

# SANTÉ PUBLIQUE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

UE 1.2 ● SEMESTRE 2

PRISCILLA AUDDINO

YAMINA GARNIER

NADIA OUALI

LAÏLA ZAÂZOUÏ

HOURIYA ZAOUCH

Collection dirigée par Kamel Abbadi



*« Le photocopillage, c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le photocopillage menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération.*

*En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. »*

ISBN 978-2-216-11865-6

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1<sup>er</sup> juillet 1992 - art. 40 et 41 et Code pénal - art. 425).

Dans cette période de transition, les étudiants sont à la recherche de nouveaux supports de préparation aux épreuves.

En effet, la place grandissante prise par les nouvelles modalités d'évaluations (QCM et QROC) renforce cette attente.

Faciliter vos révisions et vous entraîner efficacement à l'examen, tels sont les objectifs de cette nouvelle collection « Sup'Foucher Infirmier ».

Chaque ouvrage vous propose :

- La **révision** et la **validation des notions clés du cours** grâce à des mémos regroupant les « incontournables » de la discipline.
- La **pratique**, en vous entraînant à répondre à des séries de questions en lien avec les thèmes du cours : celles-ci vous permettront de vous familiariser avec ces nouvelles modalités d'évaluation que constituent les **QCM** et les **QROC** (questions à réponses ouvertes et courtes). Chaque série est donc à la fois une révision du cours et un véritable entraînement à l'épreuve finale.
- L'**évaluation**, sous la forme d'examens blancs à réaliser en temps limité, pour tester vos connaissances en situation réelle.

Il ne nous reste qu'à vous souhaiter une excellente préparation !



# Sommaire

## Partie 1 La santé publique

1. Concept de santé .....	9
2. Concept de santé publique .....	11
3. La mesure de l'état de santé .....	13
4. Les déterminants de santé .....	17
5. Les états pathologiques en France .....	19
6. Principes d'intervention .....	23
7. Les dispositifs de veille sanitaire .....	25
8. La santé communautaire .....	29
9. La santé dans le monde .....	33
10. Les organismes internationaux de la santé .....	37

## Partie 2 La politique de santé publique en France

11. Le cadre légal de la politique de santé publique .....	43
12. Le fonctionnement de la politique de santé publique .....	47
13. L'échelon national de la politique de santé publique .....	51
14. Les acteurs de la politique nationale de santé publique .....	55
15. Étude d'un plan national de santé publique : le plan cancer 2009-2013 .....	59
16. L'échelon régional de la politique de santé publique .....	63
17. Les acteurs de la politique régionale de santé publique .....	67
18. Étude d'un plan régional : le plan régional Santé-Environnement Aquitaine 2009-2013 .....	71
19. L'échelon local de la politique de santé publique .....	75

## Partie 3 Le système de soins français

20. Le système de soins en France .....	81
21. La construction du système français .....	83
22. L'organisation de l'offre de soins .....	87
23. Le paysage hospitalier français .....	93
24. Le financement des établissements de santé .....	97
25. Les établissements publics de santé .....	101
26. La gouvernance des EPS .....	103
27. Les établissements de santé privés .....	107
28. La coopération hospitalière .....	111
29. Les établissements extra-hospitaliers et autres structures .....	115
30. Les alternatives à l'hospitalisation .....	119
31. Les réseaux de soins .....	123
32. Filières de soins .....	127
33. Les soins de premier recours .....	129
34. Les acteurs de l'offre de soins de premier recours .....	131
35. Les professionnels de santé .....	133

36. Les médecins libéraux.....	137
37. Droits des usagers.....	141

#### Partie 4 Économie de la santé

38. Les Comptes de la santé.....	145
39. Les dépenses de santé.....	147
40. La consommation de santé et ses facteurs.....	151
41. Le financement des dépenses de santé.....	153
42. La maîtrise des dépenses de santé.....	157

#### Partie 5 QCM/QROC

QCM/CROQ 1. La santé publique.....	163
QCM/CROQ 2. La politique de santé publique en France.....	173
QCM/CROQ 3. Le système de soins français.....	183
QCM/CROQ 4. Économie de la santé.....	195

#### Partie 6 Évaluations

Évaluation 1.....	203
Évaluation 2.....	209
Évaluation 3.....	213

#### Partie 7 Corrigés des QCM/QROC

Corrigés QCM.....	219
Grille de contrôle.....	237
Corrigés QROC.....	239

#### Partie 8 Corrigés des évaluations

Corrigés évaluation 1.....	249
Corrigés évaluation 2.....	251
Corrigés évaluation 3.....	253

## 1 Généralités

### A. Définitions

- La **veille sanitaire** repose sur la mise en place de dispositifs destinés à rassembler toutes les informations pertinentes permettant d'observer et de surveiller des situations potentiellement dangereuses pour la santé publique. L'analyse de ces données doit permettre de déclencher l'alerte si le risque est avéré ou probable.
- La **sécurité sanitaire** est « *l'ensemble des dispositions et instruments mis en œuvre par l'État pour assurer cette responsabilité. C'est un ensemble de moyens et de procédures destinés à prévenir ou contrôler les risques susceptibles d'altérer la santé physique et/ou psychique de tout individu* ». Le renforcement de la sécurité sanitaire doit viser à renforcer les capacités d'expertise, de coordination des vigilances, d'intervention et de contrôle.

Elle concerne :

- la sécurité des soins ;
- la sécurité des personnes et des locaux (biens) ;
- la sécurité alimentaire ;
- la gestion des fluides ;
- la gestion des déchets.

- Le **principe de précaution** est un principe « *selon lequel l'absence de certitudes compte-tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable* ».

### B. Le cadre juridique national et international

#### ► Le niveau national

- La notion de « sécurité sanitaire » a été introduite dans le code de la santé publique par les **lois du 29 juillet 1994** relatives à la bioéthique.
- La **loi Barnier du 2 février 1995** introduit le terme « principe de précaution ».
- La **loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998** relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme est créée après des séries de scandales sanitaires en France, comme le sang contaminé ou la crise de la vache folle. Trois nouvelles agences sanitaires voient le jour : l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) et l'INVS (Institut de veille sanitaire).
- La **loi du 4 mars 2002** définit la sécurité sanitaire comme mission fondamentale du système de santé.

- La **loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique renforce le rôle de l'Institut de veille sanitaire (INVS), en raison des conséquences de la canicule de l'été 2003. Elle a changé certaines missions de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) en intégrant la mission de concevoir des messages en cas de situations d'urgences sanitaires graves.
- La **loi du 5 mars 2007** relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur a créé un établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaire (EPRUS).
- La **loi du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a étendu le champ de la HAS (Haute Autorité de santé).

### ► Le niveau international

- La **conférence de Rio de 1992** instaure le principe de précaution : *« Pour protéger l'environnement, des mesures de précaution doivent être largement appliquées par les États selon leurs capacités. »*
- Le **traité de Maastricht entré en vigueur le 1<sup>er</sup> février 1993** précise que la politique de la communauté dans le domaine de l'environnement *« est fondée sur les principes de précaution et d'action préventive et sur le principe du pollueur-payeur »*.
- Le **traité d'Amsterdam de 1999** et la **décision 2119/EC/1998** du parlement et du conseil européen précise l'engagement des pays à informer immédiatement l'ensemble des États membres et la Commission européenne de la survenue de certaines maladies infectieuses représentant une menace pour la santé publique, ainsi que des mesures prises pour les maîtriser.
- Le **traité de Lisbonne entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2009**, définit les mesures destinées à faire face aux enjeux communs de sécurité en matière de santé publique.

## 2 Principes d'intervention

- La **surveillance épidémiologique** est définie par l'INVS comme *« le suivi et l'analyse épidémiologique systématiques de problèmes de santé et de leurs déterminants dans une (ou des) population(s), en vue de mettre en œuvre des mesures préventives ou correctrices individuelles ou collectives »*. Il s'agit de fournir des indicateurs quantifiés sur les risques et leur impact sur l'état sanitaire, les populations concernées, la distribution des facteurs de risque et le repérage des populations exposées, l'impact de ces expositions sur la santé des populations.
- L'**alerte sanitaire** fait partie de la veille sanitaire et de la sécurité sanitaire. Elle permet une intervention rapide pour limiter les conséquences d'un risque sanitaire. Elle vise à *« détecter le plus rapidement possible tout événement anormal présentant un risque potentiel pour la santé publique et à permettre une intervention et des mesures rapides afin de limiter les conséquences de l'événement »*. Les signaux sont le point de départ

d'une alerte et suppose les étapes suivantes : recueil des signaux de toute nature ; vérification du signal ; évaluation de la menace ; transmission de l'alerte au niveau national, voire international.

### 3 Les acteurs

#### A. Niveau international

Des **organismes internationaux** participent à la veille sanitaire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).

Depuis 1990, de nombreuses **agences communautaires** ont été créées. Mais deux groupes d'agences peuvent être distingués :

##### ► Les agences de régulation

Elles sont chargées de transmettre des avis et des recommandations scientifiques et techniques auprès de la Commission européenne. On peut citer l'Agence européenne des médicaments (EMA), le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

##### ► Les observatoires

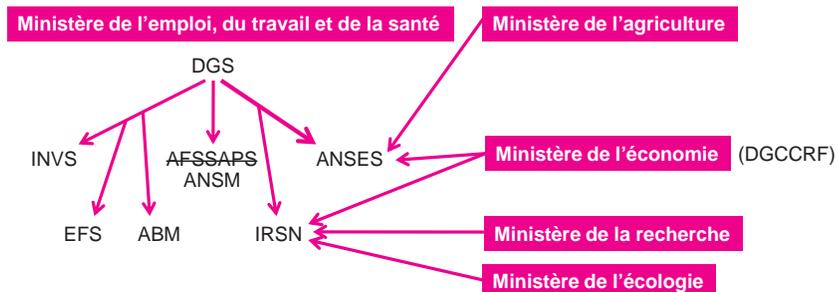
Ils sont chargés de rassembler et de diffuser des informations grâce à des réseaux. On peut citer l'Agence européenne pour l'environnement (AEE) et l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA).

#### B. Niveau national

Les agences sanitaires constituent les principaux organismes de veille sanitaire. Dans un contexte de scandale du Médiateur, la **loi du 19 décembre 2011** relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé crée l'**Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** en remplacement de l'AFSSAPS. Cette nouvelle agence aura un rôle de contrôle accru sur les médicaments : évaluation, surveillance, sanctions financières.

Agences de police sanitaire	AFSSAPS ANSM	Agences d'expertise	INVS	Opérateurs sanitaires	EFS
	ANSES		ANSES		ABM
Possibilité de suspension, abrogation, restriction de produits ou d'activité		Compétence de veille et d'alerte sanitaire.		Encadrement et développement d'un secteur sensible pour la santé publique	

La sécurité sanitaire est un domaine pluridisciplinaire où de nombreux ministères exercent un pouvoir de tutelle.



L'**INVS** est l'organisme pivot dans l'analyse des risques.

- Les **agences régionales de santé (ARS)** sont responsables de l'organisation de la veille sanitaire, de l'observation de la santé dans la région, du recueil et du traitement des signalements d'évènements sanitaires, en s'appuyant, sur les **observatoires régionaux de santé** et en collaboration avec les **préfets**.
- Les **EPRUS** (établissements de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) sont chargés de « *la gestion administrative, financière et opérationnelle d'une Réserve Sanitaire de l'État, de la gestion des stocks stratégiques des produits de santé de l'État* ».
- Les **départements des urgences sanitaires (DESUS)** ont pour mission de réceptionner les alertes sanitaires de niveau national ou international et de préparer des plans de réponse aux grandes menaces sanitaires.
- Les **cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE)** assurent les missions de l'INVS au niveau régional. Elles sont placées sous la responsabilité de l'INVS.
- Enfin, tous les **professionnels de santé** participent à une mission de veille sanitaire.

**1. Parmi les prescripteurs de soins, on compte :**

0 | 1

- ◇ A les patients
- ◇ B les professionnels de santé
- ◇ C la Sécurité sociale
- ◇ D la Haute Autorité de santé

**2. Un besoin de santé correspond à :**

0 | 1

- ◇ A un bien médical
- ◇ B un service médical
- ◇ C un manque en matière de santé à satisfaire
- ◇ D un écart entre un état de santé existant et un état de santé désiré

**3. La demande de santé émane :**

0 | 1

- ◇ A des professionnels de santé
- ◇ B des patients
- ◇ C de la Sécurité sociale
- ◇ D de l'INVS

**4. L'offre de santé comprend :**

0 | 1

- ◇ A la quantité de biens médicaux
- ◇ B la quantité de services médicaux
- ◇ C le nombre d'hôpitaux
- ◇ D le nombre de pharmaciens

**5. Les principaux agrégats utilisés en économie de la santé sont :**

0 | 1

- ◇ A la dépense marginale de santé
- ◇ B la consommation totale de santé
- ◇ C la consommation de soins et de biens médicaux
- ◇ D la dépense courante de santé

**6. La dépense courante de santé comprend :**

0 | 1

- ◇ A la consommation médicale totale
- ◇ B la consommation de médecine préventive
- ◇ C les dépenses pour le système de soins
- ◇ D le coût de gestion de la santé

**7. En 2010, la DCS représente :**

0 | 1

- ◇ A 9,1 % du produit intérieur brut
- ◇ B 10,1 % du produit intérieur brut
- ◇ C 11,1 % du produit intérieur brut
- ◇ D 12,1 % du produit intérieur brut

**8. La consommation médicale totale comprend :**

0 | 1

- ◇ A la dépense courante de santé
- ◇ B la consommation de soins et de biens médicaux
- ◇ C les dépenses pour le système de soins
- ◇ D la consommation de médecine préventive

**9. En 2010, le premier poste de dépenses de la CMT est :**

0 | 1

- ◇ A les soins ambulatoires
- ◇ B les transports de malades
- ◇ C les biens médicaux
- ◇ D les soins hospitaliers

**10. La consommation de soins et de biens médicaux comprend :**

0 | 1

- ◇ A les dépenses de médecine préventive
- ◇ B les dépenses du système de santé
- ◇ C le coût de gestion de la santé
- ◇ D les dépenses de soins ambulatoires

**11. La consommation de santé est :**

0 | 1

- ◇ A variable selon les pays
- ◇ B identique dans le temps
- ◇ C une référence quant au niveau de dépenses consacrées à la santé
- ◇ D identique quel que soit le pays concerné

**12. Parmi les principaux facteurs influençant cette consommation, on compte :**

0 | 1

- ◇ A la richesse nationale (niveau du PIB)
- ◇ B la structure par âge de la population
- ◇ C la démographie médicale
- ◇ D le niveau de couverture sociale des individus

**13. Entre 1990 et 2010, la CSBM en France a :**

0 | 1

- ◇ A stagné
- ◇ B diminué
- ◇ C multiplié par 2
- ◇ D multiplié par 4

**14. Parmi les principaux facteurs de croissance liés à l'augmentation de la demande de santé, on compte :**

0 | 1

- ◇ A le vieillissement de la population
- ◇ B une exigence individuelle de santé plus grande
- ◇ C l'augmentation du nombre de maladies chroniques
- ◇ D l'extension de la couverture sociale, grâce à la CMU

**15. Parmi les principaux facteurs de croissance liés à l'augmentation de l'offre de santé, on compte :**

0 | 1

- ◇ A la technicisation de la pratique médicale et la multiplication des techniques onéreuses
- ◇ B l'aboutissement de certaines recherches sur la prescription de traitements préventifs de longue durée
- ◇ C le contrôle des arrêts de travail par la Sécurité sociale
- ◇ D l'augmentation des naissances

**16. Les dépenses de santé sont financées par :**

0 | 1

- ◇ A les ménages
- ◇ B les mutuelles
- ◇ C l'État
- ◇ D la Sécurité sociale

**17. En 2010, le principal financeur de la CSBM est :**

0 | 1

- ◇ A l'État
- ◇ B les organismes complémentaires
- ◇ C les ménages
- ◇ D la Sécurité sociale

**18. En 2010, la Sécurité sociale contribue le plus au financement des dépenses :**

0 | 1

- ◇ A hospitalières
- ◇ B ambulatoires
- ◇ C de transports de malades
- ◇ D de biens médicaux

**19. Le second financeur de la CSBM est :**

0 | 1

- ◇ A les ménages
- ◇ B les organismes complémentaires
- ◇ C l'État

**20. En 2010, les organismes complémentaires contribuent le plus au financement des dépenses :**

- ◇ A de transports de malades
- ◇ B hospitalières
- ◇ C de biens médicaux
- ◇ D ambulatoires

0 | 1

**21. La raison principale de la maîtrise des dépenses de santé est :**

- ◇ A le vieillissement de la population
- ◇ B le développement des techniques médicales
- ◇ C le déficit chronique et profond de l'Assurance maladie
- ◇ D l'élévation du niveau de vie des individus

0 | 1

**22. Parmi les principaux facteurs structurels de croissance des dépenses de santé, on compte :**

- ◇ A les progrès médicaux
- ◇ B le vieillissement de la population
- ◇ C l'augmentation des pathologies chroniques
- ◇ D une offre de soins étendue

0 | 1

**23. Le sigle ONDAM signifie :**

- ◇ A objection national de l'Assurance Maladie
- ◇ B objectif national des dépenses d'Assurance Maladie
- ◇ C objectif nominal des dépenses de l'Assurance des Mutuelles
- ◇ D objection nominal de l'Assurance Maladie

0 | 1

**24. Parmi les mesures récentes de maîtrise des dépenses de santé agissant sur l'offre de santé, on compte :**

- ◇ A la franchise médicale sur les médicaments
- ◇ B le contrôle renforcé des arrêts de travail
- ◇ C la HAS
- ◇ D le *numerus clausus*

0 | 1

**25. Parmi les mesures récentes de maîtrise des dépenses de santé agissant sur la demande de santé, on compte :**

- ◇ A le développement des alternatives à l'hospitalisation
- ◇ B l'ONDAM
- ◇ C le développement des médicaments génériques
- ◇ D la participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte

0 | 1

Résultats

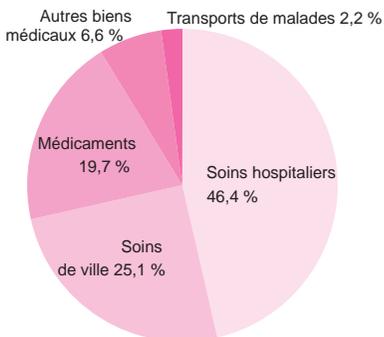
25

## Questions 4

4

QROC

1. Présenter la différence entre *DCS*, *CMT* et *CSBM*.
2. Situer l'importance des dépenses de soins de ville dans la CSBM en 2010.



Structure de la CSBM en 2010

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2005

3. Exposer trois raisons à l'augmentation de la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé.
4. Expliquer en quoi l'accès à une complémentaire santé est un déterminant de la demande de santé.
5. Expliquer en quoi la Haute Autorité de santé joue un rôle prépondérant dans la maîtrise des dépenses de santé.



- 1 ► ◇ **B** Les prescripteurs de santé répondent aux besoins de santé en offrant les soins nécessaires aux patients, en demande de soins.
- 2 ► ◇ **C ; D** Un besoin de santé correspond à un écart entre un état de santé existant et un état de santé désiré, c'est-à-dire à un manque à combler.
- 3 ► ◇ **B** La demande de santé émane des patients, mais est influencée de l'éclairage des professionnels de santé (orientation, conseils, prescription).
- 4 ► ◇ **A ; B** L'offre de santé est la quantité de biens et de services médicaux produite par les divers acteurs du système de santé (professionnels de santé, établissements hospitaliers, ...) qui représente les ressources sanitaires (médicaments, consultations, ...) auxquelles peut accéder la population.
- 5 ► ◇ **C ; D** La dépense courante de santé, la consommation médicale totale et la consommation de soins et de biens médicaux constituent les principaux agrégats utilisés en économie de la santé.
- 6 ► ◇ **A ; B ; C ; D** La DCS comprend l'ensemble des éléments pré-cités ainsi que les autres dépenses pour les malades (soins aux personnes âgées...).
- 7 ► ◇ **C** En 2010, la DCS représentait 12,1 % du PIB soit 234,1 milliards d'euros (3 609 euros par habitant).
- 8 ► ◇ **B ; D** La CMT comprend la CSBM et la consommation de médecine préventive.
- 9 ► ◇ **D** En 2010, les dépenses d'hospitalisation représentent le 1er poste des dépenses avec 45,5 % de la CMT soit en moyenne 1 252 € en soins d'hospitalisation.
- 10 ► ◇ **D** La CSBM comprend l'ensemble des composantes de la CMT (soins hospitaliers, soins ambulatoires, biens médicaux et transports de malade), exceptées les dépenses de médecine préventive.
- 11 ► ◇ **A ; C** La consommation de santé est une donnée variable d'un pays à l'autre (on utilise très souvent comme indicateur la dépense totale de santé pour procéder à des comparaisons internationales) et sert de référence au niveau de dépenses consacrées par un pays à la santé.
- 12 ► ◇ **A ; B ; C ; D** L'ensemble de ces facteurs a une action directe sur le niveau de dépenses consacrées à la santé (tant au niveau individuel qu'au niveau collectif).
- 13 ► ◇ **C** Entre 1990 et 2010, la CSBM en France a été multipliée par 2, passant de 80 à 175 milliards d'euros.

- 14 ► ◇ **A ; B ; C ; D** L'ensemble de ces facteurs augmente le niveau des dépenses de santé et émane tous des patients.
- 15 ► ◇ **A ; B ; D** Le développement de la recherche, le coût des techniques ainsi que la technisation de la pratique médicale ont fortement contribué à l'augmentation de l'offre de santé, et donc de la consommation en santé (par le phénomène appelé « demande induite », induite par l'offre).
- 16 ► ◇ **A ; B ; C ; D** Le financement des dépenses de santé est assuré par l'Assurance Maladie (Sécurité sociale), les ménages, les organismes complémentaires (mutuelles, compagnies d'assurance privée et institutions de prévoyance) et l'État.
- 17 ► ◇ **D** C'est la Sécurité sociale qui est le principal financeur de la CSBM avec 75,8 % en 2010.
- 18 ► ◇ **A** Parmi les grands postes de la CSBM, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée avec 90,9 % en 2010.
- 19 ► ◇ **B** Les organismes complémentaires constituent le second financeur de la CSBM avec 13,5 % en 2010.
- 20 ► ◇ **D** Parmi les grands postes de la CSBM, c'est pour les soins de ville que la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses est la plus élevée avec 22,3 % en 2010.
- 21 ► ◇ **C** La maîtrise des dépenses de santé est principalement due au déficit croissant de l'Assurance Maladie, qui pose des problèmes récurrents de financement et limite les ressources disponibles pour financer à l'avenir d'autres besoins.
- 22 ► ◇ **A ; B ; C ; D** L'ensemble de ces éléments pré-cités favorise l'augmentation des dépenses de santé.
- 23 ► ◇ **B** Le sigle ONDAM signifie objectif national des dépenses d'Assurance Maladie.
- 24 ► ◇ **C ; D** Ne constituent des mesures de maîtrise des dépenses de santé agissant sur l'offre, que celles ayant une action directe sur l'ensemble des biens et services proposés à la population pour se soigner de soins c'est-à-dire émanant des professionnels de santé et des structures assurant les soins divers (hôpitaux, pharmaciens...).
- 25 ► ◇ **C ; D** Ne constituent des mesures de maîtrise des dépenses de santé agissant sur la demande, que celles ayant une action directe sur l'expression des besoins des patients et donc émanant d'eux-mêmes, envers les professionnels de santé.