

Revue DROIT & SANTÉ

La revue juridique des entreprises de santé

—— ÉDITORIAL

—— CHRONIQUES

—— ACTUALITÉ

- 1 Responsabilités
- 2 Contrats
- 3 Droit pénal de la santé
- 4 Bioéthique et biotechnologie
- 5 Organisation des professions et déontologie
- 6 Droit des patients
- 7 Établissements
- 8 Droit économique de la santé
- 9 Droit social
- 10 Politique de santé, santé publique, économie de la santé
- 11 Droit des produits de santé
- 12 Droit fiscal, comptable et financier de la santé
- 13 Droit et santé mentale

—— FICHE
TECHNIQUE

CHRONIQUE OFFERTE

Ce que demandent les représentants d'associations
d'usagers de l'Arucah aux candidats à
la présidentielle de 2017

REVUE DROIT & SANTÉ

Par l'Équipe de recherche du Laboratoire européen d'Études et de Recherche
Droit & Santé, université de Montpellier

Directeurs scientifiques: François VIALLA – Lucile LAMBERT-GARREL

Rédacteurs en chef: Caroline RAJA – Benoît APOLLIS

Sommaire

Revue DROIT & SANTÉ

La revue juridique des entreprises de santé



Revue Droit & Santé ~ RDS®

LEH Édition
253-255, cours du Maréchal-Gallieni
33000 Bordeaux
www.leh.fr • www.leh.fr/rds
Tél. 05 56 98 85 79 • Fax 05 56 96 88 79

Directeur de la publication

Sébastien Clément

Directeurs scientifiques

Lucile Lambert-Garrel
et François Vialla

Rédacteurs en chef

Caroline Raja et Benoît Apollis

Secrétaire de rédaction

Paul Véron

Comité de lecture

B. Apollis, M.-F. Callu, M. Girer,
L. Lambert-Garrel, A.-C. Perroy,
J. Pagès, A. Ponselle,
B. Py, C. Raja, F. Vialla

Secrétariat d'édition

Élodie Maréchal

Routage

Routage 86

Impression

Présence Graphique

RDS® est éditée par LEH Édition

N° de la Commission paritaire:
0217T86103

Dépôt légal: mai 2016
ISSN: 1769-1036

Abonnements:

Revue bimestrielle, 6 numéros par an
• 6 n° : 208 € TTC
• Prix au numéro: 37 € TTC

Spécimen gratuit, ne peut être vendu

Nos abonnés sont instamment priés,
lorsqu'une de nos livraisons ne leur est
pas parvenue, de nous en aviser sans
délai car ils seront ainsi assurés de la
recevoir. Nous ne pouvons en effet
garantir que pendant six mois le service
des numéros manquants.

Reproduction même partielle
strictement interdite.

La Revue Droit &
Santé® bénéficie du
parrainage de l'Agence
universitaire de la
Francophonie



Spécimen gratuit offert par LEH Édition

Ne peut être vendu



spécimen gratuit, ne peut être vendu
Tous droits réservés

Revue DROIT & SANTÉ

La revue juridique des entreprises de santé

BULLETIN D'ABONNEMENT

*Abonnez-vous à la revue d'information juridique
des entreprises de santé*

- Oui**, je souhaite m'abonner à la **Revue Droit & Santé** et recevoir 6 numéros par an, frais de port inclus, au prix de 208 € (244 € hors métropole)
- Étudiant (joindre un justificatif) au prix de 104 €

Mode de règlement:

- Je paierai à réception de la facture.
- Je joins mon règlement par chèque à l'ordre de: **LEH Édition**.

Une facture acquittée me parviendra ultérieurement.

Votre demande d'abonnement est à retourner par télécopie ou par courrier à l'adresse suivante:

Revue
DROIT & SANTÉ

LEH Édition

253-255, cours du Maréchal-Gallieni • 33000 Bordeaux

Tél. 05 56 98 85 79 • Fax 05 56 96 88 79

www.leh.fr • www.bnnds.fr/rds

Bulletin d'abonnement

M. M^{me} M^{lle}

Nom, prénom

Établissement Service

Adresse

..... Code postal

Ville

Tél.

Fax

E-mail

Cachet et signature

Pierre-Henri BRÉCHAT, membre du Centre d'Études et de Recherches de Sciences administratives et politiques (Cersa) – UMR CNRS 7106 de l'université Paris 2 (Panthéon-Assas); membre de l'Institut Droit et Santé – Inserm UMR S 1145 – de l'université Paris 5 (Paris Descartes); membre du comité exécutif de la chaire Santé de Sciences Po; professeur affilié de l'EHESP; praticien hospitalier du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) en mobilité au centre Cochrane français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'AP-HP

Christian MAGNIN-FEYSOT, président de l'association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires et hôpitaux de Franche-Comté (Arucah), membre de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI)

Odile JEUNET, présidente de la maison régionale de santé publique (MRSP), membre de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) et membre de l'association « Franche-Comté Alzheimer »

Collectif des auteurs: Bernadette BRÉCHAT, Pierre-Louis BRÉCHAT, Claude CAMUS, Marie-Claude CAMUS, Noëlle CONCHON, Philippe FLAMMARION, Marcelle GÉHENDEZ, Marie-Louise GRAU, Irénée GUIOT, Bernadette LANQUETIN, Serge LECOMTE, Richard MARTINEZ, Jean MAUVAIS, Lucette MENANT, Line MÉRIALDO, Jean-Marcel MILLET, Jocelyne NICOD, Françoise PRUDHON, Patricia TASSI, Edith TROCMÉ, Marthe VIPREY, Odile VUILLAUME, membres de l'association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires, hôpitaux de Franche-Comté (Arucah)

Ce que demandent les représentants d'associations d'usagers de l'Arucah aux candidats à la présidentielle de 2017

The demands of the health care users' representatives of Arucah to the candidates for the 2017 presidential

ABSTRACT: Le 5 mars 2016, 22 membres de l'association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires et hôpitaux de Franche-Comté (Arucah) ont réalisé un bilan du système de santé et d'assurance maladie afin de faire des propositions aux élus et aux candidats à la présidentielle de 2017. Leur analyse globale du système reprend la définition de la santé du paragraphe 11 de l'observation générale n° 14 (2000) des Nations unies. « Ce qui ne marche pas » dans le système prédomine sur « ce qui marche ». Ils font des propositions d'évolution du système de santé et d'assurance maladie basées sur des valeurs sociétales partagées et des préférences morales. Ce travail montre aussi que la démocratie sanitaire pousse, par injonction, la démocratie politique à devenir responsable.

On the 5th of March 2016, 22 members of the Association of Users of Representatives in Clinics, Hospitals and Health Associations of Franche-Comté (Arucah) have made an assessment of the health system and health insurance in order to make some proposals to the elected and candidates for the 2017 presidential. Their overall analysis of the system adopts the definition of health of General Comment No. 14 (2000) of the United Nations. "What it doesn't work" in the system predominates "what it works". They make proposals for changes in the health care and health insurance systems based on shared societal values and moral preferences. This work also shows that health democracy grows, by injunction, the political democracy become responsible.

MOTS-CLÉS: démocratie participative en santé – priorités de santé – ordre de priorité – région – santé publique – droit de la santé

KEYWORDS: health democracy – healthcare priorities – priority setting in health care – region – public health – health law

L'association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires et hôpitaux de Franche-Comté (Arucah), prend en compte depuis des années le fait que le droit à la santé est, selon l'observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint – article 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels élaboré par le comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies, un « droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé » et que « la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international » est un autre aspect important. Inspirée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, l'Arucah a voulu « organiser ou contribuer à l'organisation de débats publics permettant l'expression des citoyens sur des questions de santé ou d'éthique médicale » pour « contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé » afin de participer « à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ».

Ainsi, le 5 mars 2016, 22 membres de l'Arucah ont réalisé un bilan du système de santé et d'assurance maladie afin de faire des propositions aux élus et aux candidats à la présidentielle de 2017. Parmi ces membres d'une moyenne d'âge de 74,5 ± 22 années, 6 sont syndiqués et 3 sont des élus. Chacun avait reçu par voie postale une semaine avant la réunion, la liste des 4 questions ainsi que 5 articles d'actualité sur la démocratie en santé et l'état du système de santé et d'assurance maladie¹. Un de ces 22 membres a fait

participer ses 2 enfants par écrit et deux autres ont apporté des éléments complémentaires² et des témoignages écrits³.

Organisation de la journée

Cette journée a été structurée en 5 étapes : 1) rappel que cette étude s'inspire des méthodes d'identification et de discussion des priorités de santé possibles et s'inscrit dans le cadre de travaux sur le développement d'une démocratie participative en santé, ou démocratie sanitaire, donnant à l'utilisateur et au citoyen toute sa place en tant qu'acteur du système de santé⁴ suivi d'une discussion ; 2) rappel des précédents travaux⁵

Parisien, le 20 février 2016 ; LAVOREL (A.), « Santé : le dispositif qui inquiète les usagers. Deux associations s'alarment de voir le système de représentation des usagers verrouillé par le ministère », *L'Opinion*, le 3 mars 2016 ; GUICHARD (G.), « Comment Touraine étouffe toute démocratie dans la santé », *Le Figaro*, le 3 mars 2016 ; BRÉCHAT (P.-H.), MAGNIN-FEYSOT (C.), JEUNET (O.), « Démocratie participative en santé en France : bilan mitigé en faveur d'améliorations. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2015 ; 3 : 38-42 ; BRÉCHAT (P.-H.), « Sauver notre système de santé et d'assurance maladie : il faut agir dès maintenant. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2016 ; 1 : sous presse.

2. Comme un travail « Plus de 160 milliards mobilisables immédiatement » de la Fédération syndicale unitaire (FSU) de Franche-Comté et un exemplaire de : « Mémoire en marche. 1945-2015, la Sécurité sociale à 70 ans », *Bulletin du comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne Franche-Comté* 2015 ; 20, 10 pages.

3. Ces éléments n'ont pas été exploités dans cette étude.

4. BRÉCHAT (P.-H.), BATIFOULIER (P.), dir., « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé. *For the democratic development of health policy priorities* », *SÈVE : Les tribunes de la santé*, Paris, Éditions de Santé et Presses de Sciences Po, 2014 ; hors série.

5. BRÉCHAT (P.-H.), GOGUEY (M.), MAGNIN-FEYSOT (C.), GEFFROY (L.-R.), « Usagers et politique de santé : un exemple en Franche-Comté », *Actualité et Dossier en santé publique* 2003 ; 45 : 67-71 ; BRÉCHAT (P.-H.), MAGNIN-FEYSOT (C.), JEUNET (O.), ATTARD (A.), DUHAMEL (G.), TABUTEAU (D.), « Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple Franc-Com-

1. ROSENWEG (D.), « La fracassante démission d'un haut cadre du ministère de la Santé », *Le*

suivi d'une discussion; 3) présentation des enjeux du système⁶ suivie d'une discussion; 4) bilan des 4 questions posées: « ce qui marche dans le système », « ce qui ne marche pas », « qu'est-ce que les élus et les candidats à la présidentielle doivent faire ? » et « quel slogan donner à la réforme ? », par la méthode des post-it qui permet l'anonymisation des réponses et la prise en compte de la pluralité des avis. Le responsable du travail a développé une approche scientifique: pendant la réunion, chaque membre de l'équipe a pu émettre des idées par la méthode des post-it (un post-it par proposition; pas de limitation du nombre de post-it) que le responsable et 2 participants ont condensée sur un tableau. Il a été choisi de faire une classification des post-it en fonction des réponses pour les 3 premières questions, soit en 7 parties: prévention; secteur ambulatoire; lien entre les secteurs ambulatoire et hospitalier; secteur hospitalier comprenant les urgences; secteurs médico-social et social; assurance maladie; et système [Tableau 1]. Une phase de concertation a ensuite été ouverte permettant la recherche de relations dans les données. Chacun a pu défendre ses points de vue. Les conflits ont été traités dans les discussions où chacun a pu participer également et où chacun était responsabilisé. Des notes ont été systématiquement prises. Les travaux de l'équipe ont bénéficié d'un compte rendu sous forme du présent article qui vient rejoindre la publication des autres articles mentionnés à l'étape 2 (story-board sous forme d'articles); 5) synthèse des résultats par le responsable du travail et les autres

auteurs de cet article dans une première version qui a intégré les notes ainsi que les tableaux correspondant aux 4 questions et comprenant les post-it classés. Des données quantitatives et qualitatives ont été produites⁷. Cette version d'article a été soumise au collectif des auteurs qui sont les participants de la journée du 5 mars 2016. Leurs remarques et demandes ont toutes été prises en compte au sein de la présente version finale.

Des résultats impressionnants

« Ce qui marche dans le système » : de rien à l'hôpital

Il y a 58 réponses, soit 2,6 réponses en moyenne par participant. Deux de ces post-it mentionnent « rien » et « rien, tout est à revoir », ce qui représente les réponses de 9 % des participants et 3,4 % du total des réponses. C'est le secteur hospitalier qui marche le mieux, suivi du secteur ambulatoire.

Les campagnes de dépistage ainsi que les alertes (air, eau) sont appréciées.

L'accès aux spécialistes en médecine générale (9 réponses) librement (1), à la pharmacie (1), à SOS médecins (1) est la caractéristique du secteur ambulatoire qui marche. Il permet la prise en charge des pathologies chroniques (1).

L'utilité de l'intégration entre les secteurs ambulatoire et hospitalier est reconnue pour le suivi des grossesses et des nourrissons (1).

Le secteur hospitalier est reconnu pour la chirurgie (7 réponses), la prise en charge du cancer (3) et de la mère et de l'enfant (3), les urgences (1) avec un hélicoptère

tois », *Santé publique* 2011; 23 (3): 169-182; BRÉCHAT (P.-H.), JEUNET (O.), ATTARD (A.), ROMAGNAN (B.), LAJOUX (M.), MAGNIN-FEYSOT (C.) et al., « Représentants d'associations d'usagers et priorités de santé: un déficit de démocratie », *Journal d'économie et de gestion médicales* 2012; 30 (6): 351-366.

6. BRÉCHAT (P.-H.), *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016.

7. Une analyse statistique a été réalisée: les données issues de différences moyennes ont été analysées (Statview 5, Abacus Concepts, Berkeley, CA, USA) par un test de la variance ($n < 30$) suivi d'un test de Wilcoxon ou d'un test T de Student bilatéral en acceptant que la différence constatée soit due au hasard au seuil de 5 %.

(1). « Le dévouement du personnel malgré les conditions de travail de plus en plus pénibles » (1) permet des soins en sécurité (2). Le groupement hospitalier de territoire est retenu une fois.

Le médico-social (1 réponse), les maisons de retraites (1) et la réduction fonctionnelle (1) sont ce qui marche bien dans le secteur médico-social et social.

La bonne prise en charge des patients atteints d'affection de longue durée (ALD) (6 réponses), le maintien de l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) (2 réponses), la carte Vitale (1) et le fait que la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) « fasse aussi la sécurité sociale » (1) sont ce qui marche à l'Assurance Maladie.

La prise en compte de l'éthique est importante pour l'évolution du système (1 réponse).

**« Ce qui ne marche pas » :
un système de santé et d'assurance
maladie à bout de souffle**

Il y a 113 réponses, soit 5,1 réponses en moyenne par participant. C'est le système qui marche le moins bien suivi par l'Assurance Maladie.

« La culture de la prévention est nulle en France » (1 réponse). Cette affirmation traduit bien une prévention insuffisante (4) qui ne donne pas confiance (2) et mérite d'être renforcée (2), particulièrement en milieu scolaire (2).

Les déserts médicaux (3 réponses), le manque de médecins spécialistes (7) et l'abandon par ces derniers de la permanence des soins (2) accroissent les inégalités territoriales d'accès aux soins primaires (1). L'ouverture de cabinets d'infirmiers (1) et le développement d'auxiliaires médicaux (1) ne sont pas assez poussés.

L'intégration entre les secteurs ambulatoire et hospitalier (5 réponses) et les prises en charge pluridisciplinaires (1) sont insuffisantes dans un dispositif trop complexe (1).

Les services des urgences sont mal organisés (3 réponses) et manquent d'hélicoptères (1). La tarification à l'activité (T2A) est un blocage financier pour l'hôpital (1) qui ne valorise pas la qualité des soins (1) mais qui banalise les interventions chirurgicales (1). L'attribution des budgets des hôpitaux se fait en fonction de l'activité (1), alors qu'il manque des structures adaptées aux besoins de la population (2) ainsi que du personnel pour davantage d'humanité (1) et de surveillance (1) dans les soins, ainsi que de prise en compte des remarques des patients pour améliorer leur prise en charge (1). Il y a une lourdeur administrative pour les certifications (1) et le développement de la chirurgie ambulatoire par l'administration « est un déplacement de la prise en charge du malade par la famille ou l'hôtellerie privée » (1).

Pour le secteur médico-social et social, il n'y a pas assez d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (3 réponses), elles coûtent trop cher (3) et il n'y a pas assez de personnel (2). Il n'y a pas non plus assez de structures intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD (1), et la segmentation entre les secteurs sanitaire et médico-social est trop importante (1).

L'Assurance Maladie obligatoire (AMO) rembourse moins (3 réponses) même pour les ALD (1) et les transports (1), comme les soins dentaires, les lunettes et les appareils auditifs (4). Cela, alors que le prix des consultations et des actes augmente (2), de même que le coût de la santé (1), ce qui fait que le reste à charge augmente même quand il y a une prise en charge à 100 % (1) ainsi que les inégalités (1), particulièrement pour les personnes précaires (1) et âgées (2), car les assurances maladies complémentaires (AMC) sont trop chères (3). Les feuilles de remboursement sont trop complexes (1) et les délais de remboursement sont trop longs (1), de même que la gestion des arrêts maladies trop complexes pour un employeur (1).

La carte Sésame Vitale ne permet pas de connaître les dépenses engagées (1).

Concernant le système, « rien ne va pour les personnes en difficulté » (3 réponses) ou les patients « complexes » (1). Les inégalités d'accès aux soins s'accroissent (4). Les besoins de santé de la population, comme un logement de qualité (1) ou la santé environnement (1), ne sont pas assez pris en compte (4) de même que la démocratie sanitaire (1). Les droits acquis doivent être défendus (1). Il y a une diminution du nombre de personnels et de lits (1). Les informations sur la santé et les soins sont insuffisantes et pas assez sûres (4) au sein d'un système informatique fragile (1). Les médecins ne sont pas assez formés (2). L'administration de la santé est trop complexe (2) et la séparation entre le public et le privé trop floue (1). Le poids des intérêts économiques de l'industrie est trop important (4).

Une des participantes témoigne de l'accroissement du nombre des logements insalubres à Pontarlier⁸.

« Qu'est-ce que les élus et les candidats à la présidentielle doivent faire ? » : beaucoup de demandes et non plus des attentes

Il y a 80 réponses, soit 3,6 réponses en moyenne par participant. Ce sont les propositions pour l'évolution du système qui recueille la majorité des réponses, soit 75 % des réponses.

8. À Pontarlier en 1975, un « Dossier noir du logement » a été réalisé par l'Association populaire familiale (APF) devenue l'association « Consommation Logement et Cadre de Vie » (CLCV). Ce document de 24 pages montre qu'il y avait 84 logements insalubres dans les 150 appartements des 29 rues investiguées. Suite à un accident, une marche silencieuse et un sit-in d'une centaine de personnes ont permis 2 opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH). Quarante ans après, la situation s'est dégradée, cité par Marthe Vipayre, le 5 mars 2016.

Le renforcement de la prévention fait partie de ce que doivent faire les élus et les candidats à la présidentielle (5 réponses).

Le secteur ambulatoire doit être renforcé par la création de services de santé de proximité (1 réponse), une meilleure gestion du *numerus clausus* (1), une amélioration de la rémunération des professionnels de santé (1) et la fin de la liberté d'installation pour les médecins (1). Les hôpitaux locaux peuvent être reconvertis en centres pluridisciplinaires (1).

L'intégration des secteurs ambulatoire et hospitalier doit devenir une priorité (4 réponses).

L'hôpital doit proposer une offre chirurgicale de proximité, notamment en ambulatoire (2 réponses).

Le secteur médico-social et social doit se doter d'EHPAD pour tous, particulièrement pour les personnes précaires (1 réponse) ainsi que des alternatives au placement en EHPAD (1).

L'Assurance Maladie doit prendre en charge les personnes précaires, âgées, porteuses de pathologies chroniques (2 réponses). Un régime simplifié et unique d'assurance maladie doit être créé (4).

L'évolution du système est la priorité numéro 1. Cette évolution doit permettre la transformation de l'actuel système consommateur de soins en un système producteur de santé pour tous (6). Cela doit être inscrit dans la Constitution (1) et la loi doit faire que l'État devienne responsable de la santé de la population (1). Le système de santé et d'assurance maladie doit répondre aux besoins de santé de la population (4), et ce, démocratiquement (10). Des formations aux citoyens doivent être réalisées pour cela (1), de même que l'établissement de passerelles entre la démocratie sanitaire, la démocratie sociale et la démocratie politique (1). La santé mentale (1), la santé des jeunes (1) et la santé des personnes âgées et précaires (1)

doivent être des priorités. L'ensemble des déterminants de santé doivent être pris en compte comme le logement (6), la qualité de l'eau (2) et de l'air (1). Le système doit devenir efficace et efficace (3). Pour cela, une structure d'évaluation de la qualité doit être mise en place (3). Elle doit être « indépendante à l'égard des lobbies comme l'industrie pharmaceutique » (1). Cette structure doit « dispenser des formations aux professionnels de santé et imposer des contrôles obligatoires » (1). Les élus doivent pour cela s'engager (6), devenir responsables (1) et se former pour comprendre les enjeux et les besoins actuels et de demain (4). Une proposition est faite pour que la « gestion des établissements de santé soit faite par des personnes ressources et non par des politiques » (1).

« Quel slogan donner à la réforme ? » : d'une direction pour le système à l'injonction pour l'élu

36 propositions donnent une direction au système de santé et d'assurance maladie, dont les suivantes peuvent les résumer: « la santé pour la vie »; « un droit à la santé pour tous »; « tous responsables pour un système de santé solidaire »; « une meilleure santé pour tous: c'est possible! »; « un pays qui s'occupe de la santé, du vivre-bien de chacun est un pays prospère »; « un système de santé pour un consensus républicain ».

16 propositions concernent les élus et les candidats à la présidentielle de 2017. L'aveuglement et la surdité des élus doivent être soignés (7 réponses). Ils doivent « descendre dans nos villes et villages pour comprendre les besoins » (2) et devenir responsables: « tout politique doit se dire chaque matin que tout homme a droit à la santé » (1). « L'accueil de l'autre dans sa diversité est signe de richesse » (1), ce qui permet « d'accroître la confiance à tous les étages » (1). « La politique, la vraie, c'est de s'occuper des problèmes des citoyens et de leurs besoins »

(1). Sinon: « la santé [doit être] aux mains de toute la nation et pas dans les seules mains du prince » (1); « la santé sans élus mais les politiques en bonne santé » (1); « Astérix au pouvoir » (1).

Discussion: quatre enseignements remarquables

Le premier des 4 enseignements les plus remarquables de cette étude est l'importance accordée par les représentants d'associations d'usagers, à une analyse globale du système comprenant le continuum d'offres et d'actions relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social et du social ainsi que l'ensemble des déterminants de la santé. Ils reprennent ainsi intégralement et sans la connaître la définition de la santé du paragraphe 11 de l'observation générale n° 14 (2000) des Nations unies qui précise que le droit à la santé est interprété comme un « droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international ». Comme le « Panorama de la santé 2015 » de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les membres de l'Arucah trouvent que le système français présente des risques qui le menacent comme l'absence de prévention, l'accroissement du renoncement aux soins ou l'amélioration de la qualité des soins qui n'est pas assez rapide.

CE QUE DEMANDENT LES REPRÉSENTANTS D'ASSOCIATIONS D'USAGERS DE L'ARUCAH AUX CANDIDATS À LA PRÉSIDENTIELLE 2017

Le deuxième des 4 enseignements les plus remarquables de cette étude est que pour les 22 membres de l'Arucach, « ce qui ne marche pas » dans le système prédomine sur « ce qui marche » ($p < 0,03$)⁹. Le système ne propose pas assez d'action de prévention et d'intégration entre les systèmes ambulatoire, hospitalier et médico-social. Il ne répond pas aux besoins de santé de la population et ne prend pas assez en compte l'ensemble des déterminants de la santé. L'AMO rembourse moins alors que l'AMC est trop chère, ce qui provoque une augmentation des renoncements aux soins et à la santé, ainsi qu'un accroissement des inégalités d'accès aux soins et à la santé. C'est le système de santé et d'assurance maladie dans son ensemble qui ne marche pas. Ce résultat est retrouvé pour la population française¹⁰. Les membres de l'Arucach ont l'impression, comme les Français, que le système est menacé¹¹. Les membres de l'Arucach ont également le sentiment, comme 82 % des 35 000 médecins consultés en 2015 par le Conseil national de l'Ordre des médecins, que le système de santé s'est détérioré ces dix dernières années.

Le troisième des 4 enseignements les plus remarquables de cette étude est que les représentants d'associations d'usagers peuvent véritablement devenir des co-construc-teurs du système de santé et d'assurance maladie. Leurs connaissances fines leur permettent de faire un état des lieux global du système

9. Résultats pour la question 1/3: NS; Résultats pour la question 2/3: NS.

10. Seulement 68 % des répondants français trouvent que leur système est le meilleur alors que pour 80 % des répondants allemands, c'est le leur. Pour 41 % des répondants européens, c'est l'Allemagne qui a le meilleur système alors que pour 22 % c'est la France, cité dans: Baromètre Santé 360, « La santé dans le débat public et politique » réalisé par Odoxa et présenté le 7 mars 2016.

11. APM International, « Les Français apparaissent ouverts au changement pour améliorer le système de santé », le 19 mai 2014.

ainsi que de nombreuses propositions, à preuve le nombre de réponses données qui avoisine par participant les 13,8 pour les 4 questions. Cette pluralité et cette richesse d'avis permettent à la démocratie sanitaire d'être une force de proposition constructive pour un système producteur de santé, solidaire et durable. Cette richesse d'avis est une « marque de fabrique » de l'Arucach: en 2010 déjà, 38 représentants d'associations d'usagers avaient choisi leurs priorités de santé et proposé 57 actions dans le cadre d'une politique de santé interministérielle favorisant la santé et l'environnement¹². Ils proposent ici en plus l'intégration des secteurs ambulatoire et hospitalier ainsi que médico-social, l'amélioration de la permanence des soins, le « bien-vieillir » ou le « vieillissement réussi » ainsi que la création d'un régime unique d'AMO pour prendre en charge tout le monde et notamment les personnes précaires, âgées et porteuses de pathologies chroniques. Ils demandent un système répondant aux besoins de santé de toute la population et partout, ayant développé la prévention au sein d'un secteur ambulatoire intégré au secteur hospitalier et garantissant l'amélioration continue de la qualité des actions de santé et des soins. Pour favoriser cela, ils proposent la création d'une structure d'évaluation de la qualité « indépendante à l'égard des lobbies comme l'industrie pharmaceutique » qui doit « dispenser des formations aux professionnels de santé et imposer des contrôles obligatoires ». Ils proposent ainsi, à l'instar des systèmes américains efficaces et efficaces, la création d'un institut pour le leadership en santé à l'instar de l'Institute for Healthcare Leadership d'Intermountain Healthcare aux États-Unis d'Amérique.

12. BRÉCHAT (P.-H.), JEUNET (O.), ATTARD (A.), ROMAGNAN (B.), LAJOUX (M.), MAGNIN-FEYSSOT (C.) *et al.*, « Représentants d'associations d'usagers et priorités de santé: un déficit de démocratie », *Journal d'économie et de gestion médicales* 2012; 30 (6): 351-366.

Le dernier des 4 enseignements les plus remarquables de cette étude est l'importance particulière accordée aux élus. Si les propositions pour les élus et les candidats à la présidentielle concernent majoritairement l'évolution du système, une injonction plus qu'une attente leur est faite. En 2009, les représentants d'associations d'usagers exprimaient une défiance dans les capacités de l'État à prendre en compte démocratiquement les besoins de santé, à réduire les inégalités et à garantir les principes sur lesquels repose la pérennité du système de santé¹³. La « démocratie sanitaire » tend à obliger la « démocratie sociale » et surtout la « démocratie politique » à agir rapidement. Pour cela, les slogans donnent une direction au système et donnent des injonctions aux politiques, notamment en matière de formations et d'actions. Les résultats de cette étude pourraient être pris en compte par la conférence régionale de santé et de l'autonomie et l'ARS. Cela rejoint ce que pense une majorité de Français¹⁴ à savoir que les questions de

santé et d'assurance maladie ne doivent plus être les parents pauvres des débats politiques, mais doivent devenir une des priorités des débats, particulièrement lors de la présidentielle¹⁵. Pour cela, les élus doivent impérativement s'engager et se former pour comprendre les enjeux et les besoins actuels et de demain.

Conclusion

Ce travail permet de montrer que la démocratie sanitaire peut favoriser l'élaboration de propositions d'évolution du système de santé et d'assurance maladie par la société civile, et que ces propositions sont basées sur des valeurs sociétales partagées et des préférences morales. Ce travail montre aussi que la démocratie sanitaire pousse, par injonction, la démocratie politique à devenir responsable.

pauvres dans les débats politiques et électoraux, particulièrement lors des présidentielles, cité dans Baromètre Santé 360, « La santé dans le débat public et politique » réalisé par Odoxa et présenté le 7 mars 2016.

15. Pour 41 % des sondés français, la protection maladie et les difficultés d'accès aux soins sont des attentes primordiales. Cette dernière est la priorité pour 46 % des Européens sondés, cité dans Baromètre Santé 360, « La santé dans le débat public et politique » réalisé par Odoxa et présenté le 7 mars 2016.

13. BRÉCHAT (P.-H.), GROS (J.), HAON (M.), JEUNET (O.), MAGNIN-FEYSOT (C.) *et al.*, « Représentants d'associations d'usagers et loi "Hôpital, patients, santé et territoires": enjeux et douze propositions », *Santé publique* 2010; 22 (1): 131-146.

14. Pour 75 % des sondés français, les questions de santé et d'assurance maladie sont les parents

**Tableau 1: Répartition
des réponses aux 4 questions**

	P	A	L	H	MSS	AM	Sy	SI	Total
Q. 1	11	13	1	19	3	10	1	-	58
Q. 2	11	15	7	15	10	24	31	-	113
Q. 3	5	2	4	2	2	5	60	-	80
Q. 4	-	-	-	-	-	-	-	53	53
Total	27	30	12	36	15	39	92	53	304

P: prévention; A: secteur ambulatoire; L: lien entre les secteurs ambulatoire et hospitalier;

H: secteur hospitalier comprenant les urgences; MSS: secteurs médico-social et social;

AM: assurance maladie; Sy: système; SI: slogans

spécimen gratuit, ne peut être vendu

Tous droits réservés



Ayez le réflexe... www.bnds.fr

L'accès à la connaissance en droit de la santé et éthique médicale à portée de clic !

Accueil | Contact | S'identifier | Panier | Aide

BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE DE DROIT DE LA SANTÉ ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

Rechercher OK recherche avancée

Nouveautés | Revues | Collections | Auteurs | Jurisprudence

Nouveautés

Nouveau !
Découvrez la recherche de jurisprudence commentée

- Conflicts d'intérêt médecine / La Gazette de l'hôpital numéro 108
- Bulletin Juridique du praticien hospitalier numéro 165
- Revue droit & santé numéro 57
- Revue générale de droit médical numéro 49
- Hygiène alimentaire en restauration collective grâce à l'assurance qualité (HACCP) 3^e édition
- Le secret médical (n° 13)
- Les personnels contractuels de la fonction publique hospitalière 3^e édition
- Revue de chroniques juridiques hospitalières (1998-2011)
- La communauté hospitalière de territoire (CHT), mode d'emploi

Accès par thème

- Culture générale/prépa concours
- Droit des établissements sanitaires et sociaux
- Droit international, européen et comparé de la santé
- Droit médical
- Droit médico-social
- Droit pénal
- Droit pharmaceutique et des produits de santé
- Droits des patients et usagers
- Économie/Comptabilité/Finances/Gestion
- Éthique médicale/Bioéthique
- Organisation des professions/Dentologie
- Philosophie/Sociologie/Histoire
- Ressources Humaines/Management/Communication
- Santé mentale et santé publique

Aide
Créer un compte
Licences, abonnements
CGU/CGV
Contact

À propos de la BNDS
LEH édition
LEH Formation
LEH Conseil
Partenaires

Revue droit et santé
Revue générale de droit médical
Les cahiers de droit de la santé
Le bulletin juridique du praticien hospitalier
Le Gazette de l'hôpital
Cahiers du CERDES
Revue sociologie santé
Normes de publication

Accueil | Contact | S'identifier | Panier | Aide

BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE DE DROIT DE LA SANTÉ ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

Rechercher recherche avancée

Nouveautés | Revues | Collections | Auteurs | Jurisprudence

Collections

Découvrez la recherche de jurisprudence commentée

Hygiène alimentaire en restauration collective grâce à l'assurance qualité (HACCP) 3^e édition

Le secret médical (n° 13)

Les personnels contractuels de la fonction publique hospitalière 3^e édition

Revue de chroniques juridiques hospitalières (1998-2011)

La communauté hospitalière de territoire (CHT), mode d'emploi

Accès par thème

- Culture générale/prépa concours
- Droit des établissements sanitaires et sociaux
- Droit international, européen et comparé de la santé
- Droit médical
- Droit médico-social
- Droit pénal
- Droit pharmaceutique et des produits de santé
- Droits des patients et usagers
- Économie/Comptabilité/Finances/Gestion
- Éthique médicale/Bioéthique
- Organisation des professions/Dentologie
- Philosophie/Sociologie/Histoire
- Ressources Humaines/Management/Communication
- Santé mentale et santé publique

Aide
Créer un compte
Licences, abonnements
CGU/CGV
Contact

À propos de la BNDS
LEH édition
LEH Formation
LEH Conseil
Partenaires

Revue droit et santé
Revue générale de droit médical
Les cahiers de droit de la santé
Le bulletin juridique du praticien hospitalier
Le Gazette de l'hôpital
Cahiers du CERDES
Revue sociologie santé
Normes de publication

La BNDS est la première bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale.



La BNDS est soutenue par l'Union européenne et la région Aquitaine.

Contact

BNDS – Service commercial

LEH

Tél. : 05 56 98 85 79 – Fax : 05 56 96 88 79 – info@bnds.fr

spécimen gratuit, ne peut être vendu
Tous droits réservés

Revue DROIT & SANTÉ



Retrouvez la *Revue Droit & Santé* en ligne sur le site www.bnds.fr/rds

L'accès en ligne aux contenus de la *Revue Droit & Santé* est compris dans l'abonnement.
Pour en bénéficier, écrivez à support@leh.fr

Pour tous renseignements sur l'abonnement,
merci de consulter notre site Internet www.leh.fr



Accueil | Contact | S'identifier | Panier | Aide

BND S BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE DE DROIT DE LA SANTÉ ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

Rechercher OK recherche avancée

Nouveautés | Revues | Collections | Auteurs | Jurisprudence

Accueil > Revues > Revue droit et santé > Revue droit & santé n° 57

Revue droit & santé numéro 57

Sommaire

Éditorial
César avait raison !

Chroniques
L'indemnisation des victimes de produits de santé défectueux
Lorsque le respect des droits fondamentaux l'emporte [encore] sur le quitte de la performance

Responsabilité
De la prescription triennale de l'article 1386-17 du Code civil faisant obstacle à l'action indemnitaire de la victime d'une sclérose en plaque suite à un vaccin contre l'hépatite B devant le juge civil à la souplesse indemnitaire du Conseil d'État quant à la preuve du lien causal
Indemnisation de la victime et recours du tiers payeur : calcul de l'assiette
Consentement éclairé : le manquement au devoir d'information du patient est sanctionné nonobstant le caractère nécessaire des soins prodigués
L'obligation de moyens du médecin : rappel des conditions de mise en œuvre de la responsabilité sur le fondement de l'article L.1142-1 du Code de la santé publique
Une affaire de banquets
Condamnation in solidum de deux praticiens dont les interventions successives ont concouru au dommage de la patiente
En termes de lien de causalité, le doute n'est pas permis
Précisions du Conseil d'État relatives aux parties mises en cause lors de l'exercice par l'ONIAM de son recours subrogatoire
Hépatite C et transfusion

Contrats
Au poil, le retour
Pour devenir riche, gratter un millionnaire !
L'incidence de la modification d'activité d'un établissement de santé sur le contrat d'exercice libéral conclu avec un professionnel
La double limitation dans le temps des clauses de non-concurrence entre infirmiers
Un accord médical non écrit est hors du commerce

Parution : janvier 2024
Version imprimée publiée en janvier 2024
ISSN : 2107-3654
Format : 150x210mm
Prix : 36,00 C

Organisation de la revue

- Éditorial
- Chroniques
- Responsabilité
- Contrats
- Droit pénal de la santé
- Biotechnique et biotechnologie
- Condamnation

Le BND S est cofinancé par l'Union Européenne

Accès en ligne réservé aux abonnés

Découvrez la *Revue Droit & Santé*, la revue juridique
des entreprises de santé sur www.bnds.fr/rds