



Quel avenir pour l'hôpital public?

Les droits des patients dans le système de santé

Maryse Badel, MCF HDR, Faculté de droit et science politique

COMPTRASEC

// Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale //

UMR 5114 CNRS – Université de
Bordeaux



université
de BORDEAUX

Un droit à la santé pour tous

- Quelques chiffres :
 - Couverture des dépenses globales de santé : 76,8% par la sécurité sociale, 13,7% par les organismes d'assurance complémentaire, 9,5% payé directement par les ménages
 - Couverture des soins de ville par l'assurance maladie : 65% des tarifs sécurité sociale (sauf affection de longue durée)
- Le Rapport Archimbaud (septembre 2013) : « L'accès aux soins des plus démunis »
 - Effets de seuil : absence de concordance entre le seuil de pauvreté et les seuils retenus pour les dispositifs sociaux
 - Renoncements aux soins : 1/3 des français en 2013, soit 6% de plus qu'en 2012; 42% pour les soins chez un spécialiste
 - Complémentaire santé jugée comme non accessible financièrement pour 18,5% de la population

Un droit à la santé pour tous

- Des consécutions normatives très nombreuses : un support riche et détaillé favorable au droit à la santé
 - Au plan international
 - Au plan national
- Les axes
 - Des textes érigeant un droit universel à la protection de la santé
 - Des principes prônant l'égalité de traitement ou la non discrimination
 - Des dispositions en faveur des plus démunis
- Les enjeux
 - Un enjeu de dignité
 - Un enjeu de cohésion sociale via l'égalité d'accès aux droits
 - Un enjeu de santé publique

Un droit à la santé pour tous

- Le 1^{er} axe : un droit universel à la protection de la santé
 - Les conventions internationales : norme minimale de santé et d'égalité des droits
 - Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des nations unies du 16 décembre 1966 : droit à la sécurité sociale
 - Convention des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 : droit à la sécurité sociale et aux assurances sociales
 - Déclaration des buts et objectifs de l'OIT annexée à la Constitution du 10 mai 1944 : obligation de prendre les mesures de sécurité sociale afin d'assurer des soins médicaux complets
 - Convention relative aux droits des personnes handicapées élaborée sous l'égide de l'ONU du 13 décembre 2006
 - Les normes étatiques
 - Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « La Nation garantit à tous... la protection de la santé »
 - Loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU

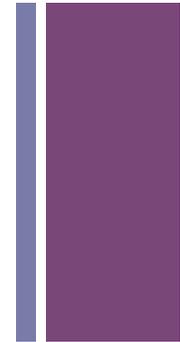
Un droit à la santé pour tous

- Le 2^e axe : les principes prônant l'égalité de traitement et la non-discrimination
 - Les conventions internationales
 - Convention européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 et article 1^{er} du Protocole n° 1 : principe de non discrimination appliqué à la protection sociale
 - Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966
 - Convention n°118 de l'OIT sur l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale du 28 juin 1962 : égalité entre nationaux et étrangers; jouissance des droits sans condition de résidence
 - La législation française
 - Art. L1110-3, CSP : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins »
 - Art. 225-1 C. pén. : interdiction générale de discriminer



Un droit à la santé pour tous

- Le 3^e axe : les dispositions en faveur des plus démunis
 - Normes supranationales
 - Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948
 - Charte sociale européenne du 18 octobre 1961
 - Normes nationales
 - Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (art. 67)
 - « L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique ».
 - Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (art. 1^{er}) « Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais ».



Un droit à la santé pour tous

- Un droit reposant sur un socle normatif solide mais qui peine à atteindre une pleine effectivité
- Questions :
 - Quels sont les obstacles à lever pour rendre effectif l'accès aux soins? De quelle nature sont-ils ?
 - Quels sont les dispositifs déployés ?
 - Quels résultats observés ? Effets positifs, négatifs? Pour quelles raisons ?
 - Quels droits et libertés sont reconnus au patient en sa qualité d'utilisateur du système de santé?

Un droit à la santé pour tous : quels obstacles?

- Obstacles de nature professionnelle
 - Fondement professionnel du rattachement à la sécurité sociale et accès à la qualité d'assuré
 - Accès aux droits dérivés par l'attribution de la qualité d'ayant droit
- Obstacles de nature socio-économique
 - Problème posé par le reste à charge
 - Difficultés résultant de l'avance des frais
 - Incapacité à financer une complémentaire santé
 - Attention particulière et des stratégies ajustées aux groupes de population particulièrement vulnérables
- Obstacles de nature administrative
 - Pas de condition de nationalité mais...
 - Condition de résidence stable et régulière posée pour accéder aux dispositifs précisément destinés aux personnes précaires

Un droit à la santé pour tous : quelles réponses?

- Des moyens déployés portés par une dynamique d'amélioration de l'accès aux soins
- **Implication de l'État** : expression de la responsabilité collective, rôle clé dans la protection et la promotion de la santé
- **Mobilisation de tous les volets de la protections sociale** : combinaison de techniques de couverture complémentaires
- **La sécurité sociale** : une mosaïque de régimes mais des prestations en nature identiques et soumises aux mêmes principes pour leur mise en œuvre
- **La protection sociale complémentaire**
- **L'aide sociale** : aide médicale d'État
- **L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**

La nécessaire adaptation du mécanisme de l'assurance sociale

- Un système prioritairement assurantiel
- Mouvement de fiscalisation : recours à contributions directes ou indirectes
- Mouvement d'universalisation pour l'ouverture de droits propres : recours à des mécanismes non contributifs d'assistance (CMU, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, aide médicale d'État)
- Évolution favorable à l'extension des droits dérivés : maintien du caractère familial originel de la notion d'ayant droit mais élargissement du cercle (vie avec, vie maritale, PACS)
- Une véritable dynamique déployée en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

L'objectif d'accès aux soins

- Accès aux soins : possibilité pour une personne de bénéficier de la prise en charge appropriée à son état
- Objectif d'octroi de soins de qualité : reconnaissance de droits aux patients
- Système en tension entre un objectif et une contrainte :
 - Généralisation et octroi de soins de qualité
 - Contrainte financière et nécessité de contenir les dépenses
- Droits des patients dans le système de santé:
 - Le patient : une personne affiliée à la sécurité sociale
 - Le patient : un usager du système de santé

Le patient : une personne affiliée à l'assurance maladie titulaire de droits et de libertés

- Le patient titulaire de droits :
- Les droits des patients aux assurances maladie et maternité : un mouvement d'extension du champ d'application personnel témoignant de la volonté de d'ouvrir plus largement des droits à prestations
- Les droits des patients à des prestations substantielles : un champ d'application matériel des prestations favorable à l'accès aux soins

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- Élargissement des voies d'accès à la qualité d'assuré : recherche d'attribution facilitée de droits aux prestations
- L'assouplissement des conditions d'attribution de la qualité d'assuré: décennie 1990-2000
- L'assurance volontaire maladie maternité: 1967
 - Un dispositif défaillant pour les résidents
 - Un dispositif performant pour les expatriés : dépassement du principe de territorialité
- L'aménagement de voies secondaires pour l'ouverture de droits propres : généralisation assistantielle des assurances sociales
 - Assurance personnelle : accès à l'assurance maladie maternité (1978)
 - Objectif de généralisation par un accompagnement dans l'affiliation
 - Affiliation automatique, définitive, contributive
 - Perfectible : populations interstitielles, remboursement partiel des frais de santé

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- **Couverture maladie universelle (CMU):** accès aux soins (L 27 juillet 1999)
 - CMU de base (CMUB) : achever la généralisation de l'assurance maladie
 - CMU complémentaire (CMUC) : garantir l'accès aux soins par le bénéfice d'une complémentaire santé
- Un dispositif dual composé de deux volets soumis à des régimes juridiques distincts
- Un dispositif encore complété par un dispositif d'aide sociale pour favoriser l'accès aux soins : l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- **CMU.B** : voie d'accès à l'assurance maladie
- Fonction : ouverture de droits à l'assurance maladie
- Dispositif subsidiaire pour les non assurés obligatoires et non ayants droit
- Condition de résidence stable et régulière
- Pas de condition de nationalité ni de condition d'âge
- Cotisation 8% sur les ressources supérieures à 9534€/ an
- Juillet 2013 : nombre de bénéficiaires : 2,2 M (Fonds CMUC)

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- CMU.C et ACS : objectif d'accès aux soins
- CMU.C :
 - Fonction: bénéficiaire d'une complémentaire santé
 - Gratuité sous condition de ressources (plafond variable selon la composition du foyer) : 720€, 1081€, 1297€, 1513€, +288€
 - Condition de résidence stable et régulière
 - Choix de l'organisme prestataire
 - Financement par une cotisation versée par les complémentaires santé
 - Ouverture d'un panier de droits et contraintes tarifaires
 - Dispense d'avance des frais
 - Juillet 2013 : 4,5 M de bénéficiaires (Fonds CMUC)
 - Rôle déterminant du bénéficiaire d'une complémentaire santé pour l'accès aux soins
 - Problème des effets de seuil : seuil de pauvreté (977€), montant de l'allocation adulte handicapé et du minimum vieillesse (791€)

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- ACS :
- Pallier le système du « tout ou rien » résultant du régime juridique de la CMUC
- Fonction : solvabiliser les personnes dont les ressources dépassent de 30% environ les plafonds de la CMUC :
- 973€; 1459€; 1751€; 2042€; + 389€
- Aide forfaitaire et variable selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer :
- 100€ - 16 ans; 200€ 16 à 49 ans; 350€ 50 à 59 ans; 550€ 60 ans ou +
- Choix de l'organisme assureur (« contrat responsable »)
- 1,01 M en juin 2013 mais 3,4 M de bénéficiaires potentiels
- Phénomène important de non recours au droit

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- Les résultats observés
 - Des effets positifs avérés
 - Les problèmes subsistants relevés

- Des effets positifs avérés
 - Solvabilisation des personnes
 - Accès à la complémentaire santé
 - Panier de soins associé à l'ouverture des droits : obligations tarifaires
 - Dispense d'avance des frais

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- Les problèmes subsistants relevés
 - Effets pervers des dispositifs
 - Les refus de soins
 - une médecine à deux vitesses?
 - Des obstacles financiers
 - Creusement de l'écart entre les plafonds de ressources : décalage entre le seuil CMU et le seuil de pauvreté
 - Absence de revalorisation du panier de soins
 - Reste à charge sur certains frais de santé (optique, soins dentaires)
 - Relais de l'action sociale des CPAM (prestations facultatives à caractère individuel et prestations supplémentaires obligatoires)

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- Phénomènes de non-recours aux droits :
 - CMU.C : 4,5M pour 4,7M éligibles, soit peu de non-recours
 - ACS : 1M alors que environ 3M seraient éligibles
 - Manque de connaissance du système de santé, absence de lisibilité des dispositifs
 - Caractère dissuasif du régime juridique de la prestation
 - Effets de guichet : file d'attente, lenteur des procédures, problème linguistique
 - Utilisation déviée des dispositifs sociaux : absence de droits ouverts de façon pérenne du fait de la préférence pour les dispositifs gratuits (urgences, PASS, associations)
 - Souhait de ne pas être stigmatisé; idée que le dispositif est réservé aux pauvres et absence de sentiment de pauvreté

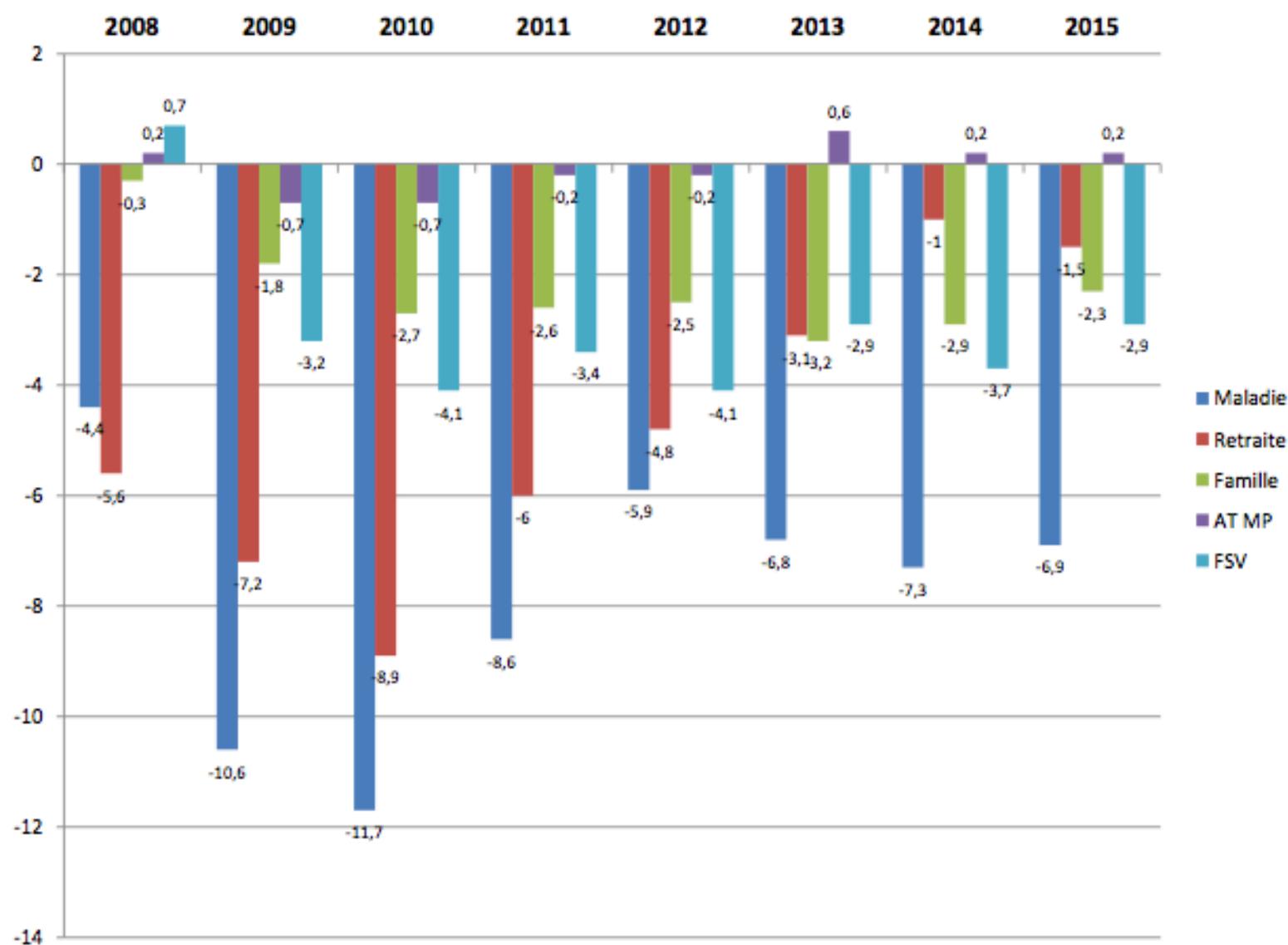
Les droits des patients aux assurances maladie et maternité

- Non accessibilité du système de santé pour les plus précaires
 - Non-recours aux soins
 - Raisons financières mais approche plurielle nécessaire
 - Raisons administratives : problèmes liés à l'obligation de domiciliation
 - Accessibilité géographique, démographie médicale
 - Moindre attention au corps, faible estime de soi, symptômes non identifiées, autogestion de la santé, résistance à la maladie incorporée comme une valeur
 - Raisons personnelles : existence d'autres priorités : recherche d'un travail, logement, nourriture
 - Raison culturelles : rapport à la médecine, distance sociale
 - Refus de soins
 - Jusqu'à 25% dans certaines régions ou pour certaines spécialités

Les droits des patients aux assurances maladie et maternité : quel contenu?

- Un système coûteux et déficitaire
- Tentative de mettre en place une « gouvernance » de l'assurance maladie
- Des effets mesurés: les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM s'élèvent à 174,1 Md€ et son inférieures de 1,4Md€ à l'objectif voté en loi de financement pour 2013. Il s'agit de la 4^e année consécutive de sous-exécution et la progression des dépenses (2,4% en 2013) a diminué par rapport à 2012 (2,7%)
- Évolution des droits des acteurs du système de santé : accroissement des contraintes sous l'effet des conventions médicales nationales, des conventions d'objectifs et de gestion, des lois de financement de la sécurité sociale (LO 22 juil. 1996 et 2 août 2005).

Déficits en milliards d'euros, des 4 branches du régime général et du Fond de solidarité vieillesse depuis 2008.



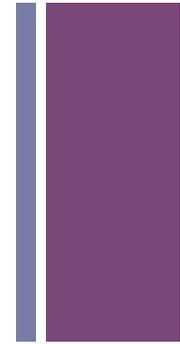
Les données pour 2014 et 2015 sont des prévisions du ministère de la santé

Source: [Commission des comptes de la Sécurité social](#)



Chiffrage des dépenses de santé

Rapport Cour des comptes, sept. 2014



- Le sous-objectif « soins de ville » (79,4 Md€), qui représente 46 % de l'Ondam
- Des gains de grande ampleur sont possibles à l'hôpital, qu'il convient de dégager rapidement. C'est le cas pour les services d'urgence, qui ont enregistré en 2012 plus de 18 millions de passages, soit une progression de 30 % en dix ans.
- Les incitations financières consenties aux médecins libéraux n'ont pas produit les résultats escomptés

Le patient : un assuré social en liberté surveillée

- Les droits et libertés des acteurs du système de santé : entre liberté et contraintes
- Incompatibilité entre un système socialisé d'accès aux soins et liberté totale de ses acteurs
- CSS, art. L111-2-1 : « Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie »
- Patients/assurés : un comportement plus responsable
- Professionnels de santé : l'appel au partenariat

Le patient : un assuré social en liberté surveillée

- Des contraintes imposées au patients plus sensibles depuis 2004
- Des principes pathogènes ?
 - Principe du libre choix
 - Principe du paiement direct et de l'avance des frais
 - Principe de la participation aux frais: ticket modérateur et forfait hospitalier
 - Principe de l'entente préalable appliqué à certains soins
- Des inflexions salvatrices ? (Réforme de 2004)
 - À partir de 16 ans, choix d'un médecin traitant
 - Filières de soins et parcours de soins coordonné
 - Accès au dossier médical personnel
 - Participation aux frais : dispense ou accentuation

Le patient : un assuré social en liberté surveillée

- Un effort partagé : les limites imposées aux professionnels de santé
- Contraintes et organisation matérielle de l'activité professionnelle:
 - Télétransmission des feuilles de soins
 - Prix des prestations médicale : obligations tarifaires (secteurs 1 et 2), d'information
 - Choix du lieu d'exercice : limitations pour infirmiers libéraux et kinésithérapeutes
- Prescriptions relatives à l'acte de soin:
 - Les tableaux statistiques d'activité (1971)
 - De la prescription avec tact et mesure aux références médicales opposables (1993)
 - Médicament générique: substitution par le pharmacien/
prescription par le médecin

Le patient : un usager du système de santé titulaire de droits et libertés

- Patient : une personne engagée dans le processus de soin
- Cerner les contours de ses droits et libertés rendus effectifs grâce aux droits sociaux instaurés via protection sociale
- Droits issus d'une évolution législative tendant à restaurer un équilibre dans la relation soigné-soignant
- Acte de soin :
 - Dimension individuelle : intervention sur la personne du soigné
 - Dimension collective : prise en charge dans un établissement de santé

Les droits du patient relatifs à sa personne

- Les classifications possibles : droits découlant de la citoyenneté et droits spécialement liés à la relation médicale; droits imposant une abstention des soignants et droits nécessitant leur intervention; approche individuelle ou collective des droits du patient
- Fin du paternalisme de la relation et atténuation du caractère asymétrique de la relation de soins
- La consécration des droits de la personne soignée : approche individuelle
 - Droit au respect de la dignité
 - Droit de recevoir des soins appropriés
 - Droit de nommer une personne de confiance
 - Droits reconnus au mineur

Les droits du patient relatifs à sa personne

- La consécration des droits de la personne soignée : approche collective
- Coopération entre soignant et soigné et partage dans l'exercice des droits :
 - Décision d'effectuer l'acte médical
 - Droit à l'information
 - Accès direct aux informations contenues dans le dossier médical
 - Droit de ne pas savoir
 - Droit à l'autodétermination
 - Droit de refuser les soins
 - Accès aux informations médicales et partage des informations dans l'intérêt du patient

Les droits et libertés du patient à l'épreuve de l'hospitalisation

- Nécessité d'appropriation d'un environnement étranger
- Articulation difficile des droits des patients avec les contraintes inhérentes à la vie collective ou découlant de la mise en œuvre de la thérapie
- Un équilibre entre libertés et contraintes trouvé via :
 - La qualité de l'accueil en établissement
 - L'affirmation du droit du patient au respect de sa vie privée
- Équilibre entre libertés et contraintes et accueil dans l'établissement:
 - Des outils issus de la loi du 4 mars 2002 : le livret d'accueil et la charte du patient hospitalisé
 - Le droit au suivi scolaire

Les droits et libertés du patient à l'épreuve de l'hospitalisation

- Le droit du patient au respect de sa vie privée
 - Droit à l'intimité : déclinaisons et limites
 - Droit de mener une vie familiale normale
 - Droit à l'image
 - Droit à la confidentialité des information



COMPTRASEC

// Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale //

UMR 5114 CNRS – Université de Bordeaux

Faculté de droit et de science politique
avenue Léon Duguit, 33 608 Pessac cedex, France
Tel. : 33 (0)5 56 84 85 42 - Fax : 33 (0)5 56 84 85 12
Courriel : comptrasec@u-bordeaux4.fr
Site web : <http://comptrasec.u-bordeaux4.fr>
Contact : maryse.badel@u-bordeaux.fr
Tel : 05 56 84 85 45



université
de BORDEAUX