité hospitalière. Certaines pathologies ne nécessitent pas d'hospitalisation. La volonté du décloisonnement et de faire fonctionner le système de

---

<sup>149</sup> L4111-1 et suivants du CSP.

<sup>150</sup> Ordonnance N°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

<sup>151</sup> Article 26 du code de déontologie du médecin, Article R6152-222 du CSP.

santé et ne pas concentrer toute la population au même endroit. La prise en charge entre la médecine de ville et la médecine hospitalière doit pouvoir s'exercer en accord pour la bonne santé du patient.

Aussi dans la volonté de l'exercice coordonné, la réforme « ma santé 2022 » encourage la création des CPTS<sup>152</sup>. Un objectif de mille CPTS est annoncé pour 2022, l'ARS instruit les dossiers et aide à l'installation des praticiens. Les CPTS sont des lieux de soins de premier recours locaux, composés de divers praticiens. Elles peuvent se composer de médecins hospitaliers qui se détachent dans ces structures sur un temps limité.

L'ARS est donc présente lors de la formation des praticiens, de leur installation et lors de la création de structure. Cette implantation locale et permanente permet de connaître les interlocuteurs et règlementer les corps de profession dans leur globalité.

## §2 : Une formation accompagnée de règles strictes

La formation des personnels de soins est règlementée de manière stricte, les règles de hiérarchie y sont enseignées dès le début de leur formation (A) afin de comprendre le fonctionnement administratif de l'hôpital. Il est important pour les futurs professionnels de comprendre le fonctionnement d'un hôpital pour y exercer leurs missions au quotidien (B).

### A : Les règles de hiérarchie au sein des services

Les règles de hiérarchie exercées à l'hôpital sont verticales, c'est-à-dire que chaque action est référencée auprès d'un supérieur (1). L'organisation verticale implique de faire cohabiter plusieurs hiérarchies, ce qui est complexe à mettre en place (2).

#### 1 : La référence obligatoire à un supérieur

Le fonctionnement de l'hôpital public est extrêmement règlementé et hiérarchisé. Le système pyramidal est assumé. L'organisation de l'hôpital public est verticale, c'est-à-dire que la référence à un supérieur hiérarchique est obligatoire. Chaque action ou prise de position doit être autorisée ou sous la connaissance du supérieur hiérarchique de l'agent. Toutefois, plusieurs hiérarchies coexistent au sein de l'hôpital public, et les corps n'ont pas tous le même référent.

---

<sup>152</sup> Communauté professionnelle territoriale de santé

Ainsi les personnels médicaux n'ont pas de structure verticale aussi rigide que les personnels paramédicaux. Le médecin de service possède un supérieur qui est le chef de service et le chef de service est sous la direction du chef de pôle, et lui-même sous la direction du médecin coordinateur qui se trouve sous l'autorité du directeur de l'établissement de santé. Les médecins sont responsables de leurs actes.

Un agent de catégorie C comme une auxiliaire de puériculture, doit référer de ses actions à la surveillante, qui elle se réfère au cadre de santé et le cadre de santé au cadre de santé supérieur, après ce sont les instances et le directeur de l'établissement. Ces chaînes de maillage d'information sont strictes et très ancrées dans la conception du fonctionnement de l'hôpital. Ces deux hiérarchies se chevauchent dans le fonctionnement de l'hôpital ; et en plus il existe un fonctionnement au sein de la direction de l'établissement hospitalier. Il existe un nombre d'instances obligatoires dans l'hôpital public qui sont codifiées dans le code de la santé publique. La direction de l'établissement ne se compose pas uniquement du directeur de l'établissement, il y a tout une équipe qui se divise en services comme le service de recherches cliniques, le service des affaires médicales, des ressources humaines, et chacun de ces services est rattaché à un supérieur hiérarchique qui est un directeur adjoint au directeur de l'établissement. Ce système permet d'assurer une compétence technique dans tous les domaines de fonctionnement de l'hôpital. La finance, les ressources humaines, les affaires médicales et générales et autres services de la direction constituent le socle du fonctionnement administratif de l'hôpital.

Ce fonctionnement hiérarchisé et multiple engendre une organisation complexe pour les instances et les personnels. L'intelligibilité et la compréhension de ce système devient difficile et le personnel ne remonte plus certaines informations, ou alors les informations ne terminent pas le maillage hiérarchique.

## 2 : Une organisation complexe à plusieurs niveaux

L'hôpital public a connu une restructuration axée sur la rationalisation financière et l'efficacité des soins<sup>153</sup>. Les équipes de soins connaissent des départs non remplacés et des

---

<sup>153</sup> Mémoire EHESP, L'hôpital organisé en pôles d'activités perspectives et enjeux pour le directeur des soins, N. JUILLIARD-FOURNIER, 2002

personnes absentes qui ne sont pas remplacées. Cette tension permanente pour les personnels présents qui sont en manque de moyens, ne sont pas selon les principaux intéressés pris en compte dans leur exercice. Les instances supérieures n'ont pas conscience de comment fonctionne les services de soins. Les cadres de représentation des services sont aussi accusés de servir les intérêts de l'administration et non du service (que ce soit pour les patients ou les usagers présents). Les supérieurs hiérarchiques énoncent aussi avoir des difficultés à communiquer avec les instances, tant la charge de travail qui pèse sur eux est lourde<sup>154</sup>.

Le clivage entre les personnels médicaux, non médicaux, contractuels, prestataires, étudiants, administratifs empêchent une unité des équipes et les actions communes. Le 5 décembre 2019 une grève nationale contestant la réforme des retraites amorcée par le gouvernement duprésident de la République regroupe un grand nombre de personnels soignants parmi les manifestants. Ces manifestants soignants sont des habitués des mouvements sociaux depuis les années 1980. Cette grève demande une nouvelle fois des conditions de travail décentes, une reconnaissance du travail effectué par les équipes dans les hôpitaux et des salaires plus élevés. Ces demandes récurrentes dans les hôpitaux public font écho au fort taux de poste à pourvoir à l'hôpital public. Dans les années 2000, les mouvements sociaux des personnels hospitaliers sont devenus récurrents. Les corps comme les infirmières, les sages-femmes ou les internes en médecine sont très médiatisés dans leurs revendications. Chaque réforme du monde de la santé insufflée par un gouvernement (peu importe le bord politique) donne lieu à de vives oppositions. Les équipes de soins craignent des nouvelles mesures d'austérité pour rationaliser les dépenses de l'hôpital public<sup>155</sup>. C'est lors de cette manifestation que les personnels hospitaliers expriment que l'hôpital public est à bout de souffle et que les personnels de soins ne sont plus rassurés à exercer leur passion dans ces conditions.

### *B : Un hôpital public à bout de souffle*

Face à toutes les réformes de restructuration et les demandes sans cesse plus importantes d'économie, les personnels de l'hôpital perdent leur vocation et de nombreux dévoiement sont observés dans une gronde perpétuelle (1). C'est la crise épidémique du COVID-19 qui

---

<sup>154</sup> Question écrite n°23609 de J. HINGRAY (Vosges-UC) publiée dans le JO du Sénat le 01 juillet 2021 p. 4051, revendication des soignants et personnels hospitaliers

<sup>155</sup> Témoignage d'une infirmière syndiquée en exercice à l'hôpital public

permettra au personnel de l'hôpital d'avoir une visibilité et des changements dans leur conception de leur métier et l'intérêt de leur profession (2).

## 1 : La gronde du secteur public hospitalier

Depuis 2003, le nombre de personnel hospitalier a augmenté en passant de 1,2 millions de fonctionnaires hospitaliers en 2003 à 1,4 millions en 2017. Cette hausse est de 14%, mais il est constaté que la progression annuelle depuis 2010 est de 0,3%. Il est même observé une baisse de 0,3% des effectifs salariés de l'hôpital public<sup>156</sup>. Cette hausse n'est pas en adéquation avec la répartition des hôpitaux en France et le nombre de soins effectués. Certains hôpitaux publics très peu attractifs font face à des emplois non pourvus ou des emplois vacants de manière permanente.

Dans une autre étude, la DREES estime qu'en 2018 la fonction publique hospitalière perçoit un salaire net moyen en diminution 1% en euros constant. Dans cette même étude, la DREES constate que les salaires les plus élevés sont ceux qui connaissent la baisse la moins forte. Parallèlement les inégalités salariales de la fonction publique hospitalière augmentent, ainsi le salaire net des femmes est inférieur de 20,8% à celui des hommes, alors même que les femmes sont majoritaires dans l'occupation des emplois<sup>157</sup>. En 2015, la fonction publique hospitalière compte 90% de femmes occupant des emplois administratifs et 87% occupant des emplois soignants, et 78% des emplois contractuels de la fonction publique hospitalière sont occupés par les femmes. En 2015, à titre d'exemple sur les disparités salariales entre les hommes les femmes le salaire net mensuel pour un équivalent temps plein est de 2 163 euros pour les femmes et de 2 673 euros pour les hommes (dans les hôpitaux publics)<sup>158</sup>.

Le secteur hospitalier connaît de grandes difficultés à recruter des agents au vu des conditions de travail et des salaires peu élevés par rapport aux conditions d'exercice. Ce dévoiement des potentiels praticiens engendre une surcharge de travail pour les effectifs déjà en poste qui voient des départs en retraite non remplacés et des absences répétées d'autres collègues. Toutes ces

---

<sup>156</sup> Les dossiers de la DREES, Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans, Méthodologie de construction d'agrégats nationaux, P. CHARNOZ, A. DELAPORTE, C. DENNEVAULT, E. PEREIRA et F. TOUTLEMONDE, n°69, décembre 2020

<sup>157</sup> Article Études et Résultats de la DREES, C. DIXTE et Q. LAFFÉTER, n°1165, septembre 2020

<sup>158</sup> Article DGAFP, Chiffres-clés de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique, édition 2017

motivations entraînent la multiplication des mouvements sociaux et des départs de secteur public notamment par des reconversions professionnelles. L'épidémie du Covid-19 a exacerbée les revendications des personnels soignants.

## 2 : La crise du Covid 19 comme élément déclencheur

En fin d'année 2019, une nouvelle maladie très contagieuse pour l'Homme est découverte en Asie. Il est signalé pour la première fois le 31 décembre 2019 à Wuhan en Chine. Les autorités internationales sont alertées quelques temps après<sup>159</sup>. Du fait de la mondialisation et des forts flux de population dans le monde, le virus se propage assez vite. Le virus est constaté en France en début d'année 2020, on estime les premiers cas au mois de janvier et février, alors que les rapatriements de français s'organisent. Les hôpitaux de la région Grand-Est sont touchés en premier, et les soignants signalent rapidement à l'ARS la situation qui s'envenime trop rapidement. En l'espace de quelques semaines les hôpitaux publics sont débordés et les soignants très peu protégés ; contracte le virus très contagieux et sont immobilisés. L'état d'urgence et le plan ORSAN sont déclenchés en mars 2020. Le gouvernement français met en place un confinement très strict à la différence de ces voisins européen. L'action tardive du gouvernement entraîne une explosion des entrées à l'hôpital. Le manque de personnels, de moyens et de place est accentué et devient un enjeu majeur de santé publique. Les personnels comme les infirmières, les réanimateurs, les médecins, les pompiers et le SAMU sont sollicités de manière extrêmement soutenue. Le 13 mars 2020 le SAMU enregistre près de deux mille appels par jour<sup>160</sup>, il est déjà au maximum de ses capacités. Le 17 mars 2020 entre en vigueur les restrictions de déplacement décrété pour endiguer la situation d'urgence sanitaire<sup>161</sup>. Le président de la République française prend la parole publiquement, et cela est retransmis sur toutes les chaînes de télévision et de radio. Le confinement est annoncé, les personnels soignants sont la première ligne face à la crise sanitaire, et les mots « nous sommes en guerre » sont prononcés comme une alerte à la population. Les personnels soignants débordés dans la gestion des entrées des malades et de la prise en charge concernant cette pathologie nouvelle font face à une crise sanitaire inédite.

---

<sup>159</sup> Données issues du site interne de l'Organisation mondiale de la santé

<sup>160</sup> Consulté en ligne, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273932-coronavirus-les-mesures-de-confinement>

<sup>161</sup> Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus du Covid-19

La crise sanitaire du COVID-19 met dans un premier un coup d'arrêt aux revendications des personnels de soins. La priorité est de soigner les malades et de prendre en charge l'évolution et les réactions de chacun des patients. C'est le cœur de métier de ces travailleurs qui ont fait un choix particulier, le domaine de la santé est particulier en ce qu'il s'agit de vie humaine. À la suite des accalmies connues après la sortie du confinement les personnels de soins exultent leurs demandes après le service rendu à la nation lors de la gestion de la crise sanitaire. Dès juin 2020, des manifestations sont organisées pour revendiquer la hausse des salaires et la reconnaissance des professions « première ligne ». Le gouvernement organise dès lors un Ségur de la santé, pour répondre aux problématiques des soignants longtemps restés sans réponse.

## **Partie 2 : La gestion d'une crise sanitaire dans le service public de la santé**

En 2020, une crise sanitaire majeure s'étend sur la planète. Cette crise est une d'une ampleur inédite (chapitre 1) étant donné sa rapidité d'expansion et par la gravité des conséquences pour les êtres humains. À ce jour plus de quatre millions de personnes sont décédés des suites de la maladie du COVID-19, dont plus de cent onze mille en France. Cette crise inédite a obligé un grand nombre de gouvernements à prendre des mesures radicales pour éviter la propagation de l'épidémie. En France, avec son système hospitalo-centré, les premiers lieux de gestion de cette épidémie sont les hôpitaux publics. Ils se retrouvent très vite saturés et des mesures exceptionnelles doivent être organisées uniquement pour l'organisation et la gestion de ces derniers. En juillet 2021, la crise du COVID-19 n'est pas éteinte pourtant des enseignements de cette partie de crise sont déjà à retenir (chapitre 2).

### **Chapitre 1 : Une crise inédite induisant un changement urgent**

La crise du COVID-19 par sa soudaineté oblige les acteurs de la santé et de la politique à prendre des mesures rapidement, toute l'organisation de l'hôpital se trouve chamboulée en quelques semaines (section 1). Toutefois, afin de ne pas agir dans la précipitation la plus totale et de commettre des impairs, les décisions d'action sont prises par le gouvernement et notamment le président de la République conseillé par un conseil scientifique formé pour l'évènement de crise. Les actions sont ainsi centralisées et élaborées par les instances politiques en consultation du conseil de sages (section 2).

#### **Section 1 : Une organisation chamboulée**

La violence de la situation sanitaire oblige les hôpitaux publics à réagir de manière rapide et efficace. Ils sont face à l'urgence et à l'afflux de patients (§1), toutefois la direction de l'hôpital public ne peut à elle seule organiser un changement de fonctionnement. L'organisation institutionnelle doit aussi se mettre en place face à la crise, pour la gérer dans les meilleures conditions possibles sur le long terme (§2).

## §1 : Le besoin d'une réponse rapide et urgente

Dans un premier temps, les hôpitaux publics demandent conseil à leur interlocuteur principal dans le domaine administratif, c'est-à-dire les ARS (A). Dans le même doute face à l'inédite crise les ARS se positionnent sous les directives du gouvernement en tant qu'administration de l'État (B). Ce positionnement d'attente des décisions obéit au schéma de décision vertical établi depuis des décennies pour le fonctionnement de l'hôpital public.

### A : L'attente d'une procédure lancée par les ARS

Les ARS sont des institutions créées pour gérer les affaires administratives des hôpitaux publics, ainsi le plan ORSAN se fonde sur la création d'une cellule d'urgence au sein de l'ARS en cas de crise sanitaire locale ou nationale (1). Lors de cette crise, la nouveauté est que les hôpitaux demandent une réponse rapide et sont pressant auprès des ARS car ils ne peuvent plus contenir le flux de patients qui arrivent au sein des services de réanimation (2).

### 1 : La cellule d'urgence de l'ARS

Le dispositif ORSAN est un plan d'action en cas de problème sanitaire grave et exceptionnel. Ce plan est arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis des préfets de département, des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires concernés et du directeur général de l'agence régionale de santé de zone.

Le plan ORSAN prévoit la mise en place de cellule d'urgence en cas de situation sanitaire grave et exceptionnelle<sup>162</sup>. Ce dispositif prévoit la création de cellule d'urgence selon un zonage établi préalablement, puis au niveau régional afin de coordonner les différentes actions. Il est nécessaire d'avoir un relai local pour être au plus près des situations et tenir informé le gouvernement de l'évolution des situations. Aussi pour sécuriser les établissements qui prennent en charge la situation grave l'ARS devient un relai assurant de l'information. Le

---

<sup>162</sup> Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Grand-Est est la première région de France à connaître une situation critique. En effet, le CHU du Mulhouse contient plusieurs patients positifs au virus du SARS-COV2 et la propagation du virus est trop rapide. Ainsi le directeur du Centre Hospitalier alerte l'ARS dès le mois de février 2020. Le directeur général de l'ARS prévient le ministère des solidarités et de la santé de cette situation régionale inquiétante<sup>163</sup>, sans réponse immédiate à apporter au directeur du CHU.

La cellule de l'ARS doit en premier lieu évaluer la situation locale et évaluer le niveau d'urgence locale, départementale et régionale. Après la mise en place de la cellule d'urgence et l'évaluation, un schéma d'action est dessiné. Ce schéma précise un parcours de soin, les missions et les objectifs opérationnels confiés aux acteurs du système de santé notamment le SAMU et SMUR, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé<sup>164</sup>.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire du COVID 19, les ARS qui ont une population contaminée, ont dû agir en vertu des dispositifs législatifs. Cependant, les ARS qui sont des agences indépendantes et donc ont eu l'autorisation pour gérer la crise se sont aussi retrouvés débordés et ont fait appel au gouvernement. L'État est l'autorité de tutelle des agences régionales de santé donc elles se sont référées à ses directives. Le temps que le dispositif se mette en place, les hôpitaux publics du Grand-Est se retrouvent saturés et les personnels de soins demandent une action rapide, il y a urgence.

## 2 : Une demande des hôpitaux pour une action rapide

Le cas de la région Grand-Est est révélateur du système centré autour du gouvernement et de l'État, en particulier dans la pratique administrative française malgré les lois de décentralisation de 1982<sup>165</sup>.

Les ARS voient une autonomie limitée de leurs possibilités et ne prennent pas l'initiative de la gestion de la crise. Le témoignage de l'ancien directeur général de l'ARS Grand-Est pendant l'enquête menée par la commission du Sénat sur la gestion de la crise sanitaire est révélateur de ce pouvoir centralisé. Il cite à plusieurs reprises que « l'agence n'était pas préparée », et il témoigne de la difficulté de gestion locale « Je pense que le pilotage national n'a pas assez pris en compte la spécificité du Grand Est. Il aurait fallu un pilotage moins uniforme, moins sourd,

---

<sup>163</sup> Article R3131-5 du CSP

<sup>164</sup> Article R3131-10 du CSP

<sup>165</sup> Loi n°82-213 du 02 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

moins aveugle ». Lors de son audition la préfète de la région Madame Josiane Chevalier énonce que « Les ARS ne sont pas faites pour ces métiers logistiques »<sup>166</sup>.

Les hôpitaux publics qui sont en manque de moyens et dépassés par les événements demandent donc à leur interlocuteur principal d'apporter des réponses aux situations auxquelles ils sont confrontés. Ainsi dès le 17 février 2020 les professionnels de santé du CHU de Mulhouse font remonter par le circuit de l'information dit classique leurs problèmes de gestion. Une fois l'information délivrée auprès de leur directeur d'établissement, celui-ci l'annonce au directeur général de l'agence régionale de santé. Le directeur général demande par la suite une solution au gouvernement par le ministère des solidarités et de la santé. Le directeur général de l'ARS Grand-Est précise lors de son audition que deux réunions se sont tenues, mais qu'aucune réponse n'a été fournie. Les professionnels sont donc laissés sans réponses. L'agacement des équipes est d'autant plus important que le directeur régional de l'ARS gère les affaires depuis son domicile parisien alors que dans les services des hôpitaux publics de la région dont il a la charge il subsiste de nombreux manques et aucune solution n'est apportée<sup>167</sup> (malgré l'urgence).

L'urgence de la situation, ne modifie pas le circuit de l'information dans un premier temps. Les administrations locales ou nationales n'étaient pas prêtes pour cette situation, et n'avaient pas connue de telles situations depuis la mise en place des ARS en 2010. Il faut donc installer un schéma de gestion de crise dans l'urgence et un nouveau système de circulation de l'information entre les professionnels de santé sur les terrains, et les instances décisionnelles étatiques<sup>168</sup>.

### *B : La position de l'ARS sous le gouvernement*

Les ARS sont des institutions décentralisées, mais sont des administrations étatiques. Elles ont donc une autonomie relative qu'elles n'ont pas exploitée lors de ce premier épisode de crise (1). Elles ont donc attendu les décisions gouvernementales, pour les appliquer en région et de manière plus précises selon les localités et leurs difficultés (2).

---

<sup>166</sup> Article de presse, Lorraine Actu, N. Zaugura, publié le 13 juillet 2020

<sup>167</sup> Op.cit

<sup>168</sup> Rapport du Sénat N°199, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020

## 1 : L'abandon de son autonomie

L'ARS lors de cette crise a donc menée ses actions en fonction des positions gouvernementales. Le choix du gouvernement français été de mener une action commune sur tout le territoire sans tenir compte des spécificités de certaines régions massivement touchées<sup>169</sup>. Ainsi les régions Haut-de-France, Ile-de-France et Grand-Est sont fortement impactées par le taux de personnes contaminés au virus du Covid-19. Les hôpitaux de la région Grand-Est sont saturés et ne peuvent plus accueillir de malades qui ont besoins de soins de réanimation. C'est alors que la coopération européenne se met en place. Des convois sanitaires sont organisés vers l'Allemagne et le Luxembourg. L'ARS n'a pas pris cette décision, elle est le fruit d'une décision européenne, mais elle aide lors de la mise en place de ces convois. Les malades sont transportées vers d'autres pays qui peuvent accueillir des patients avec des besoins spécifiques en réanimation.

Cette réponse européenne fait état de l'absence de réponse urgente demandée par les équipes de soins de la région.

En ne prenant aucune mesure concrète et ne prévoyant pas de plan d'actions rapides et localisées l'ARS a abandonné son statut d'agence indépendante pour passer à celui de d'instance subordonnée aux décisions gouvernementales. Ce choix d'action est affirmé par . M. Etienne Champion, directeur général de l'ARS des Hauts-de-France auditionné par la commission d'enquête. Il précise que l'ARS est conçu comme « une instance qui doit introduire de la souplesse dans le rapport entre le national et le local », qui « doit avoir une certaine autonomie dans le respect, évidemment, des règles nationales, mais (...) doit se nourrir du terrain »<sup>170</sup>.

Le gouvernement met en place des « états-généraux » de la santé avec des experts et les directeurs de grandes institutions. Toutes ces organisations protocolaires n'étaient pas en adéquation avec la situation urgente que vivait les acteurs de terrain, et cette lenteur a engendrée un défaut d'action que le rapport du Sénat explicite largement.

Aucune ligne directrice n'a été donné aux différentes ARS, alors qu'elles sont censées appliquer une politique nationale à l'échelle de la spécificité de sa région. Une fois la politique établie par le gouvernement les différentes directions générales de l'ARS se réunissent et discutent d'un

---

<sup>169</sup> Article de presse, Lorraine Actu, N. Zaugura, publié le 13 juillet 2020

<sup>170</sup> Rapport du Sénat n°199 du 8 décembre 2020, p.65

plan d'action à organiser. Le gouvernement tardant à mettre une politique claire et uniforme pour le territoire, les ARS ont attendu avant d'agir. Une situation d'urgence telle avec cette lenteur a particulièrement mis sous tension les acteurs de santé. En effet sur le terrain, les décisions d'action étaient nécessaires. La lenteur essentiellement administrative a laissé place à l'émergence de scandales très médiatisés. Ils se sont révélés avoir des impacts fort sur la vie de la population. Les ARS n'ont pas su saisir la marge de manœuvre qui était possible à cet instant.

## 2 : L'attente de directive du gouvernement

L'ARS est une agence qui a été fortement mise en lumière avec la situation de mars 2020, le grand public souvent extérieur aux difficultés de fonctionnement et revendications des hôpitaux publics n'avaient pas nécessairement connaissance de l'existence de cet organisme. À ce moment l'ARS devient une agence observée par tous car elle est montrée comme l'agent de décision. Les acteurs de soins qui ont pour interlocuteur en temps « normal » l'ARS, lui demande d'être l'interlocuteur en temps de crise et d'agir vite. La forte médiatisation de l'ARS et de ses décisions engendre aussi un effet de non prise de position sans l'accord du gouvernement. En effet les directeurs généraux des agences régionales de santé sont nommés par le pouvoir exécutifs, ils ne peuvent donc pas prendre des mesures en autonomie contraire aux dispositions nationales. Il a ainsi d'ailleurs été démontré que le directeur général de l'ARS doit un soutien au gouvernement comme le directeur de l'ARS Grand-Est qui a été limogé<sup>171</sup> lors de la première vague de la crise.

L'ARS agit alors comme une institution déconcentrée et non décentralisée. La différence entre les deux notions n'est pas simplement sémantique<sup>172</sup>. Une agence décentralisée possède la personnalité morale, des moyens propres, des compétences et une certaine autonomie locale. Une agence déconcentrée est uniquement le relai d'une instance hiérarchique supérieure, elle ne possède donc pas d'autonomie ou de compétences propres<sup>173</sup>. Si l'ARS est défini comme une agence avec ses propres compétences et missions, lors de la crise du Covid-19 cette conception a été mise à mal. L'ARS est donc dans l'attente des lignes gouvernementales pour

---

<sup>171</sup> Monsieur Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'ARS Grand-Est le 08 avril 2020 pour les propos qu'il a tenu lors d'une conférence de presse.

<sup>172</sup> Loi n°92-125 du 06 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République.

<sup>173</sup> Définitions issues du site internet vie-publique

les étudier et les adapter à chaque région, c'est ce que prévoit les différents plans. Il y a une nécessité d'organiser la gestion de la crise et de ne pas agir sous la pression de la précipitation. Le gouvernement agit avec prudence et le précise lors d'allocutions télévisé du président de la République.

Une loi d'urgence du 23 mars 2020 pour faire face à l'épidémie de Covid<sup>174</sup> habilite le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance, ainsi que de prononcer l'état d'urgence sanitaire. Afin de gérer la crise sanitaire qui se répand sur la planète, le gouvernement français choisi de centraliser son action au pouvoir de commandement. Le président de la République s'entoure alors d'un conseil scientifique afin de l'éclairer, et d'obtenir un regard expert sur la situation épidémique en France.

## §2 : Les nécessités administratives face aux nécessités vitales

La problématique du gouvernement dans la gestion de crise est double, c'est-à-dire qu'il faut nécessairement trouver une solution rapide pour endiguer l'afflux de patients vers les centres hospitaliers, mais aussi organiser la gestion de la crise de manière administrative afin de pouvoir créer une action commune. L'organisation des décisions médicales se fondent sur le conseil scientifique, qui a été mis en place spécifiquement pour cette crise (A). L'organisation du fonctionnement pratique des hôpitaux est casuistique, après plusieurs alertes lancées par les hôpitaux publics (B).

### A : La mise en place d'un conseil scientifique

Le Conseil scientifique comme son nom l'indique conseille, les décisions sont prises par le gouvernement solidairement, qu'elles soient médicales ou non. La gestion de la crise dans sa globalité est assurée par le pouvoir politique (1). Cela créé rapidement un décalage entre les conceptions théoriques et les réalités que rencontrent les professionnels lors de leur pratique professionnelle (2).

---

<sup>174</sup> Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid 19.

## 1 : Les décisions prises au sommet

La situation épidémique se dégradant rapidement en France et Europe, les échelons des différents plans de crises sanitaires augmentent. Le 11 mars 2020 le président de la République décide de réunir un conseil scientifique. La situation épidémique de l'Italie voisine de la France alarme les autorités sanitaires. Le 12 mars 2020, une réunion du conseil scientifique, en présence du président de la République, du ministre de la santé, et du directeur général de la santé s'organise à la demande du président. A cette même date, le conseil rend ses avis sur les différentes questions à l'ordre du jour. Il apparaît essentiel de combiner plusieurs actions car une seule action ne pourra pas endiguer la crise sanitaire selon les experts<sup>175</sup>.

A la suite de cette consultation, le président de la République prendra la parole publiquement et de manière retranscrite pour annoncer un confinement de la population française sauf autorisation contraire pour une durée de 15 jours, reconductible en cas de nécessité.

C'est alors un choix politique qui s'opère en plus des données médicales, en effet le choix du gouvernement est de privilégier une gestion nationale et une analyse des données de santé par des experts choisis par ce même gouvernement pour leurs compétences techniques.

Les ARS ne sont pas consultés pour leurs aspects de technicité, mais sont un relai d'information pour le gouvernement. Ainsi les ARS, remontent les informations régionales et peuvent appliquer les décisions du gouvernement en région selon les spécificités de chacune.

Les cellules de crises locales regroupent les personnels de directions des hôpitaux publics qui sont dans un premier temps seul face à l'afflux de patients, les acteurs de gestion de crise et les préfets. C'est une nouvelle organisation stratifiée qui se met en place pour une gestion de crise sanitaire inédite.

Un guide méthodologique<sup>176</sup> est publié par le ministère des solidarités et de la santé est édité pour expliquer le choix technique de la prise en charge des patients, le rôle de chaque acteur et globalement la gestion de la crise sanitaire par les services de soins.

Toutefois, le conseil scientifique nommé par le gouvernement est rapidement remis en cause par les personnels de soins notamment les médecins qui allèguent un manque de prise en compte des conditions réelles d'exercice pour les praticiens.

---

<sup>175</sup> Avis du conseil scientifique du 12 mars 2020

<sup>176</sup> Guide méthodologique, préparation à la phase épidémique de covid-19 pour les établissements de santé, médecine de ville, établissement et services médicaux sociaux, publié le 16 mars 2020 par le ministère des solidarités et de la santé

## 2 : Un conseil manquant de praticiens issus du terrain

Le conseil scientifique est institué par la loi du 23 mars 2020<sup>177</sup>, et ses membres sont nommés. Une première réunion informelle a eu lieu le 05 mars 2020 pour observer si sa mise en place était judicieuse pour la gestion de la crise sanitaire. Il s'établit par la suite le 11 mars, il est précisé que ce conseil sera indépendant et peut se saisir d'une question en autonomie ou sur la demande du ministre et rend son premier avis le 12 mars 2020. Tous les avis du conseil sont publiés, il est par exemple questionné sur la tenue des élections municipales et le confinement de la population.

Le président du Conseil scientifique est le professeur Jean-François Delfraissy, immunologue et professeur agrégé à l'université de Paris-Saclay, il est nommé à ce titre par un décret du 03 avril 2020<sup>178</sup>. Le conseil est composé de 17 membres qui sont nommés par un décret du 03 avril 2020<sup>179</sup>. Parmi ces membres il y a Laëtitia Atlani-Duault anthropologue française, à l'université de Paris, ou encore Daniel Benamouzig sociologue et directeur de recherches au CNRS. Les professionnels qui sont au conseil sont accusés d'être des universitaires et non des personnels de terrains qui sont confrontés à la gestion de crise dans les hôpitaux.

Une tribune de 35 médecins et chercheurs est publiée dans le journal du Parisien<sup>180</sup>, le médiatique urgentiste Patrick Pelloux en tête de fronde. Il est notamment passé dans les médias pour revendiquer ses propos<sup>181</sup>. Le conseil scientifique est accusé de défendre les choix politiques et non d'apporter les éclairages techniques. Ces accusations sont propagées par de nombreux médias et discrédite une partie des informations médicales rendues public. Un autre scandale déclenche des prises de positions diverses chez les praticiens, ce sont les propos tenus par le professeur Didier Raoult.

---

<sup>177</sup> Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid 19

<sup>178</sup> Décret du 3 avril 2020 portant nomination du président du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19

<sup>179</sup> Décret du 3 avril 2020 portant nomination des membres du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19

<sup>180</sup> Consulté en ligne, <https://www.leparisien.fr/societe/covid-19-nous-ne-voulons-plus-etre-gouvernes-par-la-peur-la-tribune-de-chercheurs-et-de-medecins-10-09-2020-8382387.php>

<sup>181</sup> Propos tenus sur France info et rediffusée sur les plateformes télévisées et radio.

Monsieur Raoult est un membre du conseil scientifique nommé le 11 mars, il est infectiologue et professeur à l'université de médecine d'Aix-Marseille, et directeur de l'IHU<sup>182</sup>. Le point de vue ce médecin est très dissident par rapport au conseil et sa proposition de traitement à l'Hydroxy Chloroquine ne sera pas concluent. Il décide de ne pas prendre part aux avis émis par le conseil scientifique (qui sont publiés), et ne se rendra pas aux réunions. Il annonce le 24 mars 2020 ne pas vouloir être associé au conseil scientifique. Ces différentes prises de positions publiques, agrémentent le débat en France autour de l'épidémie et ne sont pas utiles à la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics qui ne cessent d'accueillir de nouvelles personnes infectées par le virus et qui ont besoin d'une assistance médicale pour survivre à la maladie.

### *B : Une alerte lancée par les hôpitaux*

Les hôpitaux publics sont les premiers lanceurs d'alerte, ainsi le Grand-Est qui est la région la plus touchée de France par la crise, averti l'ARS dès le début de l'afflux trop important de patients vers l'hôpital (1). Cependant l'alerte est considérée tardivement et de nombreux manques se font ressentir dans les hôpitaux surchargés (2).

#### **1 : Les hôpitaux alertant les ARS**

Les hôpitaux publics sont les premières structures à avoir accueilli des personnes infectées par le virus du Covid-19. Le virus étant nouveaux certaines mesures de protections n'étaient pas prises de fait. Ainsi les premiers soignant au contact des malades ne disposaient pas nécessairement du matériel de protection adapté. Cela a entraîné un nombre important de contamination chez les personnels soignants qui ne pouvaient plus exercer leur fonction dans les hôpitaux. Les hôpitaux publics émettent des alertes en direction ARS et du ministère de la santé, mais le déclenchement des mesures d'urgence sont à maintes reprises repoussés par des annonces politiques. Le CHU de Mulhouse est saturé dès le mois de mars 2020 et ne peut plus accueillir de patients. Les patients sont alors déportés sur d'autres hôpitaux de la localité en vertu des obligations d'assistance entre les structures, notamment du GHT.

---

<sup>182</sup> Institut hospitalo-universitaire méditerranée Infection

L'enquête parlementaire conduite par le Sénat sur la gestion de la crise sanitaire du Covid-19 doit notamment mettre en lumière les raisons de cet agissement tardif.

L'ARS du Grand-Est n'est pas la seule alertée par les hôpitaux publics, rapidement les régions Ile-de-France et des Hauts-de-France sont alertées, et des demandes de plans d'actions sont demandés. Les structures publiques font face à une arrivée massive qu'elles ne peuvent pas contenir et les ARS sont le relai. Cependant les ARS ne sont pas décisionnaires dans le schéma de prises de décisions, et n'alertent le gouvernement qu'une fois le schéma d'information institutionnel effectué. Ce schéma retarde encore une fois la prise de position efficace a donné aux hôpitaux publics.

Entre mars 2020 et juillet 2021, plus de 80 000 professionnels de santé ont contracté le virus du SARS-COV-2<sup>183</sup>, en France ce sont plus de six millions de personnes qui ont été contaminé<sup>184</sup>.

Parmi les professionnels de santé, certaines professions sont fortement exposées, les infirmières et les aides-soignantes ; représentant 20 232 et 17 686 personnes infectées. Ainsi presque la moitié des contaminations des professionnels de santé se concentre autour de ces deux professions. Au plus fort de la crise, ce sont plus de 3 000 soignants qui sont contaminés par semaine au virus du SARS-COV2, et 19 professionnels de santé sont décédés des suites de l'infection<sup>185</sup>. Les professionnels de santé font face lors de cette crise à de nombreux manques qui accroissent les difficultés à contenir les effets de l'épidémie.

## 2 : Un manque de tout dans la gestion de l'afflux

Les premiers scandales de l'épidémie sont très médiatiques. En effet, l'une des particularités de la crise du Covid-19 est qu'elle est très médiatisée. Elle est relayée sur les réseaux de communication en permanence, les informations sont accès libres qu'elles soient vérifiées scientifiquement ou non. Les médias ont joué un rôle non négligeable à la différence

---

<sup>183</sup> Santé publique France, études et enquêtes, recensement national des cas de covid-19 chez les professionnels en établissement de santé en France

<sup>184</sup> Santé publique France, chiffres clés et évolution de la Covid-19

<sup>185</sup> Santé publique France, études et enquêtes, recensement national des cas de covid-19 chez les professionnels en établissement de santé en France

des crises précédentes (comme les crises de la grippe espagnole ou encore de la tuberculose ou encore le Typhus).

L'hôpital public déjà en tension pour des motifs structurels, subit cette crise sanitaire.

Au début de la crise sanitaire, la France suit les recommandations de l'OMS, mais le débat est très mouvant. D'une semaine à l'autre les préconisations changent et il n'est pas envisageable de tenir un cap uniforme. L'hôpital manque de personnel, de matériel lourd et usuel, de place et de temps. En effet, rapidement les soignants français manquent de masques de type FFP2 et de masque chirurgicaux pour se protéger face à l'infection possible des patients contaminés dont ils s'occupent. Le manque de matériel quotidien comme les masques, les visières, les surblouse, les blouses est très vite dénoncé. Le gouvernement tente de passer des commandes avec les producteurs qui sont le plus souvent extérieur à la production française, mais la demande mondiale est tellement forte que les commandes ne seront pas possibles à honorer. Les français font alors preuve de solidarité et une production locale se met en place. Les citoyens sont touchés et organisent des chaînes de création et distribution auprès des personnels soignants des hôpitaux. Des masques en tissus sont produits et donnés<sup>186</sup>, des surblouse sont confectionnées à partir de matériaux déjà utilisés<sup>187</sup>. Les grandes entreprises françaises transforme leur ligne de production en fabrique de gel hydro-alcoolique<sup>188</sup> afin de limiter les pénuries en France.

Le nombre de lits est insuffisant quant à la quantité de malade qui sont amenés<sup>189</sup>. La politique de gouvernance hospitalière depuis les réformes structurelles de rationalisation ferme des lits pour diminuer les coûts, et éviter les pertes qui sont liés à la faible occupation des lits. Cela a conduit les hôpitaux à avoir un nombre de lits dans les services de réanimation optimisés et donc peu nombreux. La réanimation est un service qui nécessite une formation spécifique<sup>190</sup>, une infirmière issue d'un autre service ne peut donc pas être transférée simplement en

---

<sup>186</sup> Émission radio de France Culture, Pénurie de masques : que s'est-il passé ?, présenté par G. ERNER, interview de A. Milon, le 14 décembre 2020

<sup>187</sup> Article Hospimédia, les personnels soignants s'alarment du manque de surblouses et de leur réutilisation, P. DEBACKER, le 07 avril 2020

<sup>188</sup> Article de presse Le Parisien, L'Oréal produit du gel hydro-alcoolique à la place du fond de teint à Aulnay, T. POUPEAU, 20 avril 2020

<sup>189</sup> Article Vidéo France Info, Covid-19 : les hôpitaux s'adaptent au manque de lits en réanimation, 05 avril 2021

<sup>190</sup> Diplôme des soins infirmiers en réanimations reconnu par les universités de France dispensé dans les universités de médecine

réanimation pour renforcer l'équipe. Il faut que le praticien soit formé et qu'il exerce régulièrement. De plus, les réanimateurs ne sont pas en nombre, les machines pour ventiler les patients sont toutes utilisées. La pandémie reflète une gestion de l'hôpital public si optimisée et rationalisée qu'aucune marge de manœuvre n'est possible pour certaines structures.

Tous ces manques que l'hôpital public clame sont un élément déclencheur fort pour le gouvernement qui comprend la nécessité de la remise en question du système hospitalier français. La crise du Covid-19 a exacerbée les revendications des personnels hospitaliers en montrant publiquement leur difficulté.

## **Section 2 : La remise en question du système de santé français**

Une réelle considération pour le personnel de l'hôpital est apparue dans l'esprit des français pendant la phase la plus dure de la crise (§1). Cette considération pour les personnels soignants fait aussi émerger une nouvelle attente auprès du gouvernement. Après le pic épidémique, et quelques mois d'attente, une enquête sur la gestion de la crise est diligentée par une commission du Sénat (2).

### §1 : La réelle considération pour le personnel de l'hôpital

Des enseignements sont tirés de la crise du COVID-19, notamment pour le personnel hospitalier qui a été éprouvé pendant plusieurs mois. Afin de ne pas amoindrir les efforts fournis pour le bien de la nation, la réforme concernant le personnel des hôpitaux public est accélérée et dès juin 2020 le Ségur de la santé est mis en place (A). Néanmoins le constat est que l'hôpital en tant que structure de soins manque d'une certaine autonomie (B).

### A : Le Ségur de la santé, un porteur de changement

Le Ségur de la santé apparaît pour le personnel hospitalier comme l'entente et la compréhension du mal être qui est exprimé depuis plusieurs décennies (1). En effet, les personnels hospitaliers subissent des pressions de différents bords et ne savent plus comment faire part de leurs revendications. Et pourtant le Ségur fera de nombreux débats au sein même des personnels médicaux et non médicaux (2).

## 1 : La prise en compte du mal être hospitalier

Les équipes de soignants sont éprouvés par la crise sanitaire. Les amplitudes horaires sont allongées, afin de pallier au manque de personnels le gouvernement fait appel aux personnels de soins retraités et aux étudiants en médecine et des IFSI. Il est ainsi demandé aux cliniques et hôpitaux privés d'accueillir des malades du Covid pour soutenir l'effort national et les hôpitaux publics qui sont débordés. La réserve sanitaire est mobilisée, et les interventions dites dites non essentielles sont déprogrammées et reportées. Les personnels de l'hôpital font face à un fort nombre de décès, à ce jour plus de 113 000 personnes sont décédés des suites de l'infection au SARS-COV2<sup>191</sup> et plus de 10 000 personnes sont encore hospitalisées pour une infection au Covid-19<sup>192</sup>.

Les médecins et les représentant des différents corps professionnels (infirmiers et kinésithérapeutes) alertent sur la surcharge émotionnelle que représente l'épidémie pour les soignants qui n'ont pas eu de repos depuis mars 2020<sup>193</sup>. La charge morale est encore présente dans les esprits des soignants car des vagues successives de l'épidémie ont engendré une hausse des cas et des hospitalisations. En mars 2021, soit un an après le début de l'état d'urgence sanitaire la France est toujours en alerte et les mesures pour contenir l'épidémie n'ont pas cessées.

Afin de valoriser l'investissement et le travail des soignants, le gouvernement décide de mettre en place une concertation pour animer le Ségur de la santé. Du 25 mai au 10 juillet 2020 des réunions sont tenues localement et au sein de l'Élysée pour définir l'orientation à suivre. L'objectif du Ségur de la santé est constitué de quatre piliers :

- Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins
- Simplifier les organisations et le quotidien des équipes
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

---

<sup>191</sup> Santé publique France, chiffres clés et évolution de la Covid-19

<sup>192</sup> Chiffres issus de France info, chiffres du Covid-19

<sup>193</sup> Consultations en ligne des professionnels, juin et juillet 2020, 118 407 participants, disponible sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020

Ces quatre piliers sont issus du rapport final remis par Nicole Notat<sup>194</sup> (ancienne secrétaire générale du syndicat CFDT et membre d'un groupe de travail sur l'avenir de l'Europe au conseil européen). La volonté selon le premier ministre Édouard Philippe est d'aller vite, en effet les débats ne durent que sept semaines avant les prises de positions effectives de la part du gouvernement. Il y a aussi une volonté de faire participer les professionnels afin de reconnaître leur mal être et de prendre en considération leurs aspirations. C'est en cette direction que la consultation professionnelle regroupe plus de 118 000 professionnels de santé, dont plus de 36 000 infirmières, plus de 12 000 médecins et plus de 9 000 aides-soignantes (chiffres uniquement pour les professions travaillant en milieu hospitalier)<sup>195</sup>.

Ces recommandations et prises de positions du gouvernement envers les personnels soignants donne cependant lieu à des débats et des manifestations de mécontentements de la part des professionnels de soins.

## 2 : Une réponse insuffisante pour les personnels de santé

La construction de ce rapport s'est organisée autour des acteurs de terrain qui ont vécu la crise dans les services hospitaliers. Le 13 juillet 2020, les accords du Ségur sont signés par le premier ministre, le ministre des solidarités et de la santé et l'accord des principaux syndicats de représentations des personnels médicaux et non médicaux. 33 engagements sont définis et Olivier Véran<sup>196</sup> énoncera publiquement lors d'un discours les conclusions de Ségur de la santé pour les personnels soignants<sup>197</sup>.

La première annonce est une revalorisation des salaires des professionnels de santé, ainsi que l'ajout de 183 euros net mensuel aux salaires des professionnels et les grilles indiciaires seront revus. Des primes exceptionnelles sont versés aux personnels de santé pour leur engagement

---

<sup>194</sup> Recommandations de la mission Notat-Ségur de la santé, disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020

<sup>195</sup> Consultations en ligne des professionnels, juin et juillet 2020, 118 407 participants, disponible sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020

<sup>196</sup> Nommé ministre des solidarités et de la santé en février 2020

<sup>197</sup> Dossier de presse, conclusions du Ségur de la santé, disponible sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020

dans la gestion de la crise du Covid-19 (accordés selon des critères établis dans le décret du 14 mai 2020<sup>198</sup>). Ces annonces sont attendues par les professionnels de santé.

Toutefois les 6,3 milliards d'euros ajoutés en tant que rallonge budgétaire ne sont pas suffisant pour certains professionnels. Les syndicats appellent à des mouvements de grèves en France afin de manifester contre ces mesures jugées par certains comme une désillusion énorme<sup>199</sup>.

Le Ségur de la santé ne pourra pas endiguer tous les problèmes structurels de la gouvernance hospitalière, mais il peut insuffler une nouvelle méthode de travail pour les administratifs afin qu'ils soient plus coordonnés avec les acteurs de terrain et leurs attentes.

La consultation professionnelle rapporte ce que les soignants participants pensent et remettent en cause. En juin/juillet 2020, soit trois mois après le début de la crise sanitaire et un mois après le début des mesures allégées de la gestion de l'épidémie du Covid, les professionnels de santé sont 51% à penser que les limites du système de santé révélées par l'épidémie du Covid-19 sont les moyens matériels, 49% les moyens humains et 23% l'organisation globale du système de santé.

Ainsi une infirmière commente « les hôpitaux ne sont pas assez autonomes, ils n'ont pas assez de marge de manœuvre », et un médecin « la gestion de la crise a mis en évidence les limites de la compétence et de la réactivité des administratifs pour les problématiques concrètes du terrain, surtout en cas de nécessité d'adaptation rapide des organisations »<sup>200</sup>.

### *B : Un hôpital manquant d'autonomie de gestion*

L'hôpital connaît pendant la crise de nombreuses problématiques comme le manque de matériels, de places, de personnels, de pratique dans les services. Et cette crise a accrue la démonstration du manque d'autonomie de gestion de l'hôpital public. En effet, ces décisions

---

<sup>198</sup> Décret n°2020-570 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle à certaines agents civils et militaires de la publique de l'État et de la fonction publique territoriale soumis à des sujétions exceptionnelles pour assurer la continuité des services publics dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19

<sup>199</sup> Article de France Info, Ségur de la santé : la manifestation du personnel soignant a commencé à Paris, 30 juin 2020

<sup>200</sup> Consultations en ligne des professionnels, juin et juillet 2020, 118 407 participants, disponible sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020

sont soumises à autorisation ou information auprès de l'ARS (1). En temps de crise les formalités administratives paraissent longues et inutiles pour une action rapide. De plus la cellule de crise de l'ARS n'est pas composée de praticiens hospitaliers qui sont pourtant les premiers concernés par la gestion de la crise (2).

## 1 : La soumission à l'ARS pour la pratique de leur activité

L'ARS agit comme une administration déconcentrée c'est-à-dire que l'agence régionale de santé se divise en directions, sous-directions, pôles de proximité afin d'assurer un relai et un dialogue constant avec les centres hospitaliers. De manière concrète, l'ARS Haut-de-France se situe à Lille, elle contient 8 sous directions, qui se divise chacune dans des sous catégories dans les pôles de proximité qui sont situés dans chaque département qui compose la région dont l'ARS à la charge. Le Centre Hospitalier d'Arras, situé dans le département du Pas-de-Calais, lui-même dans la région haut-de-France a un pôle de proximité comme interlocuteur principal. En ce qu'il s'agit des autorisations exigées pour leur activité, les établissements s'adressent au chargé de mission du pôle de proximité. Ce chargé de mission est sous l'autorité d'une direction et d'une sous-direction précise. Ainsi en fonction de la demande de l'établissement, le chargé de proximité est un interlocuteur fiable et régulier. Ce schéma permet aux établissements d'avoir un interlocuteur unique et spécialisé dans chaque domaine. Cela permet aussi d'avoir une continuité pour les établissements de santé. Cet agent effectue un relai des informations qui suivent un circuit précis. Le chargé de mission possède la double fonction d'autoriser les demandes des hôpitaux publics et de dialoguer avec eux, mais aussi de les instruire et de les transmettre au siège<sup>201</sup>. Le renouvellement est ainsi facilité par la connaissance de l'interlocuteur régulier de l'hôpital public. La répétition du schéma de demandes d'autorisation favorise les établissements à prendre confiance et participer pleinement à la réalisation du projet de soins commun pour le territoire.

Le pôle de proximité est donc en permanence en dialogue avec les centres hospitalier d'une localité, cela permet de suivre les projets et d'accompagner les établissements dans une relations de confiance. De plus, même dans le cadre de la gestion en GHT, l'établissement support n'est pas prioritaire sur les autres établissements et chaque centre hospitalier a les mêmes chances que les autres pour une demande ou un appel à projet. Ce schéma a toutefois

---

<sup>201</sup> Propos issus d'un entretien téléphonique avec une chargée de mission au pôle de proximité du Pas-de-Calais, sous la direction de l'offre de soins et de la sous-direction des établissements de santé.

été quelque peu chamboulé par la crise sanitaire<sup>202</sup>, et les agences se sont retrouvées face à des situations inconnues à gérer. La mise en place de la cellule de crise a été une contrainte supplémentaire pour la gestion des hôpitaux publics.

## 2 : La cellule de crise de l'ARS en rupture avec la vie des services hospitaliers

Il est convenu qu'en cas de crise sanitaire l'ARS coordonne l'ensemble des acteurs de santé pour organiser la réponse à de tels événements<sup>203</sup>. A cette fin, l'ARS a procédé un zonage dans chaque région<sup>204</sup>. Le plan d'urgence de l'ARS se décompose en trois niveaux, le premier niveau est cellule de veille et gestion des alertes sanitaires. Le deuxième niveau appelé renforcé, est une cellule qui comporte de personnels supplémentaires des différentes directions de l'ARS selon les besoins identifiés. Et le troisième niveau qui est appelé crise se compose par l'activation d'une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaires (CRAPS). Cette structure de crise de l'ARS est renforcée par des personnels de différentes directions de l'ARS et s'articule autour des composantes de décisions, situation/opérations, communication, expertise et support<sup>205</sup>.

Toutefois, cette organisation, dans la mise en pratique est lourde et ne permet pas l'action rapide demandée par les acteurs de santé. Si la nécessité d'organisation est comprise par les acteurs de santé pour ne pas être « dans la pagaille », la procédure théorique de l'ARS n'est pas optimale. C'est ainsi ce qu'exprime Jean Rottner dans son audition par la commission d'enquête parlementaire « des lourdeurs et des complications » du côté des agences régionales de santé<sup>206</sup>.

L'AP-HM et l'AP-HP mettent en place leur propre cellule de crise pour agir au plus vite et au plus près de leurs besoins. Ces deux structures regroupent plusieurs hôpitaux, ce qui permet une action groupée. À la suite de leur réunion de crise, le président de CME et un administratif

---

<sup>202</sup> Op.cit

<sup>203</sup> Site internet de l'ARS, mis à jour le 1<sup>er</sup> août 2017.

<sup>204</sup> Instruction n° DGS/DUS/CORUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

<sup>205</sup> Article ARS, La gestion opérationnelles des situations sanitaires exceptionnelles, 1<sup>er</sup> août 2017.

<sup>206</sup> Rapport du Sénat n°199, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020.

peuvent renseigner les cellules de crises de l'ARS<sup>207</sup>. Les chefs de pôle de ces grandes structures sont souvent interrogés par les médias. Leur propos sont vindicatifs envers les ARS, qui sont décisionnaire pour les remaniements de service. En effet, pour chaque ouverture de service même spécifique au Covid l'ARS doit observer une procédure de demande d'ouverture de lit, ce qui n'est pas corrélatif avec une action urgente. Les autres structures de taille plus petites, ne peuvent pas nécessairement s'organiser en interne et la cellule de crise de l'ARS devient le seul relai. L'ARS doit donc être modulable à l'image de l'hôpital pour assurer sa mission pleinement. C'est pourquoi l'enquête dirigée par la Commission de parlementaires et la CJR<sup>208</sup>, va s'intéresser au fonctionnement de l'ARS, en sus des actions gouvernementales.

## §2 : L'enquête demandée au Sénat à des fins d'analyses

L'enquête demandée par le Sénat (et de la commission qu'il va former) va permettre de mettre la lumière sur la gestion de la crise du COVID-19 afin d'améliorer la pratique institutionnelle, mais aussi de s'assurer qu'aucune faute n'a été commise. Plusieurs plaintes dirigées contre les membres du gouvernement ont été reçues et l'enquête permet de déterminer la responsabilité de chacun (A). A la suite des mois d'enquête un long rapport est rendu le 08 décembre 2020, avec ses conclusions concernant la gestion de la crise sanitaire en France (B).

### A : La responsabilité des dirigeants mise en cause

La gestion de la crise a été organisée par le gouvernement au détriment des institutions de santé, dès lors ce sont vers les membres du gouvernement que les plaintes ont été dirigées, et particulièrement contre le premier ministre et le ministre de la santé (1). Cette situation n'est pas commune car ce sont les citoyens qui ont déposé plainte contre les actions décidées par le gouvernement. La situation étant inédite, la mise en place d'une enquête par le Sénat est apparue comme le moyen de mettre la lumière et de mettre en œuvre la transparence sur les actions du gouvernement. C'est aussi un moyen pour assurer auprès des citoyens la démocratie sanitaire (2).

---

<sup>207</sup> Vidéo de l'AP-HM, Face au Covid-19 : au cœur de l'hôpital de la Timone.

<sup>208</sup> Cour de Justice de la République

## 1 : Le dépôt de plainte à l'encontre du Premier Ministre et du Ministre de la Santé

La gestion de la crise sanitaire du Covid-19 a généré de nombreux débats et d'incompréhensions. Dès avril 2020, des plaintes sont déposés à l'encontre des membres gouvernement notamment l'ancien premier ministre Édouard Philippe, l'ancienne ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn, et l'actuel ministre Olivier Véran. Les personnes politique ne sont pas les seules à être poursuivis, un préfet et l'ARS des Hauts-de-France ont pu observer des dépôts de plaintes à leur rencontre. Ces plaintes sont essentiellement fondées sur la mise en danger de la population, et la prise tardive des mesures sanitaire. Face aux nombres de plaintes pénales déposées contre les ministres, la Cour de justice de la République est saisie pour juger les ministres en exercice. Il existe à ce sujet une pétition en ligne qui compte depuis le 24 mars 2020 plus de 202 000 signatures électroniques<sup>209</sup>.

Selon la Constitution française<sup>210</sup>, le président de la République est irresponsable pénalement lorsqu'il exerce ses fonctions sauf en cas de crimes contre l'humanité<sup>211</sup>. Le Parlement peut exercer une mission de contrôle des actions du gouvernement notamment quand il légifère par voie d'ordonnance. Le Sénat organise une commission d'enquête pour contrôler l'action du gouvernement et précisément pour examiner l'agissement tardif ou non du gouvernement à prendre des mesures face à l'épidémie de Covid-19. Cette commission du Sénat est orchestrée à la demande de son président Gérard Larcher, elle sera présidée par Alain Milon<sup>212</sup>. Le 30 juin 2020, il est annoncé publiquement que le parlement organisera sa mission de contrôle au travers de sa commission d'enquête. Le 1<sup>er</sup> juillet 2020, les noms des trente-six enquêteurs est publiés<sup>213</sup>. Les travaux dureront six mois et de plusieurs acteurs de la crise seront auditionnés afin d'exercer la démocratie<sup>214</sup>.

Le 08 décembre 2020, la commission d'enquête dirigée par Alain Milon rend son rapport en deux tomes, l'un précise l'analyse des actions menées par le gouvernement et les auditions des personnes entendues. Cette enquête a été fortement médiatisée et les auditions ont été filmé et

---

<sup>209</sup> Consulté en ligne, <https://plaintecovid.fr>

<sup>210</sup> Constitution de la Ve République française, datant du 4 octobre 1958 révisée le 23 juillet 2008.

<sup>211</sup> Article 67 de la Constitution française du 04 octobre 1958.

<sup>212</sup> Rapport du Sénat n°199, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020.

<sup>213</sup> Article public Sénat, Covid-19 : une commission d'enquête XXL au Sénat, publié le 30 juin 2020.

<sup>214</sup> Article public Sénat, Un an de crise du Covid-19 : comment le Sénat a continué à contrôler le gouvernement, publié le 15 mars 2021.

retransmises à la télévision, ce processus est rare et novateur cela démontre l'ampleur de la crise. Cette volonté d'exercer une enquête sur les agissements politiques de gouvernement est un moyen de mettre en œuvre la démocratie et d'affirmer la transparence des agissements politiques envers les français. L'autre tome du rapport de la commission d'enquête propose des enseignements à tirer de cette crise.

## 2 : L'assurance de la démocratie et de la transparence dans l'enquête parlementaire

L'enquête parlementaire pourra permettre non seulement de répondre aux demandes des usagers du service de santé, mais aussi aux ARS de pouvoir anticiper de nouvelle gestion de crises sanitaires. La commission d'enquête du Sénat doit donc répondre à la question de la bonne gestion de la crise du Covid. Ces questions sont importantes étant donné la portée de la crise sanitaire et le besoin de réponse des citoyens. Si la crise a engendrée des prises de mesures exceptionnelles, la République française est une démocratie qui ne cesse pas avec les mesures exceptionnelles. La commission a promis de faire preuve de transparence sur la gestion de la crise afin d'assurer la démocratie caractéristique de la République. C'est ce que rappelle le sénateur Milon lors de débats houleux sur la tenue de l'enquête « Une commission d'enquête, ce n'est pas la justice. Le but n'est pas de juger »<sup>215</sup>. La tenue de cette enquête est soumise à des critiques politiques, certains membres de l'Assemblée nationale et du gouvernement observent cette mise en œuvre de la démocratie comme une manœuvre politique liées à des disparités politiques entre groupes de mouvances différentes. En effet, le gouvernement est composé de membre du parti présidentiel c'est-à-dire *La république en marche* face à un Sénat qui est majoritairement ancré dans un parti politique de droite *Les républicains*.

Les français sont dans un climat de doute et malgré le recours massif à la Cour de justice de la République, ils ne font pas confiance à cette institution<sup>216</sup>. Cette cour est créée en 1993 pour donner suite au scandale de l'affaire du sang contaminé<sup>217</sup>. Pourtant depuis sa construction elle est fortement remise en cause. La Cour de Justice de la République a tout de même reçu plus de 150 plaintes dont 14 sont en cours d'instruction. La Cour estime que l'instruction de

---

<sup>215</sup> Op.cit

<sup>216</sup> Revue française des affaires sociales, J. BAILLY, l'épidémie de plaintes en temps de Covid-19 : en France, en Espagne et en Belgique, 2021/2, pp. 37 à 56

<sup>217</sup> Arrêt du 09 mars 1999 de la Cour de Justice de la République, affaire n°99-001

cette enquête pourra se terminer au premier trimestre 2022<sup>218</sup>. La Cour jugera donc l'action des ministres à la différence de la commission parlementaire.

L'enquête menée vise à expliciter la conduite tenue lors de la crise et les motivations qui ont justifié les prises de décisions du gouvernement<sup>219</sup>. Le rapport ne se veut pas accusateur car ce n'est pas son fondement. Les parlementaires ne sont pas juges de l'action du gouvernement mais, exerce un contrôle de son action<sup>220</sup>. De ce fait, le rapport propose des solutions durables pour la réorganisation du système de santé en cas de crise sanitaire de grande ampleur.

### *B : Les conclusions dégagées la Commission d'enquête*

Le rapport du Sénat est rendu le 08 décembre 2020, l'épidémie n'est pas pleinement endiguée, mais les premières conclusions peuvent être tirées. Le rapport sous la direction de Monsieur Maillon propose des hypothèses pour à l'avenir avoir une gestion de crise adaptée quand il est question d'un virus planétaire (1). Les solutions sont orientées sur les difficultés rencontrées par les personnels soignants comme la réactivité et l'effectivité des décisions au sein des structures qui y sont confrontées dans l'instant (2).

#### **1 : La proposition de réelle décentralisation**

Le deuxième tome du rapport n°199 propose des solutions à développer afin de mieux anticiper une possible crise sanitaire. La proposition principale se porte sur l'action des ARS. En effet, les ARS étant les référents en matière de santé et les coordinateurs essentiels des décisions de santé. Elles ont un rôle important à jouer dans la décentralisation de la santé publique comme l'avance Madame N. Lefebvre « Il faudrait mettre en place un travail beaucoup plus en commun avec les ARS. Certaines décisions mériteraient d'être prises ensemble. Nous sommes en lien quotidien avec les EHPAD. Nous pourrions mieux partager les informations qui les concernent, car chaque établissement a sa spécificité ; on ne doit pas appliquer les mêmes mesures partout ». Ou encore Monsieur J. Rottner « Il faut une responsabilité départementale, avec une délégation territoriale de l'ARS, en lien avec le préfet

---

<sup>218</sup> Article Le journal du dimanche, Covid-19 : l'enquête de la CJR pourrait parasiter la présidentielle, P. RADENOVIC, 24 janvier 2021

<sup>219</sup> Article 24 de la Constitution française du 04 octobre 1958

<sup>220</sup> Article 51-2 de la Constitution française du 04 octobre 1958

du département, pour une gestion de proximité du médico-social, du social et de la psychiatrie  
». 221

La gestion décentralisée que l'ARS doit représenter et appliquer dans les faits, n'a pas été mise en œuvre et les ARS sont restées dépendantes des positions gouvernementales rendant l'action des professionnels de santé limitée. Les ARS ont aussi tardé à mettre en place une coopération entre les différents acteurs de santé. Le SAMU a été débordé par plusieurs milliers d'appel par jour, et les pompiers n'ont pas toujours été associés aux mouvements de transport des malades. Les médecins généralistes et infirmières libérales qui sont des professionnels formés n'ont pas été associés<sup>222</sup> dans un premier temps à la gestion de la crise et cela a encore une fois fait peser un poids conséquent sur les hôpitaux publics qui sont déjà confrontés à de forts mouvements d'entrées en leur sein. Nonobstant une organisation qui comprend le plus d'acteurs possible, en temps de crise ce fonctionnement est trop lourd pour agir avec rapidité. Agir dans la rapidité n'est pas le seul enjeu de la crise. Les ARS doivent non seulement agir vite mais aussi bien, c'est pourquoi le rapport de la commission du Sénat a été organisé. Ce rapport sert à montrer les défauts du système actuel pour le corriger et ainsi pouvoir agir de manière efficace en cas de nouvelle crise sanitaire d'ampleur national ou internationale.

## 2 : Une réactivité assurant l'effectivité de réaction face à une situation

Le constat est établi que l'ARS a tardé à réagir et n'a pas pris de place indépendante dans la gestion de la crise du Covid-19 vis-à-vis du gouvernement. La situation sanitaire se dégradant rapidement, le personnel soignant fait face à un manque cruel de matériel et les ARS ne peuvent répondre à cette demande alors que c'est pourtant leur rôle. Le manque de stock devient un enjeu national. Les ARS ne peuvent pas apporter de réponse aux situations que les régions et plus localement les hôpitaux connaissent. Le principe de l'unique référent a montré son efficacité en cas de situation dite normale. Mais dans la gestion de la crise l'ARS n'a pas répondu de manière efficace pour les professionnels qui étaient confrontés aux patients COVID. C'est à ce moment que l'on a commencé à observer le rationnement des masques chirurgicaux, mais encore une fois les ARS n'ont pas été le relai. Les ARS pouvaient ainsi assurer un contrôle

---

<sup>221</sup> Rapport n°119, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020.p.219

<sup>222</sup> Article L6327-1 et suivants du CSP

voire même la distribution aux soignants de masques FFP2 et chirurgicaux, afin d'assurer une action décentralisée et donc efficace<sup>223</sup>.

Les hôpitaux ont donc été les premiers à décrier une action centralisée par le gouvernement et à critiquer les ARS qui n'ont pas agi de manière régionalisée comme elles sont censées le faire car c'est leur essence même<sup>224</sup>. La gestion centralisée au niveau de l'État ne prend pas en considération les difficultés que certaines régions ont connu.

Ainsi le rôle de l'ARS, tel que décrit par M. Etienne Champion, directeur général de l'ARS des Hauts-de-France auditionné par la commission d'enquête, est conçu comme « une instance qui doit introduire de la souplesse dans le rapport entre le national et le local », qui « doit avoir une certaine autonomie dans le respect, évidemment, des règles nationales, mais (...) doit se nourrir du terrain »<sup>225</sup>.

L'ARS a fait face à des difficultés organisationnelles de grande ampleur. Dans le même temps, le gouvernement peine à mettre en place de réelles actions. Toutes ces organisations protocolaires n'étaient pas en adéquation avec la situation urgente que vivait les acteurs de terrains et cette lenteur a engendré un défaut d'action. La France n'était pas préparée à une urgence sanitaire. Le manque de communication entre les différentes strates de la hiérarchie sanitaire et politique n'a pas permis une action commune rapide face à la crise sanitaire qui arrivait dans le monde.

C'est pourquoi il est nécessaire de tirer des enseignements de la crise du Covid-19 afin d'assurer une meilleure direction pour les futures crises à venir.

## Chapitre 2 : Les enseignements de la crise du Covid-19 sur les dialogues ARS-CH

La gestion d'une première crise sanitaire pour les institutions de l'ARS est source de prise en considération de demandes des personnels hospitaliers de chaque corps (section 1). L'ampleur est inédite pour l'institution, mais elle ne remet pas en cause l'institution. Cette crise permet ainsi de mettre en avant de futures hypothèses d'actions (section 2).

---

<sup>223</sup> Proposition d'action d'un membre du conseil régional d'Ile-de-France

<sup>224</sup> Rapport du Sénat N°199 du 8 décembre 2020,

<sup>225</sup> Rapport du Sénat N°199 du 8 décembre 2020, p.65

## Section 1 : La prise en considération des appris de la crise

La fin de la première vague de la crise du COVID-19 permet à de nombreuses réformes concernant les personnels hospitaliers et des personnels de la santé plus généralement de faire entendre leur revendications (§1). C'est dans ces conditions que le gouvernement met en place un groupe de travail et organise le Ségur de la santé dès juin 2020, alors même que la crise n'est pas résorbée. Ces réformes sont aussi l'occasion de constater que certaines catégories de la population ont été « oublié » pendant la crise et ont pourtant participer activement à la contenir (§2).

### §1 : Des réformes pour l'hôpital

Les personnels hospitaliers sont divisés en corps de métiers comme les infirmières, les sages-femmes, les médecins, les internes. Ces corps sont régulièrement en manifestation de leurs droits ou demandes. Les mouvements notamment de grèves au sein de ses corps sont redondant par exemple les infirmières (A). Afin d'éviter la surcharge sur les hôpitaux public, les différents gouvernements depuis les années 2000, essayent d'instituer des solutions à travers la médecine de ville (B).

### A : La redondance des crises dans le milieu hospitalier

Les personnels hospitaliers sont régulièrement en grève, ce type de mouvements sociaux est le moyen de revendiquer des demandes ou condition de travaux des personnels (1). De nombreux mouvements sociaux à leur initiative sont organisés et médiatisés, en 1988, 1991, 2015, 2017, 2018, 2020 en sont des exemples. Toutefois, le sentiment d'impuissance et d'incompréhension est grandissant dans le quotidien des personnels hospitaliers (2).

## 1 : L'habitude des grèves pour revendiquer

Le droit de grève<sup>226</sup> est un droit constitutionnel<sup>227</sup> que chaque salarié et fonctionnaire possède (sauf dérogation)<sup>228</sup>. Ce droit est repris dans la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, à laquelle la France est partie. Le droit européen dans la pyramide de Kelsen est supérieur à la loi nationale. Le droit de grève concédé en France est donc affirmé à plusieurs niveaux de hiérarchie afin d'assurer l'effectivité de ce droit. Si de nos jours le droit de grève est concédé au plus grand nombre de travailleurs cela n'a pas toujours été le cas. Ce droit est au reconnu aux agents du service public par la jurisprudence<sup>229</sup> avant d'être codifié dans la loi de 1983. Toutefois, le service public hospitalier est un service continu<sup>230</sup>. Le droit de grève des agents est donc subordonné à un motif en lien avec les conditions de travail et porter par un groupe représentant syndical<sup>231</sup>. Le représentant syndical dépose un préavis pour informer la direction de la tenue d'une grève, pour que le directeur d'établissement prévoit un service minimum en fonction des personnes qui ne seront pas présentes. Cependant le directeur de l'établissement peut limiter l'exercice du droit de grève de ses agents en cas de nécessité de continuité du service public, les agents sont alors réquisitionnés ou soumis à un service minimum<sup>232</sup>.

Ces mouvements de grèves répétés des personnels soignants sont complexes à mettre en place, et les syndicats sont le plus souvent à l'origine des demandes de manifestations des employés afin d'exiger des conditions de travail plus décentes. Cependant ce mode de fonctionnement très affectueux en France, ne permet pas nécessairement d'obtenir un accès sur les revendications des travailleurs. Ainsi, à titre d'exemple, lors de la mise en place de l'obligation vaccinale pour les personnels travaillant à l'hôpital de nombreux syndicats ont lancé des appels à la grève pour protester contre cette mesure qu'ils jugent liberticide<sup>233</sup>.

---

<sup>226</sup> Définit dans l'arrêt n°539 du 23 juin 2006, Cour de cassation, assemblée plénière.

<sup>227</sup> Droit affirmé dans la Constitution de 27 octobre 1946, alinéa 7 du préambule, qui fait partie du bloc de constitutionnalité de la Constitution de la Ve République.

<sup>228</sup> Loi n°634-83 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>229</sup> Arrêt du Conseil d'État en assemblée, Dehaene du 7 juillet 1950.

<sup>230</sup> Arrêt Conseil d'État, Centre Hospitalier régional d'Orléans, 07 janvier 1986, n°92.162.

<sup>231</sup> Loi n°634-83 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<sup>232</sup> Arrêt Conseil d'État, Madame Rosenblatt, du 30 novembre 1998, n°183359.

<sup>233</sup> Demandes déposées dans les hôpitaux en France par les Syndicats comme SUD, FO, CGT.

La grève est pour les syndicats le seul moyen de faire entendre les voix des soignants car les instances de représentation ne représentent pas les soignants en exercice dans la majorité.

## 2 : Le sentiment d'impuissance grandissant

Les mouvements de grève de la fonction publique ne sont pas nécessairement porteurs de changements. En effet l'impact d'un mouvement initié par les fonctionnaires et qui ne peut pas regrouper tous les fonctionnaires, est moins fort pour les supérieurs hiérarchiques et *a fortiori* pour les directions des institutions qui sont confrontées à un fort taux d'absentéisme. L'assurance d'un service minimum impacte la possible création d'une unité de force de la part des agents de l'État. Les mouvements sociaux à l'hôpital public sont peu efficace car ils sont confrontés à des différences de corps et d'appartenance fondamentale pour créer une unité. De plus, le sentiment d'impuissance se généralise chez les professionnels de la santé en milieu hospitalier. Ils ne croient plus dans les instances de représentation comme le CSIRMT<sup>234</sup>, ou dans les actions des syndicats, dans l'essence même de leur métier.

Le sentiment de perte de vocation chez les personnels soignants est grandissant et multiple. Le corps infirmiers notamment est très touché par ce sentiment d'impuissance qui entraîne une perte de vocation. Le mythe du soignant altruiste patient et présent pour les usagers est très vite balayer par une réalité qui est tout autre. Les personnels sont en sous nombre, doivent aller vite, et occupe une grande partie de leur temps à gérer des formalités administratives<sup>235</sup>.

Ce sentiment associé à l'absence de reconnaissance du travail fourni de la pénibilité quotidienne du métier entraîne une fatalité chez les personnels soignants qui ne souhaitent plus exercer leur métier. Ainsi de nombreuse reconversion ont lieu, soit une partie des infirmières s'orientent vers de l'HAS, du SSIAD ou vers un exercice libéral. Cela se vérifie sur certaines promotions des IFSI, par exemple l'IFSI d'Arras estime que 40% de élèves diplômés IDE ne seront pas dans les services hospitaliers après l'obtention de leur diplôme<sup>236</sup>.

---

<sup>234</sup> Mémoire EHESP, La Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques, de Rééducation : un outil de management pour soutenir la politique des soins, P. DELAMARE, 2004

<sup>235</sup> Cliniques, S. DELIEUTRAZ, Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé, édition ERES, 2012, pp.146-162

<sup>236</sup> Chiffres estimés par la direction de l'établissement et communiqué lors d'un entretien oral.

Ce dévoiement de l'hôpital public de la part de son personnel, de l'absentéisme et des mutations de la conception des soins (crise du covid-19), entraîne une volonté de créer des alternatives à l'hôpital public sans pour autant lui faire perdre son rôle prédominant dans la gestion de la santé des usagers.

### *B : La volonté d'augmenter les alternatives à l'hôpital*

Le recours à la médecine de ville avant d'aller à l'hôpital n'est pas une innovation, mais dans les faits ce sont les souvent les hôpitaux qui sont considérés comme la solution de premier recours pour la population. Le plan « ma santé 2022 » proposé en 2017, vise donc à assurer des propositions de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital (1). Et ainsi assurer une coopération plus étroite entre les services de médecine de ville et l'hôpital (2).

#### 1 : Les propositions du plan « ma santé 2022 »

Le plan gouvernemental de la présidence Macron, « ma santé 2022 » a connu un coup d'arrêt avec la crise sanitaire du Covid-19. Cependant, certaines mesures prennent tout leur sens comme la mise en place des hôpitaux de proximité. En effet, le plan « ma santé 2022 », prévoit la labélisation par les ARS d'hôpitaux de proximité afin d'assurer les soins de premier recours notamment dans les zones sous dotées en structures de santé<sup>237</sup>. Ces hôpitaux de proximité seront complétés par les CPTS et les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP). Les hôpitaux de proximité et les CPTS ou MSP coordonnent l'action de la médecine et de l'hôpital. Ces deux entités sont aujourd'hui représentées par des sous-catégories différentes de l'ONDAM<sup>238</sup>, mais elles ne sont pas nécessairement opposées dans leurs actions. La coordination de la médecine dite de ville et dite hospitalière est un atout pour la prise en charge de la santé. En cas de crise sanitaire cette possibilité est un moyen de ne pas engorgé les hôpitaux publics.

L'un des grands axes de la nouvelle loi de santé, est de mettre en place une coordination effective entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Les praticiens qui exercent leur fonction dans ces deux contextes ont la même formation. C'est pourquoi la difficile mise en

---

<sup>237</sup> Loi du 26 juillet 2019.

<sup>238</sup> LFSS 2020 révisée à la suite de la pandémie.

place d'une action coordonnée entre les praticiens libéraux et les praticiens hospitaliers en temps de crise n'a pas été comprise. Les cliniques privées se sont préparées à accueillir des malades du covid-19 en soutien des hôpitaux publics et pourtant, la sollicitation a été fortement moindre pour eux. Seules les régions les plus touchées par le nombre de cas de patients atteints du Covid, ont vu une coopération clinique privée / hôpital se mettre en place. Cette organisation est à la charge des directeurs d'établissement comme le montre l'exemple de la clinique privée Le Bois à Lille et le CHRU de Lille<sup>239</sup>. On estime en mars 2021 lors de la troisième vague, que 12% des patients avec des besoins en service de réanimation, se trouve dans des cliniques privées. En Ile-de-France ce chiffre atteint les 26% car la tension hospitalière est plus forte. Les hôpitaux publics restent donc en grande majorité tributaires des soins et des entrées des patients atteints par le Covid-19. Cette prise en charge par les hôpitaux public n'exclue pas *de facto* l'assistance portée par les professionnels de santé libéraux. La coordination annoncée dans le cadre du plan ma santé 2022, prend forme et tout son intérêt lors de la gestion de la crise sanitaire<sup>240</sup>.

## 2 : La coordination de soins pour associer la médecine de ville à l'hôpital

L'ARS est le point pivot de la discussion dans le monde de la santé car elle est en contact avec tous les professionnels de santé et avec le gouvernement via le ministère de la santé. Et pourtant cet atout n'a pas été exploité dans un premier temps. Les cliniques privées et les professionnels libéraux n'ont pas été associés au premier mouvement contre l'épidémie. Cette omission a fait peser tout le poids de la crise sanitaire sur les hôpitaux public déjà fragilisé depuis des années par le manque de moyen humain, matériel, et financier.

Face au tardif déclenchement du plan d'urgence sanitaire, les ARS n'ont pas pris au début de la crise un rôle qui était pourtant le leur. Toutefois, on observe quelques initiatives très locales d'associations de praticiens libéraux et de centres hospitaliers pour éviter la surcharge inutile des hôpitaux<sup>241</sup>. Ces initiatives locales ont pu connaître l'aide de l'ARS dans la mise en

---

<sup>239</sup> Article LCI, Covid : les cliniques privées sont-elles également en tension ? publié le 31 mars 2021 et retransmis à la télévision au journal télévisé de TF1.

<sup>240</sup> Rapport de la FHF, renforcer le lien ville-hôpital, les éditions de la fédération hospitalière de France, 2018

<sup>241</sup> Rapport du Sénat n°199, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020. p.163

place, l'organisation et le prêt de lieu pour effectuer un « écrémage » dans les différents cas de COVID et ainsi permettre aux hôpitaux de prendre rapidement en charge les cas les plus sérieux<sup>242</sup>. Cette coopération ville-hôpital n'est malheureusement pas une généralité au début de la crise sanitaire<sup>243</sup>, ainsi au début de la crise sanitaire des patients sont transférés dans des hôpitaux étrangers alors que des places sont disponibles en cliniques privées.

Les initiatives locales sont toutefois porteuses d'espoir pour la coordination ville-hôpital. Des médecins généralistes ou des infirmières en retraite sont venus renforcer les équipes des centres hospitaliers. Pendant leurs congés certains praticiens venaient en renforcement des équipes présentes dans les services Covid. Les médecins généralistes ont aussi accueilli de nombreux patients infectés du virus du Covid-19 qui ne nécessitaient pas d'hospitalisation, et ont assuré le suivi du patient.

Ces initiatives sont la preuve que la coopération ville-hôpital est possible, et ce même en période de crise sanitaire de grande ampleur. Toutefois cette crise sanitaire a entraîné des « oubliés » qui ont pourtant été touchés durement par la crise. Les comparaisons avec les autres pays est aussi facile avec la circulation de l'information et des médias performants, mais cela n'est pas toujours de bon augure.

## §2 : Les oubliés de la crise et les erreurs de la comparaison

La crise du COVID-19 dans sa gestion, a permis de mettre en valeur des personnels présents et indispensables et pourtant « oublié ». C'est le cas de la filière médico-sociale qui prend en charge de nombreux usagers (A). La comparaison avec les pays étrangers et notamment voisin européen met en perspective la gestion de la crise, cela permet aussi de comprendre les erreurs commises (B).

---

<sup>242</sup> Communiqué de presse ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Covid-19 : la coopération ville-hôpital au service de la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation : exemple d'une initiative mise en place dans la Loire, 18 novembre 2020

<sup>243</sup> Article Le quotidien du médecin, Une coopération ville-hôpital renforcée face à l'épidémie de Covid-19, C. COLMONT, 22 juin 2020

## A : Les usagers relevant du secteur médico-social

Les premiers touchés par la crise du COVID-19 sont les résidents des EHPAD, ils sont très vulnérables et ne nécessitent pas toujours un accompagnement médical lourd, c'est pourquoi ils sont affiliés au domaine du médico-social (1). En plus des résidents en EHPAD, de nombreuses personnes en situation de handicap ou d'accompagnement social sont prises en charge dans les structures médico-sociales. Ces personnes sont dans une situation de vulnérabilité et pourtant n'ont pas été considérées dans les « premières lignes » de la crise ce qui leur confère ce terme « d'oubliés », c'est aussi le cas pour tous les accompagnants sociaux (2).

### 1 : Les résidents en EHPAD

Les premières mesures qui ont été prise par le gouvernement ont concerné la prise en charge des patients infectés par le virus du SARS-COV2, mais les EHPAD ont dans un premier temps été exclu. La comptabilisation du nombre de personnes décédées des suites de la contraction de ce virus ne comprenait pas les résidents des EHPAD. Les résidents en EHPAD sont majoritairement des personnes vulnérables qui ont plusieurs pathologies dont des pathologies chroniques qui entraînent une forte dépendance pour les gestes de la vie courante<sup>244</sup>. Ainsi lors des premières réunions pour décider du plan d'action national, les EHPAD ne sont pas intégrés et des mesures sont décidés dans chaque établissement. En effet, limiter les visites auprès des résidents peut être néfaste pour les personnes les plus fragiles. Cependant certains établissements connaissent un taux de décédés très élevés. Les EHPAD sont des établissements qui peuvent être privés et donc ne sont pas nécessairement rattachés à un hôpital public. En termes de chiffres, la DREES estime que plus de 600 000 personnes sont des résidents en EHPAD. Plus de 29 000 résidents sont décédés à la suite d'une infection au COVID-19, 74% des établissements de France métropolitaine ont fait face à des cas de patients atteint par le virus du Covid<sup>245</sup>. Les personnels des EHPAD qui prennent soin des résidents au quotidien ont subi les mêmes manques de moyen que les hôpitaux publics. Les personnels n'avaient pas de

---

<sup>244</sup> Document DREES, Études et Résultats, En 2020, trois Ehpads sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19, A. MIRON DE L'ESPINAY et L. RICROCH, juillet 2021, n°1196

<sup>245</sup> Op.cit

masque, de blouse ou de test pour connaître l'épidémiologie des résidents. Les personnels infectés ne sont pas remplacés et les mesures strictes conduisent à un confinement en chambre pour de nombreux résidents en France. Les visites des proches sont suspendues et les personnels se retrouvent seuls avec les résidents. Les personnels du champ médico-social se sentent oubliés et dévalorisés par rapport à leurs collègues des hôpitaux, alors qu'ils ont fait tout autant. Au plus fort de la tension hospitalière, certains résidents atteints par le virus ne sont pas déplacés vers une structure sanitaire et sont soignés sur place. Ce sont alors les personnels de l'EHPAD (privé ou public) qui prennent en charge le résident et doivent appliquer un protocole strict en s'assurant que le résident ne contamine pas les autres résidents ou même le personnel. La complexité de la gestion de la crise sanitaire en EHPAD est que les résidents sont des personnes vulnérables et cumulent d'autres pathologies psychiques ou physiques<sup>246</sup>.

Les résidents en structures d'hébergement ne sont pas les seuls grands oubliés de la crise sanitaire, les professionnels de santé qui les accompagnent au quotidien aussi ont manqué de considération. Le monde médico-social a souffert de la situation de crise sanitaire, les usagers de ces structures ont eu l'impression d'être abandonnés tout comme le personnel qui travaille avec eux. C'est aussi le cas des personnes placées en structures d'accompagnement qui sont essentiellement associatives.

## 2 : Les personnes dépendantes ou accompagnées en structures

Les personnes en situation de détresse sont à 75% pris en charge dans des structures médico-sociales associatives.

Le domaine médico-social est fortement associatif, il est constamment en recherche de moyens et de personnels<sup>247</sup>, les associations font face à des problématiques structurelles de gestion pour accompagner ces personnes dans les tâches de la vie courante.

---

<sup>246</sup> Module interprofessionnel de santé publique, crise sanitaire et grand âge : dans quelle mesure le confinement dans les EHPAD interroge-t-il la prise en charge de la vieillesse en établissement ?, groupe n°21 J-C AGOSTA, C. BRU, F. BULTEAU, G. FAMEL, L. JACOUD, F. JOLY, H. LEHERICEY, L-M DE SOYE et C. VIAN, EHESP, 2020

<sup>247</sup> Revue RECMA, les associations du secteur social et médico-social, entre créativité et normalisation, M. COMBES-JORET et L. LETHIELLEUX, 2017/2, n°344, pp. 23-24.

Lors de la crise du Covid-19, ces structures n'ont pas été accompagnées par l'État et ont dû pour la plupart fermer leurs portes. Cela a créé des situations très précaires pour les familles qui avaient un membre pris en charge par les structures. Les personnes en situation de handicap mental sont ainsi retournées dans leur foyer familial sans accompagnement et sans aide. Le gouvernement n'a pas envisagé que ces structures restent ouvertes. Ainsi les personnes atteintes de trisomie 21 ou d'autisme sont prises en charge par des structures médico-sociales qui les accompagnent dans leur démarche de la vie courante comme pour trouver un emploi, accéder à une autonomie relative, s'instruire. Ces personnes considérées en situation de handicap sont encadrées par des professionnels de la santé qui sont formés à gérer des crises de violence, de démence ou de profonde tristesse dont ces personnes sont plus susceptibles de souffrir. La situation de crises sanitaires a obligé ces centres associatifs ou gérés par l'État à fermer en laissant les usagers dans leur famille qui n'ont pas toujours une formation adaptée pour les aider.

C'est ce qu'exhorte Cassandra Rogeret en disant « la crise a exacerbé les défis et inégalités existants dans tous les domaines, affectant particulièrement les publics vulnérables, telles que les personnes handicapées. Un rapport européen exhorte à prendre des mesures pour changer la donne »<sup>248</sup>. Les personnes en situation de handicap sont considérées comme précaires car leur situation est instable. Ils sont plus susceptibles de contracter le virus et les conséquences des confinements et de l'arrêt de la prise en charge par des éducateurs spécialisés ont des conséquences plus graves et plus visibles sur leur vie quotidienne. Ainsi pour beaucoup de personnes, une régression de leurs aptitudes a été observée et des détresses intrafamiliales sont apparues dans les familles<sup>249</sup>. C'est après la première vague que les familles et les associations ont été prises en compte avec la mise en place de numéros d'aides, d'urgence et d'accompagnement avant de réouvrir les structures avec des protocoles strictes comme les EHPAD.

La France a pu observer ses erreurs en se comparant avec les pays européens et notamment l'Allemagne. La presse quotidienne et les médias ont accentué cette comparaison européenne et mondiale sur la gestion de la crise du Covid-19.

---

<sup>248</sup> Citation du 13 juin 2021 de C. ROGERET et l'AFP.

<sup>249</sup> Rapport sur les droits fondamentaux, European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2021

## B : La comparaison pour diagnostiquer les erreurs commises

Les médias disponibles en continue sur plusieurs canaux permettent une comparaison quasiment instantanée, cela révèle d'autant plus rapidement les différences de gestion entre les États. En France, la comparaison est fortement axée sur les pays européens, mais la connaissance épidémiologique s'exerce à l'échelle de la planète entière (2).

### 1 : La comparaison avec les pays européens

La crise sanitaire n'a pas connu de frontière et l'union européenne a été touchée de manière très violente. L'Italie, la France, l'Espagne ou la Belgique ont tous connu un nombre très important de décès dû à l'infection au virus du Covid-19. Presque tous les pays de l'Union européenne ont mené des mesures drastiques lors de la pandémie. Les pays ont connu plusieurs confinements plus ou moins stricts. Les hôpitaux ont été saturés et les pompes funèbres dépassées par l'afflux de personnes décédées. La France a très vite été alertée par la situation de l'Italie voisine. Aussi la France s'est régulièrement comparée à l'Allemagne qui a fait figure de « bon élève » pour sa gestion de la crise. Ces deux pays ont choisi des méthodes diverses pour gérer la crise au niveau national. Ces positions divergentes ont ainsi remis régulièrement en question la position de la France, dans ces choix politiques et en sanitaire. Ainsi à titre d'exemple l'Allemagne a choisi de fortement tester sa population et d'opter pour un confinement moins strict que la France. L'Italie a elle fait le choix d'un confinement très strict face à la violence de l'épidémie et du nombre de cas décédant du Covid-19. Les hôpitaux publics de l'Italie se sont retrouvés submergés des patients positifs à l'infection du SARS-COV2 et nécessitant une prise en charge médicale.

La première action des pays de l'Union européenne est de se refermer afin de gérer la crise de manière interne au pays<sup>250</sup>. C'est une action nationale reproduite à maintes reprises dans l'institution internationale la plus intégrée<sup>251</sup>. L'Union Européenne n'a pas menée une action commune face aux diverses situations de ses États-membres, de plus les politiques sanitaires

---

<sup>250</sup> Les nouvelles relations internationales, pratiques et théories, M-C SMOUTS, collection Références, éditeur Presses de Sciences Po, 1998, 410p.

<sup>251</sup> Théorie du nationalisme

sont menées par des politiques internes. Les États ont conservé leur autonomie nationale pour les droits régaliens. L'union européenne est intervenue succinctement pour des interrogations concernant les droits délégués à l'institution européenne. Ainsi la liberté fondamentale d'aller et revenir est remis en question car les pays ont exercé des actions de fermetures de frontières<sup>252</sup>. L'Union a mis en place une liste communautaires pour l'accueil des ressortissants des pays étranger<sup>253</sup>. Les ressortissants de l'Union européenne doivent être soumis aux mêmes règles d'entrée sur tout le territoire, les extra-européen sont classés selon une liste avec des couleurs. Ces couleurs conditionnent les mesures imposées à l'entrée du territoire européen comme une quarantaine, un test virologique négatif ou une vaccination effective. L'Union européenne est aussi intervenue pour les États-membre quant à la question des vaccins et de leur homologation. La gestion européenne s'est donc accompagnée d'une comparaison constante entre les États-membres qui ont ainsi pu mettre en perspective leurs politiques nationales tout en bénéficiant d'une aide de la communauté.

En dehors de l'action commune de l'Union Européenne, les médias français ont opéré une comparaison quotidienne avec les pays européen et du monde entier. Cette position a permis d'objectiver la gestion nationale de la crise sanitaire mondiale.

## 2 : La comparaison à l'échelle internationale

L'ère technologique et très connectée des années 2010 entraine une circulation de l'information très rapide. Cette information rapide par les médias et les réseaux sociaux génère aussi de la désinformation voire la diffusion des théories complotistes. Afin de justifier certaines politiques nationales les gouvernements ont recours à des comparaisons chiffrées avec les différents pays, comme le précise Frédéric Pierru « toute crise met à l'épreuve, en effet, la légitimité des États, en tant que leur monopole de la violence physique légitime a pour contrepartie la protection de leurs ressortissant »<sup>254</sup>. Ainsi le nombre de personnes décédées

---

<sup>252</sup> Décret n° 2021-724 du 7 juin 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

<sup>253</sup> Consulté en ligne, <https://www.touteurope.eu/societe/frontieres-ou-peut-on-se-deplacer-en-europe-depuis-la-france/>

<sup>254</sup> Revue Française d'administration publique, « réformes permanentes et crises sans fin », 2020, n°174.

aux États-Unis, en Allemagne ou au Brésil est présent dans les informations régulières des journaux télévisés français.

L'épidémie du Covid-19 a entraîné la mort de plus de quatre millions de personnes dans le monde dont plus de 700 000 en Europe<sup>255</sup>. Les États-Unis d'Amérique reste le pays le plus touché par la pandémie avec plus de 648 000 morts, ensuite le Brésil avec plus de 575 000 morts et l'Inde avec plus de 435 000 morts<sup>256</sup>.

Toutefois, le recours aux chiffres est limitatif car il ne comprend pas la situation nationale des États dans la mise en œuvre de leur système de santé. Ainsi l'accès à la santé, ainsi que la situation épidémiologique est tributaires des choix politique exercés par le pays. Les États-Unis d'Amérique ont un système de santé fondée sur le recours à des mutuelles payantes ou obtenus au travers des emplois. Ainsi l'accès à la santé est considéré comme mauvais dans ce pays même en dehors des cas de pandémie. Le Brésil quant à lui est un pays qui connaît de fortes inégalités d'accès à la santé. L'accès à la santé est conditionné aux revenus des personnes et seules les personnes possédant un certain revenu ont accès à des soins ou des soins de qualité. L'Inde connaît le même schéma que le Brésil. Les chiffres sont donc à relativiser en fonction des politiques exercées en matière de santé. Il faut aussi s'intéresser aux moyens de recueillir les chiffres. Les chiffres recueillis peuvent variés selon quel organisme les récupère.

Ainsi la situation épidémique ne s'évalue pas uniquement au nombre de personne décédées de l'infection au Covid-19. L'analyse des chiffres est fondamentale car elle oriente les politiques de gestion de crise. Ainsi la France a choisi d'orienter ses politiques en fonction du taux d'incidence. Cette donnée a orienté les politiques de confinement lors des vagues suivants la première. L'analyse des données permet d'objectiver les actions et aussi de prendre des mesures sur le long terme et viables pour d'éventuelles futures crises sanitaires.

---

<sup>255</sup> Données santé publique France, coronavirus : chiffres clés et évolution du la Covid-19 en France et dans le monde, mise à jour du 28 août 2021.

<sup>256</sup> Données issues de Statista, consulté en ligne <https://fr.statista.com/statistiques/1101324/morts-coronavirus-monde/> mise à jour du 24 août 2021.

## Section 2 : Les hypothèses avancées pour les crises futures

Fort de cette « première vague », les premières mesures institutionnelles sont mises en place, et d'autres sont proposées et évaluées de manière casuistique (§1). Chaque proposition doit être évaluée dans son aspect pratique. Un autre enjeu d'une importance certaine émerge c'est celui de la vaccination (§2).

### §1 : Les propositions institutionnelles

La gestion de la crise est fondée sur le modèle politique normalisé, c'est-à-dire que la gestion s'organise avec la législation. L'analyse politique est toutefois organisée selon les critères objectifs que sont les données épidémiologique et les recommandations des instructions de santé, qu'elles soient nationales ou internationales (A). Cette méthode permettra d'anticiper de nouvelles crises sanitaires de grandes ampleur (B).

#### A : Les moyens d'analyses politiques

Le schéma législatif classique français concède une forte part de discussion aux instances de représentation des citoyens car il en va de la démocratie. Toutefois, dans une situation d'urgence il est nécessaire d'aller vite et de pouvoir légiférer sous une autre forme sans corrompre la démocratie (1). Ainsi c'est en se fondant sur des éléments objectifs que la prise de décision gouvernementale s'organise (2).

#### 1 : Le schéma législatif influencé par une vision française de la santé

La France historiquement défend une politique de la santé pour tous et de l'aide à l'accessibilité de la santé pour les populations les plus précaires ou les plus vulnérables. Depuis la deuxième guerre mondiale, la conception idéologique dominante est celle « d'aider la veuve et l'orphelin ». Cette vision reste encore dominante dans la conception de la santé. L'accès à la vaccination s'est donc naturellement orienté vers une priorisation vers les populations les plus vulnérables, c'est-à-dire les personnes âgées et les personnes avec des comorbidités ou pathologies graves.

De plus, en cas de crise (qu'elle soit sanitaire ou non) la France légifère pour répondre à cette situation. Ainsi comme lors des attentats qui ont marqué la France en 2015, la France légifère par voie d'ordonnance. Le gouvernement met en place un état d'urgence nationale qui nécessite de légiférer vite et pour ce faire, le schéma est modifié. Les débats ne sont pas faits par le Parlement avant l'adoption des textes juridiques. Le gouvernement légifère donc en place du Parlement, c'est dans un second temps que le Parlement effectue un contrôle des mesures<sup>257</sup>. Cependant la possibilité de légiférer du gouvernement par voie d'ordonnance est accordée par le Parlement<sup>258</sup> en fonction de la situation qui lui est soumise.

Traditionnellement, « la loi est l'expression de la volonté générale », cet adage est depuis 1789 fonde la législation nationale<sup>259</sup>. L'expression de la volonté générale étant dans la loi, les différents gouvernements légitiment leurs actions en légiférant sur chaque évènement. Les situations sociales sont régulièrement mises en lumière par la production de textes juridiques.

La production des textes législatifs est un élément d'analyse de fonde la crise sanitaire exceptionnelle que la France connaît. En effet, ces textes sont des prises de positions qu'il est possible d'analyser afin d'avoir une conception de gestion sur le long terme. Des textes de gestion qui établissent un protocole à appliquer pour les possibles crises futures. Les droits concédés comme la décentralisation auprès des ARS ou la participation des collectivités territoriales est un acquis majeur dans la gestion globale d'une crise sanitaire.

## 2 : Les éléments d'analyse de la crise

Les données épidémiologiques se définissent en deux temps. Un premier temps sur la définition de l'épidémiologie. L'épidémiologie est défini comme « la Science qui étudie, au sein de populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent »<sup>260</sup>. Un deuxième temps sur les données, elles se définissent comme les éléments chiffrés en rapport avec l'épidémiologie du virus du SARS-COV2. Les données

---

<sup>257</sup> Arrêt d'Assemblée du Conseil d'État du 11 décembre 2006, Conseil national de l'ordre des médecins.

<sup>258</sup> Article 38 de la Constitution française du 04 octobre 1958.

<sup>259</sup> Déclaration universelles des droits de l'Homme, 1789

<sup>260</sup> Définition issue du Dictionnaire Larousse 2021.

épidémiologiques sont donc les éléments de la science observées sur la population humaine quant à la répartition sur un groupe donné du virus du SARS-COV2.

Le gouvernement français en accord avec le conseil scientifique choisi de s'intéresser à certaines données qui sont considérées comme objectives pour endiguer la crise sanitaire. Les données concernant ainsi le nombre de personnes infectées, hospitalisées et décédées sont récupérées quotidiennement par des instances nationales indépendantes. Les données sont ensuite analysées pour déterminer un taux d'incidence. Le taux d'incidence se définit comme « le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observée pendant une période donnée, en nombre de cas pour 100 000 personnes »<sup>261</sup>. Ce taux d'incidence détermine la nécessité des mesures à prendre comme un confinement de la population, la mise en place d'un couvre-feu, ou encore la déprogrammation des interventions nommées non urgente dans les hôpitaux publics.

Ces données sont analysées de manière nationales et adaptée par la suite aux régions. Ainsi certaines régions sont plus impactées que d'autres et bénéficient d'éléments d'analyse supplémentaires comme la tension hospitalière ou le nombres de lits disponibles dans les services de réanimation de la région. Les ARS exercent donc un relai de relais en adaptant les mesures adaptées aux établissements de santé. Certaines régions peuvent voir leur déprogrammation d'intervention organisée ou encore l'augmentation du nombre de lits dans les services. La gestion régionalisée permet de déporter des malades ayant besoin d'une aide médicale d'une région avec un fort taux d'incidence a une région avec un plus faible taux qui peut accueillir les patients infectés au virus du Covid-19. On a pu observer lors du mois d'août 2021, des transferts de patients atteint de forme grave du Covid de la région Occitanie vers la région Hauts-de-France. Le taux d'incidence et la tension hospitalière étant élevé dans cette région, alors que la région Hauts-de-France possède un taux d'incidence quatre à cinq fois moins élevé<sup>262</sup>.

---

<sup>261</sup> Définition issue de l'INSEE.

<sup>262</sup> Article de presse France Bleue, Coronavirus : les transferts de patients entre l'Occitanie et les Hauts-de-France se poursuivent, F. VAUTIER, 17 août 2021.

## B : Les moyens d'anticiper une future crise

Les moyens d'anticiper une possible crise sanitaire de grande ampleur sont perçus au travers de la disposition d'un fond d'urgence (1) possible d'allouer à la recherche et au développement afin de favoriser l'émergence de solution biomédicale (2).

### 1 : Les dispositions d'un fond d'urgence

La solution pour endiguer la crise sanitaire est vite orientée vers la création d'un vaccin, mais pour mettre en place un vaccin, il faut des fonds financiers. Ces fonds financiers servent à financer la recherche et le développement d'essai. La réglementation rationalisée que la France applique en matière de santé et les protocoles de recherches est très réglementée en France. Ces mesures ont entraîné une baisse de la recherche<sup>263</sup>. Les chercheurs s'orientent donc vers des pays où la réglementation est moins stricte et où les fonds alloués sont plus importants. Entre 2011 et 2018 les financements de la recherche en France ont chuté de 28% alors même que dans les autres pays européens comme l'Allemagne et le Royaume-Uni ils augmentaient, respectivement de 11% et 16%<sup>264</sup>. Ces chiffres sont le reflet d'une politique de rationnement de l'argent public français menée depuis deux décennies avec l'application d'un ONDAM à ne pas dépasser.

Cette baisse de la recherche en France s'explique par une institutionnalisation trop importante de la recherche, les démarches et les dossiers à constituer pour avoir l'autorisation de mener un protocole de recherches est trop importante. De plus, la recherche biomédicale est fortement organisée dans les universités ce qui implique des impératifs de la hiérarchie hospitalière et centrée sur un fonctionnement à court terme ou orienté selon les problématiques du professionnel qui exerce son activité<sup>265</sup>. La situation de crise n'a pas générée de déblocage de fonds ou d'allègement de la bureaucratie française, les candidats vaccin de SANOFI et des laboratoires Pasteur se sont donc retrouvés limiter dans leur possibilité de proposition. En

---

<sup>263</sup> Article Slate, Pourquoi la France a été incapable de trouver un vaccin contre le Covid-19, D. BERTRAND, B. CANQUE et TELOS, 16 mai 2021

<sup>264</sup> Article Science, After vaccine failures, France laments biomedical decline, T. RABESANDRATANA, vol. 372, 23 avril 2021, pp. 331-332

<sup>265</sup> Article Slate, Pourquoi la France a été incapable de trouver un vaccin contre le Covid-19, D. BERTRAND, B. CANQUE et TELOS, 16 mai 2021

recherche, l'échec fait partie de l'innovation, mais dans le cas français cet échec est révélateur. Les États-Unis ont fortement privatisé la recherche et l'obtention de fond (financement privé). La mise en forme de protocole est moins contraignante. Lors de la crise sanitaire, l'État et les entreprises privées ont débloqué des fonds exceptionnels pour financer divers essais de candidats vaccins afin d'en trouver un probant pour le tester et être validé (à des fins de distribution massive dans le monde). D'autres pays comme la Chine ou la Russie ont ainsi débloqués des fonds exceptionnels pour financer la recherche afin de parvenir à un vaccin efficace. Ces fonds sont la possibilité de mettre en place une recherche efficace dans les pathologies biologique.

## 2 : Le renforcement de la recherche dans le milieu de la santé

C'est le seul membre permanent de l'ONU qui n'a pas mis au point de vaccin. Cet échec démontre une législation française qui n'est pas favorable à la recherche, c'est un échec important pour le pays de Pasteur, il est même qualifié de deuxième mort de Louis Pasteur. La recherche peut aussi se retrouver renforcée par des partenariats internationaux

Le vaccin Pfizer-bioNtech est le fruit d'une alliance germano-américaine. A ce jour, la recherche européenne commence à peine à se développer. L'utilisation de technologie ARNm comme est celle utilisée dans les vaccins pour le virus du SARS-COV2 n'est pas novatrice. En effet, la découverte et l'explication théorique de cette technologique sont étudiées depuis les années 1980 après la mise en forme de cette théorie par la scientifique Kataline Kariko. Cette technologie a notamment été utilisée pour pratiquer des essais afin de combattre le virus ZIKA. Après des essais probants entre 2005 et 2015, cette technologie de vaccin ARNm est testé pour les candidats vaccins du coronavirus.

L'union européenne a réussi à ériger une instance commune pour 27 en ce qui concerne l'étude et l'autorisation de la mise sur le marché des médicaments. C'est l'ANSM qui évalue et homologue les médicaments pour les 27 États-membres. La mise en place de groupe de recherche scientifique financé par les États-membres ou l'Union Européenne est donc envisageable. Dans le domaine de la recherche et de l'innovation les collaborations interétatiques sont récurrentes. Ainsi les vaccins Pfizer et AstraZeneca sont l'issue d'action commune de pays différents<sup>266</sup>.

---

<sup>266</sup> Op.cit

Ainsi la recherche en France cumule des obligations nationales et des obligations européennes, ces obligations de deux ordres augmentent les délais entre l'idée et les possibilités de mise en situation réelle. Ces dispositions ne sont pas compatibles avec une situation d'urgence ce qui a généré un fort retard de la France sur la création d'un possible candidat vaccin aboutit.

Les limites de la recherche françaises sont la démonstration d'une certaine lenteur et du besoin de développer la recherche, développement et innovation du modèle français. La recherche et l'innovation sont un enjeu mondial dans la gestion de la crise du Covid-19, mais aussi la gestion des futures crises sanitaires.

La recherche et le développement ainsi que l'innovation apparaissent comme la solution à la gestion de futures crises sanitaires. C'est la possibilité pour la France de développer une nouvelle place importante dans la conception de l'ordre mondial.

## §2 : Les enjeux de la vaccination face aux vagues successives

La vaccination apparaît comme la solution de la sortie de crise du COVID (A). Toutefois elle nécessite une organisation qui n'est pas simple tant la demande mondiale est forte. La France choisit donc d'organiser un schéma vaccinal avec des objectifs et de paliers pour ne pas engendrer de difficultés supplémentaires (B).

### A : Une sortie de crise possible grâce à la vaccination

La crise du COVID-19 connaît plusieurs rebondissements qui suscite la lassitude au sein des populations. Ainsi des vagues de contamination sont répétitives et les variants sont nombreux. Afin de ne pas subir ces vagues, une politique vaccinale est élaborée par le gouvernement ainsi qu'un schéma vaccinal (1). Ce choix de politique est aussi influencé par le choix des pays étrangers (2).

### 1 : L'organisation du schéma vaccinal

L'accès et la commercialisation d'un vaccin est observé comme le meilleur moyen de sortir de la crise du Covid-19 qui dure depuis mars 2020 et s'organise en succession de

« vague ». Ces vagues épuisent les personnels soignants et compromettent l'économie internationale. Le gouvernement français fait le choix d'une politique de priorité. Ainsi dans un premier temps, ce sont les personnes les plus âgées seulement qui peuvent se faire vacciner. À partir du 27 décembre 2020, des campagnes sont organisées dans les EHPAD, USLD, ou encore SSR pour les personnes les plus vulnérables et les professionnels qui les accompagnent. À partir du 18 janvier 2021, dans les officines et auprès des médecins traitant des campagnes de vaccinations sont menées, ces praticiens vaccineront les personnes les plus âgées qui sont les plus à risque de contracter des formes graves, ce sont les plus de 75 ans qui sont ciblés. Les personnes ayant des facteurs de comorbidités ou des pathologies chroniques sont aussi appelés à se faire vacciner. Une organisation par tranche d'âge se dessine par les choix politiques d'accès à la santé pour tous. Une action de priorité selon le public « les plus fragiles » est organisée, et progressivement la vaccination s'élargit selon les tranches d'âge. Dès le mois de mai, les personnels prioritaires sont aussi éligibles à la vaccination dans un deuxième temps (à partir du 24 mai 2021) comme les personnels soignants, les hôtesses de caisse de plus de 55 ans, ou encore les enseignants<sup>267</sup>. Ce n'est que le 31 mai 2021, soit plus de quatre mois après l'arrivée des vaccins en France que toute la population « majeure » (à partir de 18 ans) se voit offrir la possibilité de se faire vacciner<sup>268</sup>. En effet, la France choisit de ne pas rendre le vaccin obligatoire, sauf pour les personnels soignants. Si le gouvernement est tout d'abord opposé au vaccinodrome comme il existe en Allemagne, il se résout à les organiser avec les collectivités territoriales afin de vacciner le plus grand nombre de personnes à l'approche d'une quatrième vague.

Le président de la République affirme cette position d'une vaccination du plus grand nombre lors d'une allocution où il précise « Partout, nous aurons la même démarche : reconnaître le civisme et faire porter les restrictions sur les non-vaccinés plutôt que sur tous »<sup>269</sup>.

Afin d'inciter le plus grand nombre de concitoyens à se faire vacciner, le vaccin est pris en charge par l'assurance maladie (à 100%). En juin 2021, la vaccination des 12-18ans est organisée avant la rentrée scolaire afin de limiter le nombre de cas chez les jeunes sujets. Ces

---

<sup>267</sup> Une liste de ces personnels est mise en ligne par le ministère des solidarités et de la santé.

<sup>268</sup> Recommandation vaccinale de l'HAS, modification du schéma vaccinal contre le SARS-COV-2 dans le nouveau contexte épidémique, 23 janvier 2021.

<sup>269</sup> Allocution télévisée et retransmise sur toutes les plateformes multimédia le 12 août 2021.

choix de vaccination comme le choix de politique de gestion de crise de l'épidémie sont soumis à la comparaison avec les pratiques des autres pays.

## 2 : La comparaison avec les modèles étrangers

L'organisation du schéma vaccinal n'est pas exemptée de comparaisons avec les pays étrangers. Ainsi la France est l'un des rares pays à avoir priorisé l'accès à la vaccination. Israël est le pays le plus avancé dans la vaccination à l'été 2021. Du fait de sa superficie et sa population inférieure aux autres États, la vaccination est rapide. Le pays observe dans une première phase une chute du nombre de cas et s'affranchit de règles de sécurité sanitaire comme le port du masque, ou la mise en place de jauge limitant le nombre de personnes dans les lieux publics ou les événements rassemblant du public (restaurant, concert ou soirée en discothèque). 90% des personnes de plus 50 ans sont vaccinés et entre 85 et 89% de la tranche des 20-49 ans ont un schéma vaccinal complet. Cette campagne de vaccination massive a entraîné la fermeture des unités Covid ouvertes dans les hôpitaux du pays<sup>270</sup>.

Aux États-Unis d'Amérique, la vaccination de masse a aussi été mise en place. La création de vaccinodrome sous format de drive a été organisée tout comme les dépistages. En effet, les personnes souhaitant se faire vacciner se rendaient dans des centres de vaccination adaptés aux voitures. Chaque personne restait donc dans sa voiture le temps de se faire injecter le vaccin et repartait ensuite chez lui. Cette solution a été perçue un moyen simple, rapide et efficace d'inciter les personnes à se faire vacciner et pratique pour les professionnels de santé. Cette pratique permettait de vacciner 2,49 millions de personnes par jour et limite aussi les frais de gestion pour les collectivités<sup>271</sup>. Cette pratique n'a d'ailleurs pas été écartée par le ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran.

Ces choix de stratégie déjà expérimentés à l'étranger permettent à la France d'obtenir un certain recul sur les pratiques qui seront institutionnalisées en France. La France choisit de vacciner massivement par la mise en place de vaccinodrome. Il en existe des centres

---

<sup>270</sup> Article Le Monde, En Israël, la reprise de l'épidémie encore sous contrôle grâce à la vaccination de masse, C. MRAFFKO, 30 juillet 2021.

<sup>271</sup> Article de presse, L'indépendant, Covid-19 : comment fonctionne la vaccination en drive que n'exclut pas Olivier Véran ? S. SICARD, 25 mars 2021.

communaux et sont éphémères, ainsi que des vaccinodrome géant qui ont vocation à perdurer plusieurs mois. Le choix de la taille de ces vaccinodromes est opéré selon la population vivant dans le lieu, ainsi les grandes villes de France voient la mise en place simultanée de vaccinodrome, de possibilité de se faire vacciner dans les officines, auprès de son médecin traitant et même de la médecine du travail. Le développement de la stratégie vaccinale en France est donc orienté sur la coordination des acteurs décentralisés, sous la surveillance de l'État.

### *B : Le développement de la stratégie vaccinale en décentralisant*

La stratégie vaccinale est un enjeu de santé publique pour endiguer de nouvelles vagues et permettre de ne pas surcharger les hôpitaux publics. Ainsi les collectivités territoriales sont progressivement associées au rôle d'organisation des vaccinations (1). La vaccination massive couplée à la création du pass sanitaire est érigée par les médias et la classe politique comme le moyen de sortie de crise qui s'étend depuis février 2020 (2).

#### **1 : L'intégration des collectivités territoriale**

La vaccination des populations est organisée selon le nombre de doses disponibles. Les régions les plus touchées par la crise sont considérées comme prioritaires ainsi que les régions disposant d'un fort taux de personnes âgées. Les ARS sont donc sollicités dans la mise en place de la stratégie vaccinale du territoire. L'organisation et l'acheminement des doses est un sujet sensible soumis aux décisions étatiques. Néanmoins le dialogue instauré par les ARS avec les établissements de santé permet de connaître les besoins locaux.

Dans cette gestion de la vaccination, les maires des communes insistent pour participer car ils ont des connaissances dans la gestion de la crise sanitaire dans leur localité. Le maire de Nice Christian Estrosi relaye dans les médias sa volonté d'organiser la vaccination dans sa commune. Le maire de la ville d'Arras et président du conseil de surveillance du centre hospitalier d'Arras, intervient publiquement dans plusieurs médias pour demander la mise en place de pouvoir des maires pour organiser la vaccination de sa commune.

L'ouverture des vaccinodromes offrira aux représentants des collectivités territoriales une implication dans la gestion de la crise sanitaire. Les collectivités territoriales en accord avec les ARS et les praticiens organisent dans les salles ou cela est possible des zones de vaccination

pour les populations. Ainsi la ville Lille ouvre un vaccinodrome au Zénith et administre jusqu'à 3 500 doses de vaccins par jour<sup>272</sup>, à Paris le Stade de France est réorganisé en vaccinodrome, c'est plus de 12 000 doses hebdomadaires qui sont administrés<sup>273</sup>. La ville de Toulouse a ouvert le plus grand vaccinodrome d'Europe qui effectue 5 000 injections journalière<sup>274</sup>. Ces trois exemples montrent l'intégration des collectivités territoriales ; qui prennent à leur frais d'ouverture de la salle d'injection, du personnel d'accueil, de sécurité et médicale. Cette implication des collectivités montre que tous les acteurs sont concernés par la gestion de la crise sanitaire en dehors des affiliations politiques de chacun. C'est l'organisation d'un effort collectif qui crée la réussite de ces centres de grande ampleur, ainsi que l'accès à la décentralisation des recommandations sanitaire. Toutefois, la mobilisation de ces acteurs est inutile si la population ne se déplace pas pour se faire vacciner.

## 2 : L'extension massive de la vaccination pour faire face aux évolutions de la crise sanitaire

Patrick Goldstein, chef du pôle des urgences du CHU de Lille et du SAMU Nord, intervient dans une chaîne télévisée d'information continue pour inciter à la vaccination massive. Il précise que les vacances sont le bon moment pour se faire vacciner notamment pour les étudiants qui reprendront théoriquement les cours en présentiel dans les universités à la rentrée de septembre 2021. Cette rentrée scolaire dans les lieux qui réunissent les élèves génèrent des brassages de populations qui sont propice à la circulation de virus (quel qu'il soit)<sup>275</sup>.

La gestion de la pandémie du Covid n'est toujours pas endiguée et la survenue de nombreux variant du virus augmentent la difficulté d'anticipation pour les États. C'est pourquoi la France et de nombreux pays d'Europe ont décidé de mettre en place des pass sanitaire, qui autorise l'accès à certains lieux ou aux voyages. Les pays subordonnent l'entrée de leur territoire à la preuve d'une certification de non-infection au virus du Covid-19.

---

<sup>272</sup> La ville de Lille, les vaccinations Covid à Lille, 09 août 2021

<sup>273</sup> Article de presse, Les Échos, Le vaccinodrome du Stade de France intensifie e rythme, L. BERDEDJ, le 05 mai 2021

<sup>274</sup> Article de presse, France 3 région, Toulouse : la vaccinodrome devient le plus grand de France avec l'ouverture du hall 7, 05 juin 2021

<sup>275</sup> Retranscription de l'émission télévisée BFMTV, Le 07 juillet 2021

En France, la mise en place de ce pass sanitaire depuis le mois d'août 2021 incite la population à se faire vacciner en grand nombre. La réunion des choix politiques et de la mise en place au plus proche de la population des centres de vaccination engendre un fort taux de vaccination. A ce jour, plus de 42 millions de personnes sont entièrement vaccinés et plus 47 millions ont reçu une première dose de vaccins, cela recouvre 74% de la population française<sup>276</sup>.

L'HAS, l'OMS et santé publique France expriment (en fonction des données médicales recueillies) que les personnes vaccinées ont moins de chance de contracter une forme grave du virus et sont plus à même d'être protégées, ou de le contracter. Cela permettra ainsi de faire baisser la tension hospitalière et de diminuer significativement le nombre de morts. En ce sens, les médecins du centre hospitalier d'Arras encouragent tous les personnels hospitaliers à se faire vacciner au nom de la balance bénéfice risque et des sacrifices que toutes les professions de santé ont consenti pendant cette crise. C'est « un devoir civique de protéger son prochain »<sup>277</sup>.

---

<sup>276</sup> Données issues de santé publique France, chiffres et données clés de l'épidémie du Covid-19.

<sup>277</sup> Tribune de plusieurs médecins du centre hospitalier d'Arras suite aux messages relayés par un syndicat hospitalier contre la vaccination obligatoire.

## Liste des abréviations

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARH : agence régionale d'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

CASF : code de l'action sociale et des familles

CH : centre Hospitalier

CHU : centre Hospitalier Universitaire

CJR : cour de justice de la République

CME : conseil médicale d'établissement

CMU : couverture maladie universelle

CNG : centre national de gestion

CPP : comité de protection des personnes

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CRAPS : cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire

CSP : code de Santé Publique

CTE : comité technique d'établissement

DDASS : direction départementale des Affaires sanitaires et sociales

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DRASS : direction régionale des Affaires sanitaires et sociales

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes

EIG : événement indésirable grave

EPRD : état des prévisions de recettes et de dépenses

FHF : fédération hospitalière de France

FIOP : fonds d'innovation organisationnelle de psychiatrie

FIR : fond d'intervention régional

FPH : fonction publique hospitalière

GHT : groupement hospitalier de territoire

GRSP : groupement régional de santé publique

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HPST : hôpital, patients, santé et territoire  
IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité  
IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins  
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale  
MIG : mission d'intérêt général  
OMS : organisation mondiale de la santé  
ONDAM : objectif nationale des dépenses d'assurance maladie  
PGFP : plan global de financement pluriannuel  
PMP : projet médical partagé  
PRS : plan régional de soins  
PRSE : programme régional santé environnement  
SAMU : service d'aide médicale urgente  
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation  
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire  
SSR : soins de suite et de réadaptation  
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile  
T2A : tarification à l'activité  
URCAM : Union des caisses régionales d'assurance maladie  
USLD : unité de soins longue durée

## Bibliographie

### Ouvrages

- Les nouvelles relations internationales, pratiques et théories, M-C SMOUTS, collection Références, éditeur Presses de Sciences Po, 1998, 410p.
- Mémoire EHESP, L'hôpital organisé en pôles d'activités perspectives et enjeux pour le directeur des soins, N. JUILLIARD-FOURNIER, 2002
- Mémoire EHESP, La Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques, de Rééducation : un outil de management pour soutenir la politique des soins, P. DELAMARE, 2004
- Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, « recherche et innovation : quelle valorisation pour ces missions à l'hôpital ? », R. SANQUER, 2008
- Droit Hospitalier, J. SAISON, 3<sup>e</sup> édition Broché, 2011
- Cliniques, S. DELIEUTRAZ, Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé, édition ERES, 2012, pp.146-162
- Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital, V. DIEBOLT, C. MISSE, édition Dunod, 2014, pp.55-64 (chapitre 2)
- ARS : mode d'emploi, B. FANTINO, éditeur Dunod, coll. Santé Sociale, 2014
- Le service public hospitalier, D. Stingre, éditeur Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 2016
- Traité de santé publique, F. BOURDILLON, G. BRÜCJER et D. TABUTEAU, 2016,
- Management hospitalier, manuel de gouvernance et de droit hospitalier, R. HOLCMAN, éditeur Dunod, coll. Guides de santé sociale, 2017
- Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé, M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER, R. OLLIVIER, éditeur Presses de l'EHESP, coll. Références Santé Social, 2018
- Manager une organisation de santé, l'apport des sciences de gestion, E. MINVIELLE, K. GALLOPEL-MORVAN, J-M. JANUEL et M. WAELLI, éditeur Presses de l'EHESP coll. Recherche, santé, social, 2018
- Supply Chain Management de la santé, O. BENTAHAR, S. BENZIDIA, éditeur EMS Édition, coll. Gestion en liberté, 2019
- Droit de la santé, D. DUVAL-ARNOULD, Dalloz Référence, 2019/2020

- La documentation française, L. ROUBAN, Quel Avenir pour la fonction publique ?, Chapitre 4 la condition changeante des fonctionnaires
- Module interprofessionnel de santé publique, crise sanitaire et grand âge : dans quelle mesure le confinement dans les EHPAD interroge-t-il la prise en charge de la vieillesse en établissement ?, groupe n°21 J-C AGOSTA, C. BRU, F. BULTEAU, G. FAMEL, L. JACOUD, F. JOLY, H. LEHERICEY, L-M DE SOYE et C. VIAN, EHESP, 2020
- Droit Hospitalier, J. FISMAN, A.S. MOUTIER, Studyrama, 2021
- Dictionnaire Larousse, édition 2021
- Dictionnaire Le Robert, édition 2021
- La transformation de l'organisation hospitalière, le modèle valenciennois, R. BOURRET, J. GUICHETEAU, et P. JAHAN, LEH Édition, janvier 2021

## Rapports

- Rapport Larcher « réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de nos concitoyens », avril 2008
- Rapport Vallencien Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire, 2008
- Compte-rendu de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, 5 juin 2013, audition de Monsieur Guy Moulin (CME de CHU)
- Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, DGAFP, 21 décembre 2015
- Rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur, Dr O. VERAN, 4 avril 2017
- Rapport de l'HAS sur les résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prise en charge des patients hémodialysés chroniques, Campagne 2017- Données2017
- Rapport de la FHF, renforcer le lien ville-hôpital, les éditions de la fédération hospitalière de France, 2018
- Rapport et recommandation de l'ANM, 19-02, l'hôpital public en crise : origine et propositions, académie nationale de médecine, publié en ligne le 15 avril 2019
- Rapport IGAS, Bilan d'étapes des GHT, C. DAGORN, D. GIORGI et A. MEUNIER, décembre 2019

- Rapport de la Cour des comptes, « les groupements hospitaliers de territoire », exercices 2014 à 2019, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020
- Rapport du Sénat N°199, Tome 1, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020
- Rapport du Sénat N°199, Tome 2, les leçons de l'épidémie de Covid-19, C. DEROCHE, B. JOMIER, S. VERMEILLET, 8 décembre 2020
- Rapport du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, sous la direction de L. MEURIC, l'état de l'emploi scientifique en France, 2020
- Rapport Notat, Ségur de la santé -Recommandations, remis au ministère des solidarités et de la santé le 21 juillet 2020
- Rapport sur les droits fondamentaux, european union agency for fundamental rights (FRA), 2021

## Articles

### Article de Presse

- Le quotidien des médecins, revue médicale consultable en ligne (cf : site internet)
- Actualité de santé (actusante.net), consultable en ligne (cf : site internet)
- Journal quotidien La croix sur la maternité de Carhaix (cf : site internet)
- Journal quotidien France ouest sur la maternité de Carhaix (cf : site internet)
- Vidéo reportage INA datant 1945 sur la situation sanitaire française post deuxième guerre mondiale, diffusée par Lumni
- Tribune de Genève, Comment délivrer le médecin de la paperasse ? L'administration accapare les soignants. Comment les rapprocher du cœur de leur métier ? S. DAVARIS, 02 février 2018
- Le figaro santé, Hôpital : les soignants réclament du temps pour s'occuper des malades, A-L. Lebrun, 18 juin 2018
- Les infirmières face à la charge administrative, Izyfact, 21 décembre 2018 (cf site internet)
- Article Hospimédia, les personnels soignants s'alarment du manque de surblouses et de leur réutilisation, P. DEBACKER, le 07 avril 2020

- Article de presse Le Parisien, L'Oréal produit du gel hydro-alcoolique à la place du fond de teint à Aulnay, T. POUPEAU, 20 avril 2020
- Article le soir +, J. MESKENS, mis en ligne le 25 mai 2020
- Article Le quotidien du médecin, Une coopération ville-hôpital renforcée face à l'épidémie de Covid-19, C. COLMONT, 22 juin 2020
- Article de France Info, Ségur de la santé : la manifestation du personnel soignant a commencé à Paris, 30 juin 2020
- Article Lorraine Actu, N. Zaugura, publié le 13 juillet 2020
- Article Le Monde, En Israël, la reprise de l'épidémie encore sous contrôle grâce à la vaccination de masse, C. MRAFFKO, 30 juillet 2021
- Émission radio de France Culture, Pénurie de masques : que s'est-il passé ?, présenté par G. ERNER, interview de A. Milon, le 14 décembre 2020
- Article Le journal du dimanche, Covid-19 : l'enquête de la CJR pourrait parasiter la présidentielle, P. RADENOVIC, 24 janvier 2021
- Article L'indépendant, Covid-19 : comment fonctionne la vaccination en drive que n'exclut pas Olivier Véran ? S. SICARD, 25 mars 2021
- Article LCI, Covid : les cliniques privées sont-elles également en tension ? publié le 31 mars 2021 et retransmis à la télévision au journal télévisé de TF1
- Article Vidéo France Info, Covid-19 : les hôpitaux s'adaptent au manque de lits en réanimation, 05 avril 2021
- Article Les Échos, Le vaccinodrome du Stade de France intensifie e rythme, L. BERDEDJ, le 05 mai 2021
- Article Slate, Pourquoi la France a été incapable de trouver un vaccin contre le Covid-19, D. BERTRAND, B. CANQUE et TELOS, 16 mai 2021
- Article France 3 région, Toulouse : la vaccinodrome devient le plus grand de France avec l'ouverture du hall 7, 05 juin 2021
- Retranscription de l'émission télévisée BFMTV, Le 07 juillet 2021
- La ville de Lille, les vaccinations Covid à Lille, 09 août 2021
- Article France Bleue, Coronavirus : les transferts de patients entre l'Occitanie et les Hauts-de-France se poursuivent, F. VAUTIER, 17 août 2021

## Article scientifique

- Les dossiers Solidarité Santé DREES, « Renoncement aux soins pour raisons financières », R. LEGAL, A. VICARD, juillet 2015, n°66
- Les dossiers de la DREES, déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, N. VERGIER et H ? CHAPUT, mai 2017, n°17
- Article Études et Résultats de la DREES, n°1165, septembre 2020
- Les dossiers de la DREES, Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans, Méthodologie de construction d'agrégats nationaux, P. CHARNOZ, A. DELAPORTE, C. DENNEVAULT, E. PEREIRA et F. TOUTLEMONDE, n°69, décembre 2020
- Article Science, After vaccine failures, France laments biomedical decline, T. RABESANDRATANA, vol. 372, 23 avril 2021, pp. 331-332
- Document synthèse IRDES, Loi Hôpital Patients, Santé et Territoires, M-O. SAFON, mai 2021
- Document IRDES, « La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé, Ma santé 2022 », M-O. SAFON, mai 2021
- Document IRDES, Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, synthèse documentaire, juin 2021
- Document DREES, Études et Résultats, En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19, A. MIRON DE L'ESPINAY et L. RICOCH, juillet 2021, n°1196

## Article institutionnel

- Guide pratique de l'aide au fonctionnement d'une structure de dialyse, sous la direction de la Ministre de la Santé et des Sports Roselyne Bachelot- Narquin, B. LANTZ, publié en 2010
- HAS, Éducation thérapeutique du patient, mis en ligne le 19 juin 2014
- Article DGAFP, Chiffres-clés de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique, édition 2017
- Article ARS, La gestion opérationnelles des situations sanitaires exceptionnelles, 1<sup>e</sup> août 2017

- Dossier presse, étudiants en soins infirmiers, un pas décisif vers l'université, ministère des solidarités et de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 5 juillet 2018
- Dossier presse, pour les étudiants et leurs futurs patients, des études médicales renouvelées, ministère des solidarités et de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 5 juillet 2018
- Avis du conseil scientifique du 12 mars 2020
- Guide méthodologique, préparation à la phase épidémique de covid-19 pour les établissements de santé, médecine de ville, établissement et services médicaux sociaux, publié le 16 mars 2020 par le ministère des solidarités et de la santé
- Article public Sénat, Covid-19 : une commission d'enquête XXL au Sénat, publié le 30 juin 2020
- Consultations en ligne des professionnels, juin et juillet 2020, 118 407 participants, disponible sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020
- Recommandations de la mission Notat-Ségur de la santé, disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020
- Dossier de presse, conclusions du Ségur de la santé, disponible sur le site du ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020
- Communiqué de presse ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Covid-19 : la coopération ville-hôpital au service de la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation : exemple d'une initiative mise en place dans la Loire, 18 novembre 2020
- Recommandation vaccinale de l'HAS, modification du schéma vaccinal contre le SARS-COV-2 dans le nouveau contexte épidémique, 23 janvier 2021
- HAS, Comprendre les événements indésirables graves (EIGS), - Mis en ligne le 28 janv. 2021 - Mis à jour le 04 mars 2021
- Article public Sénat, Un an de crise du Covid-19 : comment le Sénat a continué à contrôler le gouvernement, publié le 15 mars 2021

## Autres

- Article SFMU, fin de vie aux urgences, M. PRÉAU et O. PAPIN-COUTURIER, urgence 2008, chap. 102

- Journal Finances Hospitalières, « Nouvelle réforme des modalités de financements ...et les GHT ? », G. de DARAN, éditorial-événement, mai 2018, n°124
- Article de M. BESSIERE, les effets du new public management dans le secteur public en France, 19 juillet 2019 et mis à jour le 22 juillet 2019, hébergé sur le site village justice
- Journal Finances Hospitalière, « la lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux », mensuel janvier 2021, n°153
- Santé publique France, études et enquêtes, recensement national des cas de covid-19 chez les professionnels en établissement de santé
- Santé publique France, chiffres clés et évolution de la Covid-19
- Article HAS, contrôle et qualité du recueil des indicateurs nationaux, publié en ligne. HAS-SANTE.fr, consulté en ligne (cf site internet)

## Reuves

- Revue ADSP actualité de santé publique, « la nouvelle gouvernance hospitalière », publiée en ligne par le haut conseil de santé publique
- Revue Éducation et Formation, « les dépenses de recherche et développement en santé en France en 1998, M. BONNEAU, avril-juin 2001, n°59
- Revue Mouvements, la nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics », J.P. DOMIN, 2004, n°32, pp55-59
- Revue française des affaires sociales, « de l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœuds de réseaux », les différentes facettes de l'innovation hospitalière, F. DJELLAL, C. GALLOUJ, F. Gallouj, 2004/1, pp223-248
- Revue des Actes de la recherche en sciences sociales, champ médical et processus de spécialisation, P. PINELL, n°156/157, 2005/1-2, pp.4-36
- Revue Actes de la recherche en sciences sociales, « la recherche universitaire à l'épreuve de la massification scolaire », S. FAURE et C. SOULIE, 2006/4, n°164, pp.61-74
- Revue sécurité globale, Réflexions sur la notion de crise sanitaire, S. LAPORTE, 2008, n°3

- Revue Santé Publique, Opinion de la Fédération nationale de l'éducation et la promotion de la santé sur le rapport « nouvelles approches de la prévention en santé publique », L. CAMBON et C. FERRON, 2011, Volume 23
- Revue reflète et perspectives de la vie économique ; B. VAN HAEPEREN, Que sont devenus les principes du New Public Management ? Le cas de l'administration régionale Wallonne, 2012/2 tome L1, pp.83-99
- Revue @GRH, Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique, M-C. MIREMONT, M. VALAX, 2015/2, n°15, pp.15-35
- Revue Française d'économie, les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ?, C. POLLAK et L. RICROCH, 2016/4 vol 31, pp.181-220
- Revue RECMA, les associations du secteur social et médico-social, entre créativité et normalisation, M. COMBES-JORET et L. LETHIELLEUX, 2017/2, n°344, pp. 23-24
- Revue Française d'administration publique, « réformes permanentes et crises sans fin », 2020, n°174
- Revue Projectics / Proyética / Projectique, Paroles de managers dans le domaine de la santé, éditeur De Boeck Supérieur, Hors-Série, 2020
- Revue d'économie financière, L'économie, la finance et l'assurance après la Covid-19, éditeur Association d'économie financière, 2020/2-4 n°139-140
- Revue critique de droit international privé, sur la réglementation suscitée par le Covid-19, 2020/3, pp. 615-618
- Chronique international de l'IRES, R. GAY et M. STEFFEN, Une gestion étatique centralisée et désordonnée, 2020/3, n°171, pp. 122-138
- Revue Pouvoirs, L'État à l'épreuve du coronavirus, J. CHEVALLIER, 2021/2, n°177, p.109-120
- Revue française des affaires sociales, l'épidémie de plaintes en temps de Covid-19 : en France, en Espagne et en Belgique, J. BAILLY, 2021/2, pp. 37-56
- 

## Jurisprudence

- Arrêt du Conseil d'État en assemblée, Dehaene du 7 juillet 1950
- Arrêt Conseil d'État, Centre Hospitalier régional d'Orléans, 07 janvier 1986, n°92.162
- Arrêt Conseil d'État, Madame Rosenblatt, du 30 novembre 1998, n°183359

- Arrêt du 09 mars 1999 de la Cour de Justice de la République, affaire n°99-001
- Cour de Cassation, assemblée plénière, 23 juin 2006, arrêt n°539
- Arrêt d'Assemblée du Conseil d'État du 11 décembre 2006, Conseil national de l'ordre des médecins

## Codes

- Code de la Santé Publique
- Code Civil
- Code de l'Action Sociale et des Famille
- Code de déontologie des médecins
- Code de déontologie des infirmières
- Code de la Défense
- Code du travail

## Textes de Lois

- Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF 30 décembre 1941
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, abrogée depuis le 04 janvier 1992, dite loi boulin
- Loi n°82-213 du 02 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions
- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite LE PORS
- Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier, abrogée le 25 juillet 1987
- Loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal
- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé

- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid 19

## Ordonnances

- Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, ordonnance n°59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires
- Ordonnance n°58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification administrative
- Ordonnance n° 2005-56 du 26 janvier 2005 relative à l'extension et à l'adaptation du droit de la santé et de la sécurité sociale dans les départements d'outre-mer
- Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique es établissements de santé
- Ordonnance n°2005-1112 du 01 septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière
- Ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières hospitalières, ministère des solidarités et de la santé

## Décrets

- Décret n°43-891 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics
- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n°2005-1471 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé
- Décret n°2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 et du décret du 10 janvier 2007

- Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif aux situations sanitaires exceptionnelles
- Décret n°2007-46 du 10 janvier 2016 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus du Covid-19
- Décret du 3 avril 2020 portant nomination des membres du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19
- Décret du 3 avril 2020 portant nomination du président du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19
- Décret n°2020-570 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle à certaines agents civils et militaires de la publique de l'État et de la fonction publique territoriale soumis à des sujétions exceptionnelles pour assurer la continuité des services publics dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19
- Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Décret n° 2021-724 du 7 juin 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

### Autres textes juridiques

- Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen, 1789
- Constitution française datant du 27 octobre 1946, composant la IV e République
- Déclaration universelle des droits de l'Homme adoptée à Paris en 1948
- Constitution française du 04 octobre 1958, composant la Ve République

- Instruction n° DGS/DUS/CORUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- L'instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Le règlement UE n°356/2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20 /CE

## Sites internet / sitographie

<https://www.ars.sante.fr>

[Agence régionale de santé Occitanie | Occitanie \(sante.fr\)](#)

[Agence régionale de santé Bretagne | Agir ensemble pour la santé des Bretons \(sante.fr\)](#)

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://www.vie-publique.fr/service-public>

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

<https://www.fhf.fr>

<https://www.lequotidiendumedecin.fr>

<https://www.actusante.net/actu/mesures-durgence-face-a-la-plus-importante-pandemie-de-grippe-depuis-5-ans-1082>

<https://www.la-croix.com/Sciences/Sante/Comment-maternite-Carhaix-evite-fermeture-2016-08-18-1200783003>

<https://www.ouest-france.fr/bretagne/carhaix-plouguer-29270/maternite-de-carhaix-le-npa-se-souvient-du-combat-5779483>

<https://www.reseau-hopital-ght.fr/histoire-des-ght.html>

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1182>

<https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-lhopital-la-tarification-lactivite-t2a>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/les-chantiers-operationnels/article/la-fonction-achat-de-ght>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/innovation/43196>

<https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-recherche-et-l-innovation>

<https://www.aphp.fr/professionnel-de-sante/recherche-et-innovation>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281637?sommaire=3281778>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277848?sommaire=4318291>

<https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/tribune/l-innovation-une-reponse-a-la-crise-hospitaliere.html>

<https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pdf/rech0404.pdf>

[Agence régionale de santé Guadeloupe | Guadeloupe \(sante.fr\)](#)

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj\\_r5OfwZfyAhXHKewKHYX8BAgQFnoECAcQAw&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Ffr\\_7\\_-\\_forme\\_juridique\\_v2.pdf&usg=AOvVaw1ufQB\\_0kvJl9qbANE822te](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj_r5OfwZfyAhXHKewKHYX8BAgQFnoECAcQAw&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Ffr_7_-_forme_juridique_v2.pdf&usg=AOvVaw1ufQB_0kvJl9qbANE822te)

[Coopération - Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1 - Guide méthodologique - 1. L'apport de la loi HPST dans les coopérations \(anap.fr\)](#)

[Haute Autorité de Santé - Contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux \(has-sante.fr\)](#)

[Classement 2020 des meilleurs hôpitaux : La Pitié Salpêtrière, le mieux classé en France - Sortiraparis.com](#)

<https://enseignants.lumni.fr/fiche-media/00000000346/les-consequences-sanitaires-de-l-occupation.html>

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs#:~:text=Un%20évènement%20indésirable%20grave%20\(EIGS,ou%20une%20malformation%20congénitale%20\(art](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs#:~:text=Un%20évènement%20indésirable%20grave%20(EIGS,ou%20une%20malformation%20congénitale%20(art)

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/alerter-signalier-declarer-5>

[https://finances-hospitalieres.fr/-nouvelle-reforme-des-modalites-de-financement-et-les-ght\\_679C5588407DBE.html](https://finances-hospitalieres.fr/-nouvelle-reforme-des-modalites-de-financement-et-les-ght_679C5588407DBE.html)

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

<https://www.tdg.ch/savoirs/sante/delivrer-medecinde-paperasse/story/27770338>

<https://www.izyfact.com/ideletchargeadministrative/#:~:text=Ces%20tâches%20sont%20considérées%20comme,temps%20considérable%20sur%20l%27activité.>

<https://sante.lefigaro.fr/article/hopital-les-soignants-reclament-du-temps-pour-s-occuper-des-malades/>

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/273932-coronavirus-les-mesures-de-confinement>

[https://actu.fr/societe/coronavirus/coronavirus-l-ex-directeur-de-l-ars-grand-est-reconnait-que-la-region-n-etait-pas-prepree\\_34916548.html](https://actu.fr/societe/coronavirus/coronavirus-l-ex-directeur-de-l-ars-grand-est-reconnait-que-la-region-n-etait-pas-prepree_34916548.html)

<https://www.leparisien.fr/societe/covid-19-nous-ne-voulons-plus-etre-gouvernes-par-la-peur-la-tribune-de-chercheurs-et-de-medecins-10-09-2020-8382387.php>

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

<https://plaintecovid.fr>

<https://informations.handicap.fr/a-minorites-handicap-impact-considerable-de-pandemie-30999.php>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>

<https://www.touteurope.eu/societe/frontieres-ou-peut-on-se-deplacer-en-europe-depuis-la-france/>

<https://fr.statista.com/statistiques/1101324/morts-coronavirus-monde/>

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1060>

<https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/les-transferts-de-patients-entre-l-occitanie-et-les-hauts-de-france-se-poursuivent-1629226533>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/publics-prioritaires-vaccin-covid-19>

<http://www.ch-arras.fr/Le-CHA/Les-instances>