

Fondements, acteurs et problématique

Jusqu'au début XXe s. affirmation du droit à la santé est étroitement liée à celle de droits économiques et sociaux : alimentation, logement, hygiène, conditions de travail, paix et sécurité. C'est pourquoi les progrès réalisés se situent hors du domaine de la santé (durée du travail, hygiène des habitations, etc...)

Toutefois depuis milieu XIXe s. préoccupations d'hygiène publique apparaissent et sont consacrées par création d'un Ministère en 1906 (Travail, prévoyance sociale et hygiène publique) qui deviendra Ministère de la Santé en 1920.

La reconnaissance du droit à la santé par, la constitution de l'OMS (juillet 1946) consacre le droit pour tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. On y trouve une définition : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social » et donc pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.

De nombreux traités internationaux et régionaux vont reprendre cette affirmation DDU (1948) dans son art. 25 « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour affirmer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment par l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires ».

Il reste aux Etats à créer les conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible.

Par exemple, le préambule de la constitution de 1946, déclare , dans l'article 11 que la Nation » garantit à tous, notamment à l'enfant et au vieux travailleur, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

La Charte sociale européenne (1961) fait de même

Plus récemment, le Comité des droits économiques et sociaux des Nations unies dans une Observation générale (2000) a défini le droit à la santé comme un droit global dans le champ duquel il faut inclure non seulement les prestations de soins mais aussi des facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable, l'accès à une quantité suffisantes d'aliments sains, à la nutrition et au logement, à l'éducation, à l'hygiène et au travail.

4 éléments sont constitutifs du droit à la santé :

1. disponibilité et existence des installations, des biens et des services de santé,
2. accessibilité à tous (pas de discriminations physiques ou économiques)
3. acceptabilité : respect de l'éthique médicale
4. qualité scientifiques des biens, des services et des prestations.

Acteurs du système de santé français :

1. Médecine libérale et assurance maladie

Réforme des études de médecine en 1892 met en place système actuel.

Charte 1927 constitue credo d'une triple liberté de choix du médécin par le patient, de prescription par le médecin et de fixation du prix.

Création des AS puis de la Sécurité Sociale impose une évolution et l'établissement d'un « tarif opposable » (base du remboursement)

Résistance forte des syndicats de médecins – 1^{ère} étape en 1960 avec convention départementale et 1971 pour 1^{ère} convention nationale.

En contrepartie, le gouvernement s'engage à garantir l'exercice libéral de la médecine

2. Offre hospitalière

Avec L. 1851 hôpital est devenu un établissement de soins dissocié de l'hospice destiné à l'accueil des personnes âgées, des infirmes et des enfants abandonnés.

La construction d'une offre hospitalière moderne en France s'étale en 5 étapes de 1958 à 1996.

Effort d'investissement sanitaire intense à la fin des années 1950 jusqu'au milieu des années 1970 (capacité d'accueil accrue de 40 %) .et amélioration de la qualité de l'hébergement.

A partir des années 1990, institution hospitalière n'occupe plus place de centralité dans système de soins. Développement des soins ambulatoires et des traitements médicamenteux imposent des adaptations mais retard de la France.

Ord. Avril 1996 a créé instances nouvelles = ARH qui regroupent compétences auparavant dispersées et ont une mission de régulation des secteurs public et privé.

La transparence en terme de qualité des établissements reste très limitée.

L'arbitrage entre sécurité et proximité et la justification des stratégies de concentration reste peu explicite pour les usagers..

Alors que le système hospitalier français offre une capacité d'accueil (rapport à sa population) supérieure aux autres pays européens existence de déséquilibres géographiques importants dans certaines disciplines.

En particulier disponibilité des équipements lourds (IRM en particulier reste très inégale sur le territoire national

Adaptation lente aux nouvelles demandes des patients (hospitalisation de jour par ex.)

3. Protection sociale.

Après l. 1928-1930 créant AS les ord. oct. 1945 créent un système de protection sociale qui voulait répondre à 3 critères = 3 U = unicité, uniformité, universalité.

L'institution assurait protection sociale de 5 risques : maladie, AT, maternité , vieillesse et invalidité.

Echec de l'objectif initial dès les premières années avec l'opposition des « ni-ni » et la création d'une diversité de régimes.(autonome, agricole etc...) faisant du régime général des salariés non-agricoles un modèle résiduel..

L'objet était de : « garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptible de réduire ou supprimer leur capacité de gains... » Par ailleurs, l'objectif primordial de prévention a très rapidement été écarté.

La généralisation du système s'est faite par étapes et ce n'est qu'avec la loi du 27 juillet 1999 créant la CMU que l'objectif d'universalité a pu être atteint.

Caractéristiques du système de santé français :

1. Système fragmenté composé de segments juxtaposés (offres de soins) et peu coordonnés
2. Approche collective et préventive récente et inachevée
3. De la médecine du travail à la santé au travail

1/Système fragmenté selon les spécialités + Relégation de la médecine mentale

Solutions =

Dossier médical unique

Réseau de soins. Existe seulement pour pathologies spécifiques : insuffisance rénale, diabète, sida, alcool, toxicomanie ou dans certaines situations (fin de vie et soins palliatifs) ou personnes âgées en milieu rural (dispositif MSA)

Or. Avril 1996 a préconisé expérimentation mais peu de résultats.

Esquisse d'une « filière de soins » avec médecin référent mais système optionnel donc adhésion limitée des médecins (10%) et des patients (mesures d'incitation faibles)

2. Prise de conscience de déterminants collectifs en matière de santé. Mise en place se fait à la fin du XIXe s. sous le nom d'hygiène publique (salubrité des logements) en réponse aux épidémies de choléra (1839-1855)

Loi capitale de juillet 1902 confie aux municipalités élaboration d'un règlement sanitaire, impose déclaration des épidémies et vaccinations obligatoires (variole)

PMI se met en place dans l'après-1^{ère} guerre mondiale

Préoccupations semblent oubliées lorsqu'éclatent scandale du sang contaminé qui met en lumière faiblesse des politiques de santé publique
Sensibilisation va croître dans les années 1990 avec nouvelles affaires ;

Thalidomide(interdiction en 1961), Distilbène (interdiction en 1963), maladies nosocomiales.

Nombreux organismes d'observation créés : Agence Française du sang, Etablissement français des greffes, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Agence française de sécurité sanitaires des aliments

L. juillet 1998 pour renforcement veille sanitaire et contrôle sécurité sanitaire
Politique de prévention reste néanmoins peu organisée et surtout dispersions des acteurs : collectivités publiques, assurance maladie, médecins et associations

3. Santé au travail

En 1900 création de la Commission d'Hygiène industrielle par Millerand et création d'un enseignement d'hygiène industrielle au CNAM en 1905.

Objectif = assainissement des espaces de travail + prophylaxie des maladies professionnelles.

Première guerre mondiale impose des conditions extrêmes de travail

Loi 25 octobre 1919 (validation par le Sénat 6 ans après la Chambre) de la loi sur la réparation des maladies professionnelles. <liste restreinte à 2 risques : plomb et mercure. Extension possible (1931)

Patronat y est totalement opposé par refus de l'immixtion de l'Etat dans l'entreprise.

Apparition timide de « médecine d'usine » (en parallèle avec taylorisation).

Officialisation pendant seconde guerre mondiale (L. 1941 créant inspection médicale du travail et L. 1942 rendant obligatoires les services médicaux du travail pour entreprises de plus de 50 salariés.

L. 11 octobre 1946 va redéfinir leur mission en les rendant obligatoires dans toutes les entreprises mais en les cantonnant à un rôle purement préventif et en les excluant d'un service de soins. ;

S'en suit un véritable désintérêt de l'Etat et même une marginalisation.

Renforcement de l'institution avec renouvellement de la conception de la prévention et apparition de la notion de « sécurité intégrée » (L. 1976).

Scandale de l'amiante (L. août 1977 en dénonce caractère cancérigène) mais il faut attendre jusqu'en 1997 pour son interdiction.

D. 28 juillet 2004 enregistre glissement de la médecine du travail à la santé au travail, c'est-à-dire une intégration dans les politiques de santé publique.

Nouveaux défis :

- exigence d'**information** de la part des patients -
Relations médecin-usagers du système de santé.

Revirement de JP 1997 : c'est au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien informé le patient

L. 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé énonce dans Titre II « Démocratie sanitaire » - Chap. I Droits de la

personne un certain nombre de principes : respect de la dignité – respect de la vie privée et secret des informations -

- Obligation de moyens
- Accès au dossier médical – Principe de l'expression de la volonté de l'usager – désignation d'une personne de confiance (parent, proche, médecin traitant)

– **Besoin de sécurité = responsabilité médicale**

Arrêt Mercier en 1936 admet existence d'un contrat et obligation de réparation – Arrêt « Perruche ». C.cas. 17 nov. 2000 reconnaît droit à indemnisation d'une mère et de son enfant né lourdement handicapé à la suite d'un manquement dans la surveillance de la grossesse et dans l'information de la mère.

Cour a établi lien entre faute du médecin ou du laboratoire et préjudice subi. Réaction violente des échographistes et vote L. 2002 qui restreint à indemnisation du préjudice moral et non matériel handicap).

Création d'un Fonds d'indemnisation de l'aléa thérapeutique (si absence de faute du professionnel)

Remarques de conclusion :

- Frontières de la médecine moins précises entre normal et pathologique,
- Extension du champ d'application du « pouvoir médical » (PMA) et nouveaux traitements

Contexte de médicalisation indéfinie (néonatalité, fin de vie)