

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

Médecins de santé publique du système de santé
et d'assurance maladie : leurs demandes
aux candidats à la présidentielle de 2017

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. Ponseille,
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: novembre 2016
ISSN: 1769-1036

Abonnements (2017):

Revue bimestrielle, 6 numéros par an
• 6 n°: 212 € TTC
• Prix au numéro: 38 € 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 212 € (248 € hors métropole)
- Étudiant (joindre un justificatif) au prix de 106 €

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.bnds.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 de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR S 1145, université Paris 5 (Paris Descartes); membre du Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques (Cersa), UMR CNRS 7106, université Paris 2 (Panthéon-Assas); 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

Chantal GRAVELAT, médecin inspecteur de santé publique (MISP), agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, vice-présidente de l'Association des médecins de santé publique (AMISP), chargée de formation à l'EHESP

Christine ORTMANS, MISP chargé de mission à la direction générale de la santé (DGS) du ministère des Affaires sociales et de la Santé, présidente de l'Association des médecins de santé publique (AMISP)

Collectif des auteurs: Yvonne BAUDOIN, MISP ARS Auvergne Rhône-Alpes; Roxane BERJAOU, MISP ARS Île-de France; François BRÉCHON, médecin-conseil ARS Normandie; Michèle BRIAN*, MISP DGS; Marie-France D'ACREMONT*, MISP Haut Conseil de la santé publique (HCSP); Dominique DEJOUR SALAMANCA, MISP ARS Auvergne Rhône-Alpes; Marie-Hélène DESBORDES*, MISP ARS Nouvelle-Aquitaine; Nelly DEQUIDT, MISP ARS Grand Est; Hung DO CAO, MISP ARS Île-de France; Farhad ENTEZAM, MISP ARS Occitanie; Catherine FRANÇOIS*, MISP ARS Nouvelle-Aquitaine; Michel FRULLONI*, médecin-conseil ARS Occitanie; Anne-Marie GALLOT*, MISP DGS; Brigitte GUIRAUDIE, MISP ARS Île-de France; Vincent HAZEBROUCQ*, MCU-PH, ARS Île-de France; Dominique LAMBERT*, médecin ARS Grand Est; Rémi LE COENT, ARS Île-de France; Alain LE VIGOUROUX*, MISP ARS Nouvelle-Aquitaine; François MARCHE*, MISP ARS Nouvelle-Aquitaine; Sonia MICHAUT*, MISP ARS Île-de France; Alain OHAYON*, MISP ARS Hauts-de-France; Nathalie RABIER-THOREAU, MISP ARS Île-de France; Catherine REY-QUINIO*, MISP ARS Île-de France; Roberte MANIGAT, MISP HCSP; Emmanuelle SALINES*, MISP DGS; Sophie SIROT, MISP* ARS Île-de France; Simona TAUSAN*, MISP DGS

(Les médecins membres de l'AMISP sont succédé par une *)

Médecins de santé publique du système de santé et d'assurance maladie: leurs demandes aux candidats à la présidentielle de 2017

Public health physicians in the health system and health insurance: their requests to the candidates for the 2017 presidential

RÉSUMÉ: Le 20 septembre 2016, 29 médecins de santé publique du système de santé et d'assurance maladie, dont 26 médecins inspecteurs de santé publique, 2 médecins-conseils et 1 médecin contractuel, 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 reprend la définition de la santé du paragraphe 11 de l'Observation général n° 14 (2000) des Nations unies. « Ce qui ne marche pas » dans le système avoisine « 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.

On the 20th of September 2016, 29 public health physicians in the health system and health insurance, including 26 physicians public health inspectors and 2 physicians advice, have made an assessment of the health system and health insurance system 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 n°14 (2000) of the United Nation. « What it doesn't work » in the system approaching « what it works ». They make proposals for changes in the health care and health insurance systems based on shared societal values and moral preferences.

MOTS-CLÉS : médecin inspecteur de santé publique – médecin-conseil – système de santé et d'assurance maladie – bilan – priorités de santé – santé publique – droit de la santé

KEYWORDS : physician public health inspector – physician advice – health system and health insurance system – assessment – priority setting in health care – public health – health law

À l'instar de l'association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires et hôpitaux de Franche-Comté (Arucah)¹, l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISP) a souhaité, comme prévu par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, « 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 ».

Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sont les médecins de santé publique du ministère en charge de la Santé². Ils œuvrent au sein du ministère ainsi que dans ses agences nationales et régionales, comme l'agence régionale de santé (ARS). Dans ces différentes structures, exercent également des médecins-conseils issus de l'Assurance Maladie, ainsi que des praticiens hospitaliers et des contractuels, spécialistes en santé publique. Ils participent à la prise en compte de la santé dans les politiques publiques³.

Ainsi, le 20 septembre 2016, entre 14 et 15h45, 29 médecins de santé publique du système de santé et d'assurance maladie, dont 26 MISP, 2 médecins-conseils et 1 médecin contractuel, ont réalisé, lors de l'atelier n° 5 « Perspective d'évolution de notre système de santé. Leviers d'action et rôle des médecins de santé publique » de la « journée des médecins de santé publique » organisée par l'AMISP, un bilan du système de santé et d'assurance maladie. Cela, afin de faire des propositions aux élus et aux candidats à la présidentielle de 2017. Parmi ces membres, 4 sont syndiqués et 1 est un élu. Chacun avait reçu avant la réunion, l'article « Ce que demandent les représentants d'associations d'usagers de l'Arucah aux candidats à la présidentielle de 2017 » publié en 2016 par la RDS.

Organisation de l'atelier

Cet atelier a été structuré en 5 étapes : 1) rappel que la méthodologie proposée 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, donnant au professionnel de santé et au citoyen toute sa place en tant qu'acteur du système de santé, suivi d'une discussion ; 2) rappel des précédents travaux, comme ceux de l'Arucah suivi d'une discussion ; 3) présentation des enjeux du système⁴

1. BRÉCHAT (P.-H.), MAGNIAN-FEYSOT (C.), JEUNET (O.) et al., « Ce que demandent les représentants d'associations d'usagers de l'Arucah aux candidats à la présidentielle de 2017 », *RDS*, 2016, n° 71, p. 354-361.

2. RAIONDEAU (J.), BRÉCHAT (P.-H.), « 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *Actualité et Dossier en santé publique* 2003, n° 41, p. 67-71.

3. BRÉCHAT (P.-H.), SALINES (E.), SEGOUIN (C.), dir, *Médecins de santé publique*, Rennes, ENSP, 2006.

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

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 de l'atelier a développé une approche scientifique: pendant la réunion, chaque membre de l'équipe a pu émettre des idées par la méthode des post-it (1 post-it par proposition; pas de limitation du nombre de post-it) que le responsable et un participant ont condensés sur un tableau. Il a été choisi de faire une classification des post-it en fonction des réponses en 7 thématiques pour les 3 premières questions: 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 ci-après]. 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 avis divergents ont été discutés et chacun a pu participer également et librement. Des notes ont été systématiquement prises. Les travaux de l'équipe ont bénéficié d'un compte rendu sous forme d'un diaporama et du présent article (*story-board*); 5) synthèse des résultats par le responsable de l'atelier 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 produites⁵. Cette version d'article a été soumise au collectif

des auteurs qui sont les participants de la journée du 20 septembre 2016. Leurs remarques et demandes ont été prises en compte au sein de la présente version finale.

Des résultats importants

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

Il y a 50 réponses, soit 1,7 réponse en moyenne par participant. Quatre de ces post-it mentionnent « rien » (2 réponses), « rien, ne marche bien » (1) et « c'est très hétérogène » (1), ce qui représente les réponses de 13,8 % des participants et 8 % du total des réponses. En général, c'est une partie du secteur hospitalier qui marche le mieux. Concernant la prévention, les campagnes de dépistage (2 réponses) ainsi que la santé environnementale (1) sont appréciées. L'accès à une offre pluridisciplinaire (1), complète mais hétérogène (1) comportant des spécialistes en psychiatrie (1) est la caractéristique du secteur ambulatoire qui marche. L'utilité de l'intégration entre les secteurs ambulatoire et hospitalier n'est pas citée. Le secteur hospitalier est reconnu pour les soins hyperspécialisés (7 réponses), les urgences (6), son accès pour tous (4) avec des inégalités (1), mais de qualité (3) et la chirurgie ambulatoire (1) ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire (1). La bonne marche du médico-social se caractérise par le maintien à domicile des personnes âgées (1 réponse). L'assurance maladie obligatoire (AMO) solidaire (4 réponses), la bonne prise en charge des patients atteints d'affection de longue durée (ALD) (2), la couverture maladie universelle (CMU) (2) et le bon remboursement des soins hospitaliers (1) et des médicaments coûteux (1) sont ce qui marche à l'Assurance Maladie. Au niveau du système, la planification en santé et ses indicateurs (2 réponses) ainsi que l'administration de la santé (1) sont jugées positivement, de même que l'ac-

5. 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 %.

croissement de la qualité du système (2), notamment en biologie (1), l'accès aux médicaments (1), le niveau de formation de ses professionnels (2), ce qui permet à la population d'être globalement satisfaite du système de santé (1).

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

Il y a 115 réponses, soit 4 réponses en moyenne par participant. C'est le système de santé qui marche le moins bien suivi par l'Assurance Maladie. « La prévention est sous-investie et insuffisante » (1 réponse). Cette affirmation traduit bien une prévention insuffisante (8), insuffisamment financée (1), inégalitaire (1) et inorganisée (2). Les déserts médicaux (2 réponses), la difficulté d'accès aux médecins spécialistes (3), en secteur 1 (1), la liberté d'installation (1), l'exercice solitaire des médecins (2) qui ne consacrent pas assez de temps au dialogue lors de la consultation (1), en particulier lors de la prise en charge des pathologies chroniques (1) ou faire de la prévention (1) sont les problèmes du secteur ambulatoire. L'intégration entre les secteurs ambulatoire et hospitalier (11 réponses), le manque de coordination des professionnels (2) pour une prise en charge globale (1) ainsi que le temps d'écoute des soignants trop court (1) sont insuffisants, particulièrement pour les patients précaires (2), et freinent la constitution des parcours de santé (2). Pour le secteur hospitalier, « le prendre soin a été abîmé par la tarification à l'activité (T2A) » (1 réponse) et a entraîné une course au profit (2), l'accroissement des inégalités d'accès aux soins (1) et l'augmentation des délais pour certaines prises en charge (2), comme celles ne faisant pas appel aux technologies (1), en même temps que le personnel soignant a de moins en moins de temps pour l'écoute des patients (1). « L'hôpital public est de plus en plus déficitaire, de plus en plus obsolète et de

moins en moins attractif pour les professionnels » (1), à cause aussi de l'aménagement des horaires de travail (1). De plus, la qualité des soins est à améliorer (2) ainsi que la coordination des soins (1), notamment en chirurgie ambulatoire (1), et la démographie médicale (1). Pour le secteur médico-social et social, sa coordination avec les secteurs ambulatoire et hospitalier est à améliorer (3 réponses), tout en assurant son développement en termes de nombre de place et de nombre de professionnels (3) de qualité (1) mais aussi son financement (3) en particulier pour les personnes âgées dépendantes (1) et les personnes présentant des handicaps mentaux (1). L'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse moins (1 réponse), particulièrement les malades lourds (2), les soins dentaires et les lunettes (7), et le reste à charge augmente (2) alors que les assurances maladies complémentaires (AMC) la remplacent (1). Ce n'est pas le cas pour les cures thermales (1) ou les patients venant de l'étranger (1). L'Assurance Maladie « ne contrôle pas la valeur de ce qu'elle paye » (1), comme le temps clinique (1), et ne lutte pas assez contre les fraudes (1). Concernant le système, si la « gestion comptable de la santé » (2 réponses) prédomine dans un contexte où la santé « coûte toujours plus dans un environnement contraint » (1), les inégalités d'accès aux soins et à la santé s'accroissent (3). Le déficit d'analyse des besoins et d'évaluation (1), l'absence d'anticipation (1) avec un risque de rupture de stocks de médicaments (1), « l'incapacité à envisager des évolutions » (1), « le manque de vision territoriale adaptée » (1), l'absence d'un système d'information partagé comprenant des données cliniques (3), « la fragmentation de plus en plus importante des tutelles » (2), l'absence de coordination entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social (2), le peu de médecine scolaire (1) et de démocratie sanitaire (1), ainsi que la baisse du niveau des enseignements

(2) et des compétences managériales (2) ainsi qu'« une disparition des vocations » (1) sont des freins au redressement de la situation (1).

« 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 109 réponses, soit 3,8 réponses en moyenne par participant. Ce sont les propositions pour l'évolution du système qui recueillent la majorité des réponses, soit 48,6 % des réponses.

Le renforcement de la prévention fait partie de ce que doivent faire les élus et les candidats à la présidentielle (9 réponses), notamment la protection maternelle et infantile (1), pour « que la prévention ne soit pas qu'une injonction mais soit réellement investie » (1). Le paquet de cigarettes à 15 euros est proposé pour la financer (1). Le secteur ambulatoire doit être réformé pour assurer partout (3 réponses) et tout le temps (1) l'accès aux soins pour tous (3) par la création de centres de santé pluridisciplinaires (3) intégrés aux secteurs hospitalier, médico-social (2) et social (1), la fin du paiement à l'acte pour la rémunération des professionnels de santé (1) et l'accroissement de la rémunération des professionnels s'ils font de la qualité (2), la suppression du secteur 2 (1) et la fin de la liberté d'installation pour les médecins (3). L'intégration des secteurs ambulatoire et hospitalier doit devenir une priorité (1 réponse). Pour le secteur hospitalier, la T2A doit être réformée (2) et la mission d'intérêt général (MIG) développée (1) afin de donner plus de moyens à l'hôpital (1) pour se réformer (1) en développant des équipes de liaison (1) ainsi qu'une responsabilité populationnelle via les groupements hospitaliers de territoire (GHT) (1). Concernant le secteur médico-social et social, « il faut mettre le paquet sur le maintien à domicile, parent pauvre du système » (1) et « améliorer l'accessibilité financière

aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les personnes âgées » (1 réponse). L'Assurance Maladie doit rester solidaire pour tous (3 réponses) et rembourser de mieux en mieux un panier de soins (4) et des parcours de santé (1) de qualité (1). Pour arriver à nouveau à cela, les AMO et les AMC doivent être fusionnées en une seule assurance maladie (1), être financée par l'impôt (2), elle doit prendre en compte les dépenses réelles (1), limiter le paiement à l'acte (1). L'évolution du système est la priorité numéro 1. « La santé doit être mise dans toutes les politiques publiques » (1 réponse) et la réduction des inégalités sociales de santé doit devenir une réalité (3). Il ne doit plus y avoir « de médecine à plusieurs vitesses » (1) grâce à une politique de santé et d'assurance maladie à long terme (1). La décentralisation doit devenir une réalité (1). Les ARS doivent avoir les moyens pour mettre en place cela (1) : possibilité de concevoir et de mettre en œuvre une politique régionale de santé qui ne soit pas à la merci des élus (1); mise en place de systèmes informatiques de pilotage (2) intégrant les données cliniques (2) et permettant des évaluations (3) ainsi que des retours d'information aux professionnels de santé et aux usagers (2), qui vient outiller la planification en santé (1) et promouvoir l'amélioration continue de la qualité (1) ainsi que la responsabilisation des professionnels de santé (2) et des usagers (2) permettant la valorisation des compétences sur la base de résultats (3) à partir d'initiatives (1). Les parcours de santé coordonnés peuvent ainsi être promus (6) et les « usines à gaz » inefficaces et ne répondant pas aux besoins remplacées (1); accroissement de la fongibilité des enveloppes financières (1); accroissement du contrôle des ordonnances par les pharmaciens (1); réforme de l'enseignement et de la recherche en santé publique (1) afin que la formation des responsables du système, des professionnels de santé et des usagers soit améliorée (7) et que de nouveaux métiers

permettant la coordination des parcours administratifs et de santé puissent être créés (2); augmentation du *numerus clausus* des médecins (1); développement de la démocratie sanitaire (4); davantage des médecins spécialistes en santé publique doivent être à des postes stratégiques décisionnaires (1).

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

Dix-huit propositions donnent une direction au système de santé et d'assurance maladie, dont les suivantes peuvent les résumer : « aider chaque personne à être et rester dans la meilleure santé possible » ; « la santé pour tous » ; « en bonne santé tout au long de la vie » ; « la santé c'est vital » ; « ta santé c'est aussi ma santé » ; « vivre vieux pour vivre mieux ».

Six propositions concernent les élus et les candidats à la présidentielle de 2017 : « il faut faire vite » (2) pour améliorer le système car nous sommes tous concernés et tous responsables (3) si nous voulons survivre (1). 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 quatre enseignements les plus remarquables de cette étude est l'importance accordée par les médecins de santé publique du système de santé et d'assurance maladie, 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 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), ces médecins 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.

Le deuxième des quatre enseignements les plus remarquables de cette étude est que pour les 29 médecins participants à l'atelier « ce qui marche » et « ce qui ne

marche pas » sont complémentaires⁶. Même si les urgences et les soins hyperspécialisés sont assurés, 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 finit par ne plus marcher. Ces résultats sont retrouvés par les membres de l'Arucah⁷ ainsi que par la population française⁸. Comme 82 % des 35 000 médecins consultés en 2015 par le Conseil national de l'Ordre des médecins, ces médecins ont l'impression que le système de santé s'est détérioré ces dix dernières années.

Le troisième des quatre enseignements les plus remarquables de cette étude est que les médecins de santé publique du système de santé et d'assurance maladie peuvent véritablement devenir des co-construteurs du système de santé et d'assurance maladie. Leurs expertises fines leur permettent de faire un état des lieux global du système ainsi que de nombreuses propositions, à preuve le nombre de réponses données

qui avoisine par participant les 10,3 pour les 4 questions. Cette pluralité et cette richesse d'avis leur permettent d'être une force de proposition constructive pour un système producteur de santé, solidaire et durable. Ils proposent ici 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 à l'instar de l'Institute for Healthcare Leadership d'Intermountain Healthcare aux États-Unis d'Amérique⁹.

Le dernier des quatre 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 car il y a urgence. 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 nationale de santé et les candidats à la présidentielle de 2017. Pour une majorité de français¹⁰, 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 présidentielle¹¹. Pour cela,

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

7. BRÉCHAT (P.-H.), MAGNIAN-FEYSOT (C.), JEUNET (O.) *et al.*, « Ce que demandent les représentants d'associations d'usagers de l'Arucah aux candidats à la présidentielle de 2017 », *op. cit.*

8. 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.

9. BRÉCHAT (P.-H.), *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, *op. cit.*

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

11. Pour 41 % des sondés français, la protection maladie et les difficultés d'accès aux soins sont des attentes primordiales. Cette dernière est la

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 les médecins de santé publique de l'adminis-

tration de la santé et de l'Assurance maladie peuvent favoriser l'élaboration de propositions d'évolution en faveur d'un système de santé et d'assurance maladie solidaire, efficient et durable et que ces propositions sont basées sur des valeurs sociétales partagées et des préférences morales¹².

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.

12. Principes d'égalité, de solidarité, de fraternité, démocratie et santé publique.

Répartition des réponses aux 4 questions

	P	A	L	H	MSS	AM	Sy	SI	Total
Question 1	3	3	0	23	1	10	10	-	50
Question 2	13	12	19	15	12	18	26	-	115
Question 3	12	20	1	7	2	14	53	-	109
Question 4	-	-	-	-	-	-	-	24	24
Total	28	35	20	45	15	42	89	24	298

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.

GOUVERNANCE EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS ET MÉDICO-SOCIALE

Décideur Santé

Élisabeth FIESCHI-BAZIN

ISBN : 978-2-84874-560-2
238 pages
160 x 240 mm
50 €



VIENNENT DE PARAÎTRE



CONTRÔLE EXTERNE EN MATIÈRE D'OFFRE DE SOINS ET MÉDICO-SOCIALE

Décideur Santé

Élisabeth FIESCHI-BAZIN

ISBN : 978-2-84874-572-5
258 pages
160 x 240 mm
50 €

Retrouvez les autres ouvrages de LEH Édition
et les sommaires détaillés sur www.leh.fr
Commandez en ligne sur www.leh.fr (frais de port offerts)

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 !

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

The screenshot displays the BNDS website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Accueil', 'Contact', 'Aide', 'Panier', and 'S'identifier'. A search bar is present with the placeholder 'Rechercher' and a magnifying glass icon. Below the search bar, there are tabs for 'Nouveautés', 'Revue', 'Collections', 'Auteurs', and 'Jurisprudence'. The 'Nouveautés' section is active, showing a grid of book covers with their titles and prices. For example, 'Revue générale de droit médical numéro 59' is priced at 46 €, 'Bulletin juridique du praticien hospitalier numéro 189' at 17 €, and 'La Gazette de l'Hôpital numéro 122' at 17 €. Below this, the 'Collections' section is visible, showing a grid of book covers under various categories like 'Droit général', 'Tout savoir sur...', 'Collection Thèses', and 'Séminaires d'actualité de droit médical'. A sidebar on the right lists various subjects with corresponding counts, such as 'Droits des patients et usagers' (123), 'Économie/Comptabilité/Finances/Gestion' (208), and 'Éthique médicale/Bioéthique' (107). At the bottom, there are sections for 'BNDS' (propos, aide, créer un compte, licences, abonnements, COU/CDV, contact, mentions légales, partenaires, normes de publication), 'Revue' (revue droit & santé, revue générale de droit médical, cahiers de droit de la santé, bulletin juridique du praticien hospitalier, la gazette de l'hôpital, cahiers du CERDES, revue sociologie santé), and 'Groupe LEH' (LEH Édition, LEH Formation, LEH Conseil, LEH Événement) with a note 'Avec le soutien de' and logos for the French Republic, Aquitaine Region, and the European Union.



Contact
BNDS - Service commercial
Groupe LEH
Tél.: 05 56 98 85 79 - Fax: 05 56 98 86 79 - info@bnds.fr



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

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



A screenshot of the BND S website showing the 'Revue droit & santé numéro 71' page. The page includes a navigation menu, a search bar, and a list of articles under the heading 'Sommaire'. The articles listed are: 'Editorial: Contention, quand tu nous rejoins !', 'Chroniques: Protéger le secret du dossier médical hospitalier: une utopie?', 'La place des EHRAD dans la loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement', 'Ce que demandent les représentants d'associations d'usagers de l'Anuach aux candidats à la présidentielle de 2017', 'Responsabilité: Prothèse (pseudo) défectueuse puis infection nosocomiale, qui indemnise quoi?', 'Modification de l'article L. 1142-3-1: retour de la solidarité nationale pour les actes à finalité contraceptive ou abortive', 'La « difficulté de diagnostic », circonstance exonératoire de responsabilité du praticien en cas d'erreur de diagnostic', 'Infection nosocomiale: la faute du praticien exerçant en libéral au sein d'un centre hospitalier privé constitue une cause étrange exonératoire de responsabilité de l'établissement de santé', 'Le manquement au devoir d'information ou la double condamnation du médecin', 'Il y a les bonnes expertises et les mauvaises expertises...', 'Les assureurs de centres de transfusion tentent de se décharger sur l'Oniam', 'Contentieux du Mediator®: la qualification de produit défectueux ne suppose pas la connaissance par le producteur des risques impliqués par le médicament au moment de sa mise en circulation ou de sa prescription', 'Tout va bien !', 'Contrats: La Cour de cassation « dépole » toute suspicion sur la photo-épilation (la médecine résistera-t-elle à la banalisation de son activité?)', and 'Rupture de contrat d'exercice libéral: à qui incombe-t-elle?'. The page also features a 'Droit pénal de la santé' section.

Accès en ligne réservé aux abonnés*

*Institution : pour l'accès numérique, licence obligatoire, adressez votre demande à info@leh.fr

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