



## DROITS DES PATIENTS : LES FAIRE CONNAITRE, LES FAIRE APPLIQUER

C'est en 1974 que Simone Veil, ministre de la Santé, établit la première charte du malade hospitalisé qui affirme le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité. Il a fallu attendre ensuite la mobilisation d'associations, suite à la découverte du virus du SIDA (1984) et à plusieurs scandales sanitaires (dont celui du sang contaminé en 1992), pour que plusieurs lois viennent définir et améliorer les droits des patients. Représentation des usagers<sup>1</sup> en 1996, charte des droits et libertés de la personne accueillie en 2003, droits des malades en fin de vie en 2005 et 2016, définition en 2009 d'une politique de qualité des établissements, renforcement des mandats des « représentants des usagers » en 2013, création en 2017 de « France Assos Santé », association indépendante chargée de faire entendre un point de vue différent de celui des professionnels et d'engager avec eux une coopération étroite sur des sujets étendus, de la sécurité à la manière d'être traité et participer à sa santé.

Ainsi s'est mis en place un ensemble complet de droits des patients dont ce numéro des Échos vous présente les principaux. Pour en faciliter la lecture, nous avons regroupé ces droits en 4 chapitres : droit au respect de la dignité, droit à l'information, droit à la prise en charge de ses frais de santé, démocratie sanitaire.

Ces droits sont-ils toujours respectés ? Les conditions d'accueil du patient d'aujourd'hui n'ont plus grand-chose à voir avec celles de la fin du siècle dernier. Pour autant, la crise du système de santé – celle des urgences étant la plus visible – freine, voire dégrade l'effectivité des droits. C'est ce que nous évoquerons en conclusion.

---

<sup>1</sup>. **L'utilisateur de la santé** est une personne qui utilise ou est susceptible d'avoir à utiliser les services de santé. Le **patient** est une personne malade qui suit un traitement ou est opérée. Dans ce numéro des Échos, nous employons indifféremment les deux termes.

# LE DROIT AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE ET DE LA DIGNITÉ

Ce droit est encadré par diverses lois votées de 2002 à 2011 et par la "**Charte de la personne hospitalisée**" qui garantit à chaque patient accueil, traitement et soins, tout en respectant sa vie privée et ses volontés.

## Le respect de la vie privée garantit

- le droit de **choisir l'établissement** où on souhaite se faire soigner ou séjourner, établissement qui doit lui assurer la qualité de l'accueil, des traitements et des soins adaptés, la prise en charge de la douleur et le respect d'une vie digne jusqu'à la mort.
- le droit pour le patient d'**être informé** sur son état et sur les traitements proposés dans une forme « accessible et intelligible ». Lui est garanti aussi le droit de refuser d'être informé. Par ailleurs, les textes prévoient des dispositions particulières pour les adultes sous tutelle et pour les mineurs.
- Les textes garantissent aussi au patient le droit au **secret médical**, le droit au **consentement libre** ou au refus des traitements proposés, le droit de se faire assister par une « **personne de confiance** » qu'il désignera, le droit à la **protection de son intimité** (droit à l'anonymat, droit de refuser des visites et droit à l'intimité lors des actes médicaux ou



lors des toilettes).

- Le droit à la vie familiale et personnelle garantit aussi aux patients

l'exercice des droits civiques (droit de vote par exemple et, même, droit à un mariage in extremis pour un patient en fin de vie).

A cela s'ajoutent la garantie du respect des croyances religieuses et de la liberté de culte ainsi que le droit à un régime alimentaire spécifique dans ce cadre.

La Charte rappelle par ailleurs au patient que les droits ci-dessus ne s'exercent que dans une situation qui implique aussi des **devoirs pour les patients** (le respect des soignants en particulier) et donne également au patient le droit de se plaindre.

## Le respect de la dignité

Le respect à la dignité est déjà évoqué dans un certain nombre des droits énumérés ci-dessus. On y ajoutera :

- le droit d'**être traité avec égards** par tous les soignants quels qu'ils soient,
- le droit à une **vie digne jusqu'à la mort**,
- le droit au **soulagement de la douleur**. Les textes précisent que tous les établissements hospitaliers doivent être en mesure d'offrir **des soins palliatifs** aux patients,
- le droit à l'**accompagnement de la fin de la vie**. Il s'agit d'accompagner la fin de vie en aidant à prendre des décisions difficiles, en associant patient, famille et, éventuellement, personne de confiance.

La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 encadre ce qui concerne la fin de vie. Elle interdit l'obstination déraisonnable dans les traitements destinés à prolonger la vie de patients très malades et autorise une sédation profonde pour ceux qui, refusant cette obstination, ont rédigé leurs directives anticipées (Cf. ci-dessous) concernant leur fin de vie. Dans tous les cas, les décisions sont prises de façon

collégiale (équipe médicale, famille,



personne de confiance).

### Les directives anticipées ?

Depuis 2016 (loi Claeys-Leonetti), il est légal d'**écrire** ses directives anticipées concernant la mort et de les donner à qui de droit (médecin, famille et personne de confiance).

Il s'agit d'une **déclaration écrite, datée et signée**, qui pourra éventuellement être révisée ou complétée sur papier libre ou dans un formulaire. On trouve des formulaires sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé par exemple ou sur le site de l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité -).

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/directives-anticipees-un-modele-votre-disposition>

<https://www.admd.net/qui-sommes-nous/une-association-votre-service/notre-fichier-des-directives-anticipees.html>

Si on ne peut écrire soi-même, on peut faire appel à 2 témoins pour rédiger ces directives.

L'ADMD recommande aussi d'avoir ses directives sur soi.

On peut également écrire ses directives quand on entre à l'hôpital pour une intervention (souvent à la demande de l'établissement).

## LE DROIT A L'INFORMATION

### Le droit d'être informé sur son état de santé

La loi de 2002, puis celle de 2016 ont renforcé le droit du patient à recevoir une information sur son état de santé et sur ce qui lui est proposé en termes d'investigation et de soins afin de permettre son consentement libre et éclairé. C'est inscrit dans le Code de la santé publique : **information complète sur tout ce qui lui est proposé** (examens et traitements), sur tout ce qui permet d'apprécier le rapport bénéfices/risques (effets indésirables, fréquences des

risques, alternatives éventuelles), sur la possibilité de recevoir les soins sous forme ambulatoire ou à domicile.

Cette information doit être délivrée lors d'un **entretien individuel oral**, et l'utilisateur peut se faire accompagner par la personne de confiance désignée par lui et consentante à jouer ce rôle. Seule la volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic dispense le professionnel de son devoir d'informer (jusqu'en 2002 les médecins appréciaient ce qu'ils devaient dire).

Pour les mineurs et les majeurs sous tutelle : le droit à l'information est exercé par ceux qui ont l'autorité parentale ou par le tuteur. Mais le patient peut bénéficier lui-même d'une information adaptée. Et le mineur de plus de quinze ans peut s'opposer dans certains cas à ce que les informations sur son état de santé soient transmises à ses parents.

## **Le droit de participer aux décisions concernant sa santé**

Le patient a le libre choix de son médecin, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, c'est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations à ce principe sont liées aux capacités techniques différentes selon les établissements (absence d'une spécialité ou d'un instrument) et aux modes de tarification.

En 2002, on passe de la notion de consentement à celle de **décision partagée** : toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations dont elle dispose et des soins préconisés, les décisions concernant sa santé. Un temps de réflexion doit être respecté pour permettre au patient d'évaluer les informations qui lui ont été données.

L'information doit être simple et intelligible, tant pour le traitement, les examens complémentaires, que pour la décision d'une intervention.

Toute personne a le droit de refuser un traitement, mais son suivi reste cependant assuré par le médecin, notamment en soins palliatifs. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne informée des conséquences de son choix, même si cela met sa vie en danger, mais elle doit renouveler sa décision dans un délai raisonnable.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et si ce n'est pas une situation d'urgence, le médecin doit consulter les directives anticipées rédigées par le patient, ou la personne de confiance, éventuellement la famille. En cas d'urgence vitale, c'est le médecin qui prend les décisions.

## **La personne de confiance**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance pour l'aider dans ses décisions, recevoir l'information, et être consultée quand elle est hors d'état d'exprimer sa volonté. Ce peut être un parent, un proche, le médecin traitant, le choix est complètement libre. La



désignation doit se faire par écrit, cosignée par le patient et la personne de confiance, et est révoquée à tout moment (même oralement).

## L'accès au dossier médical

Le droit d'accès direct au dossier médical est une mesure clef de la loi de 2002 ; cela signifie que le patient majeur peut consulter les documents sans l'intermédiaire d'un médecin ou d'un autre tiers : soit accès direct par consultation



sur place, ou demande d'envoi de copie des documents, soit indirect par l'intermédiaire du médecin ou de toute autre personne mandatée.

De toute façon, l'établissement est tenu de remettre à l'intéressé à sa sortie les documents nécessaires à la continuité des soins sous forme d'une lettre de liaison. Ce droit dépasse l'accès au dossier : il concerne toutes les informations détenues par l'établissement ou le professionnel

de santé, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'explorations etc... Il n'y a pas de dérogation à ce droit.

Le mineur n'a pas accès à son propre dossier, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui l'ont, mais le mineur peut garder secret son état de santé vis-à-vis de l'autorité parentale.

Les informations médicales d'une personne décédée peuvent être communiquées à ses ayants droit, c'est-à-dire à tous les successeurs légaux.

---

## LE DROIT À LA PRISE EN CHARGE DE SES FRAIS DE SANTÉ

**La prise en charge de ses frais de santé est un droit reconnu pour tous.**

Ce droit à la prise en charge de ses frais de santé est mis en œuvre par les dispositifs suivants :

1. **La prise en charge par la Sécurité sociale** : toute personne exerçant une activité professionnelle a droit aux **prestations en nature de la Sécurité sociale**, c'est-à-dire aux remboursements de soins. Cette prise en charge comporte : la couverture des frais de médecine générale et spéciale, de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils ; d'examens de biologie médicale ; de

transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ; d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans certains établissements ; de soins et



d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse. Les prestations versées par la Sécurité sociale représentant **78 %** du montant total des dépenses de soins et de biens médicaux.

**2. L'assurance complémentaire santé.** Il s'agit d'un contrat qui a pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie obligatoire. *En 2018 5 % de la population n'était pas couverte par une complémentaire santé, ce taux passant à 12 % chez les plus pauvres.*

**3. L'accès aux soins des personnes les plus démunies.** Toute personne résidant en France de façon ininterrompue depuis trois mois et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond (en 2019, 8 951 € annuels pour une personne seule, 18 797 € pour un foyer de 4 personnes) a le droit de bénéficier gratuitement d'une **Complémentaire santé solidaire (CSS)**. Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des

dépenses de santé et permet de bénéficier d'une couverture à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.

La CSS remplace, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (**CMU-C**) et est ouverte à ceux qui étaient



bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (**ACS**). Une participation financière peut être demandée à ceux dont les revenus excèdent les plafonds indiqués ci-dessus.

**L'aide médicale de l'État (AME)** permet l'accès aux soins des ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire qui résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent le plafond de la CSS.

## Mais ce qui reste à charge est important pour les personnes modestes

Le remboursement des frais par la Sécurité sociale a été déterminant



pour améliorer l'état de santé de la population. Et plusieurs améliorations ont ensuite été apportées, comme les dispositifs concernant les personnes les plus démunies.

En règle générale, et sauf pour les cas de CSS et d'AME, il reste néanmoins à charge

- le **coût de la complémentaire santé** et la part du ticket modérateur qu'elle ne couvre pas,

- la **participation forfaitaire** depuis 2005 (1€ pour toutes les consultations et actes réalisés par un médecin, les examens radiologiques et les analyses),
- la **franchise médicale** depuis 2008 (0,50€ par boîte de médicaments et acte paramédical et 2€ par transport sanitaire) plafonnée à 50€ par an,
- le **forfait journalier**, créé en 1983, en cas d'hospitalisation (20€ en hôpital ou clinique, 15€ en service psychiatrique),
- le coût des médicaments dont le remboursement a été réduit ou supprimé.

De nouvelles charges sont ainsi apparues progressivement et elles augmentent (par exemple le forfait hospitalier est passé de 3 € environ en 1983 à 14 en 2004 et depuis juin 2019 à 20€).

Bien d'autres facteurs viennent aggraver cette situation, soit du fait de déremboursements, soit du fait de la non prise en charge par l'assurance maladie (et d'une prise en charge partielle par les mutuelles) :

- les **dépassements d'honoraires** de la part des médecins autorisés à pratiquer des tarifs libres, et que la mutuelle ne couvre qu'en partie, ou des chirurgiens et ophtalmologues en clinique ou dans le secteur privé de l'hôpital (par exemple de 50 à 1000 € pour une opération de la cataracte, de 150 à 3000 € pour une prothèse de hanche ou de genou...),
- des « **dessous de tables** », dont les patients ne parlent pas car ils ont peur d'être mal soignés,
- les tarifs de la Sécurité sociale très inférieurs aux coûts réels pour les

**prothèses dentaires, les traitements d'orthodontie, les appareils auditifs, les lunettes...**La mise en œuvre progressive (jusqu'à 2021) du « **reste à charge 0** » devrait améliorer et renforcer l'accès à ces soins, mais au risque d'une augmentation du tarif des mutuelles,

- les **médecines complémentaires**



**ou alternatives** qui ne sont pas prises en compte par l'assurance maladie et plus ou moins par les mutuelles

- la part des **chambres individuelles** à l'hôpital comme en clinique qui augmente régulièrement, ce qui représente certes un confort accru, mais à un coût très élevé (de 50 € par jour en moyenne à l'hôpital

En France  
**10 millions**  
 de personnes  
**ne peuvent pas**  
 se soigner.

Une **sécu** de haut niveau + UNE MUTUELLE POUR TOUS

Débattons-en!  
[www.unemutuellepour tous.com](http://www.unemutuellepour tous.com)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
 100% SANTÉ

jusqu'à plus de 100 € dans des cliniques privées), coût que les mutuelles ne remboursent qu'en partie,

- la facturation par certaines cliniques d'un « **forfait administratif** »

illégal (environ 10 €) ou d'un « **forfait ambulatoire** », également illégal, (en moyenne 30 €),

- les numéros d'appel en 0800, souvent surfacturés...

Frais hospitaliers, prothèses dentaires et optiques représentent la part principale du reste à charge. On estimait qu'en 2014 3 millions de personnes payaient ainsi plus de 1500 € par an.

Mais globalement, malgré les déremboursements successifs, l'assurance maladie rembourse 78,1 % du total des dépenses de santé en 2018 et les mutuelles 13,4 %. La progression des effectifs de personnes exonérées du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) explique en partie le niveau élevé de remboursement. Le reste à charge (en moyenne 8,5 %) varie selon le type de soins (calculé pour 2015) : 2,2 % pour les transports, mais 17 % pour les médicaments et 23 % pour les soins dentaires.

**Ainsi les usagers les plus vulnérables peuvent être conduits à *renoncer aux soins*. Le reste à charge les pénalise.**

---

## DÉMOCRATIE SANITAIRE

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer les usagers du système de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé.

Cette approche a été initiée dans les années 90 : **représentation des usagers**, mise en place des questionnaires de satisfaction, création de Commissions régionales de conciliation ou d'indemnisation et, à l'intérieur de chaque établissement, d'une Commission qui prendra le nom en 2016 de **Commission des usagers**.

En 2002, la loi renforce les **droits individuels** des patients, notamment le droit d'être informé, et les **droits**

**collectifs** pour la participation des usagers dans les instances de santé.

### **Le représentant des usagers (RU)**

Bénévole d'une association agréée pour la représentation des usagers, il est nommé par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) avec l'aval de son association, après appel de candidatures. Il reçoit une formation généraliste qui porte notamment sur la mission du RU, les droits des usagers et l'organisation du système de santé. Dans les établissements de santé, le nom des représentants des usagers doit figurer dans le livret d'accueil avec un moyen de les contacter, et être affiché au sein de l'établissement.

Son rôle est de représenter l'ensemble des usagers ayant des intérêts communs auprès des acteurs de la Santé : personnel médical et paramédical, administratifs, élus. Il doit défendre leurs intérêts et leurs droits.



**Sur le plan individuel** il peut, si le patient le souhaite, l'accompagner lors de ses rencontres avec les médiateurs de l'établissement, soutenir ses demandes auprès du directeur de l'établissement, faire valoir ses droits lors des réunions de la Commission des usagers. En cas de différend majeur, le patient peut saisir la CDU et se faire accompagner par un RU.

Le RU doit recueillir toutes informations, réclamations, plaintes relatives tant à qualité de l'accueil qu'à celle de soins. Il est tenu à un devoir de discrétion.

**Sur le plan collectif**, il doit notamment

- avoir pour objectif l'amélioration de la prise en charge et du suivi du patient. Il exprime les attentes, besoins, insatisfactions des usagers, en particulier dans la CDU dont il fait partie,

- contribuer à promouvoir l'accès de tous à la santé, par exemple insister sur le rôle de la prévention,
- refuser la culture médicale fondée encore trop souvent sur le secret.

## **La commission des usagers (CDU)**

Depuis 2016 la CDU est composée à parité d'au moins 2 médiateurs médicaux et paramédicaux et de 2 représentants des usagers. Elle peut être présidée par le représentant légal de l'établissement ou par la personne que celui-ci désigne à cet effet, par un des deux médiateurs ou encore par un des représentants des usagers. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

À l'Hôpital d'Aix le président est un représentant des usagers.

Le rôle de la CDU est de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches : elle a accès à l'ensemble des plaintes et réclamations des patients ou de leurs proches, ainsi qu'aux réponses et aux suites qui y ont été apportées par les responsables de l'établissement ; elle veille à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Elle contribue d'autre part à l'amélioration de la qualité de l'accueil, de la prise en charge, de l'information des personnes malades et de leurs proches. Pour cela elle publie des enquêtes de satisfaction, étudie les contentieux, surveille la politique de qualité de l'établissement et la communication des dossiers médicaux. Elle a accès à la liste des événements indésirables graves

survenus dans l'établissement ainsi qu'aux actions correctives mises en place pour y remédier.

Au **Centre hospitalier du Pays d'Aix** les représentants des usagers qui siègent dans la CDU se réunissent tous les jeudis pour répondre aux plaintes des patients, leur apporter une réponse adaptée et chercher un compromis. La plupart des plaintes concernent l'attente aux urgences et, avec le développement de la chirurgie ambulatoire, les pertes et vols subis lors des déplacements.

À l'**Institut Paoli Calmette (IPC)**, la CDU est désormais associée à l'élaboration du programme de qualité et de sécurité des soins de l'établissement.

L'IPC a mis en place en 2002, en plus de la CDU, un **comité des patients**. Ce comité est formé de patients en cours de traitement ou d'anciens patients. Leurs missions concernent **l'amélioration de l'information** (comme la relecture des documents et du contenu des bornes interactives à destination des patients, le dispositif d'annonce du diagnostic, ou encore la proposition de patients témoins en binôme avec les médecins pour mieux faire comprendre certains protocoles), **et l'amélioration de la prise en charge des malades** (accueil hôtelier, mise en place de nouvelles activités, soins palliatifs...) Le comité est en outre associé aux projets et à la vie de l'établissement.

En réalité, basée sur le bénévolat, avec un nombre insuffisant de représentants des usagers, par ailleurs confrontés à des tâches de plus en plus nombreuses, la représentation des usagers peine à exister et manque de moyens (humains comme financiers). En outre, si leur avis est parfois obligatoire, il n'a pas d'effet obligatoire. **Ainsi les représentants des usagers ne constituent qu'un contre-pouvoir encore faible.**

La Conférence nationale de santé proposait dès 2009 plusieurs actions qui nous semblent toujours nécessaires pour en renforcer le rôle :

- parachever la démocratie sanitaire par des procédures contradictoires,
- résoudre les difficultés d'accès à l'information,
- rendre les droits lisibles et visibles,
- former aux droits et les promouvoir.

*France Assos Santé* est l'organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts.

**France Assos Santé**  
La voix des usagers



# AMÉLIORER L'EFFECTIVITÉ DES DROITS

Les droits des patients sont aujourd'hui bien définis. Sont-ils pour autant effectivement respectés ? S'il y a un progrès indéniable dans ce domaine depuis une quinzaine d'années, nous connaissons tous des cas ou des situations, de plus en plus fréquents, où ces droits n'ont pas été mis en œuvre, au moins en partie.

Comment améliorer cette situation... ? Trois voies nous semblent nécessaires :

1. **La connaissance des droits.** Elle passe notamment par les actions suivantes :

- aider les patients à mieux connaître leurs droits,
- sensibiliser et mieux former les professionnels de santé à l'écoute du patient et au respect des usagers et de leurs droits,
- renforcer le rôle et les moyens de la représentation des usagers.

2. **Une amélioration de la qualité des soins dans certains domaines,** en particulier

- considérer toujours que l'acte de soin est une relation humaine,
- promouvoir la bientraitance des patients (en sachant qu'elle est liée à celle des soignants : formation, conditions d'exercice...)
- améliorer la prise en charge la douleur,
- encourager les usagers à rédiger leurs directives anticipées.



3. Mais le plus important est de **sortir partout et pour tous de la crise de l'accès à des soins de qualité** qui est devenue de plus en plus insupportable : « déserts médicaux » affectant plus particulièrement les personnes les plus démunies, engorgement des services d'urgence, méthodes managériales des hôpitaux axées sur la réduction des coûts plutôt que sur la qualité des soins (« faire toujours plus avec toujours moins »),

50 000 lits d'hôpitaux supprimés en dix ans (13%), « charge en soins » augmentée de près de 15 % quand les effectifs n'ont augmenté que de 2%, salaire des infirmières au 26<sup>ème</sup> rang de 29 pays de l'OCDE, dégradation de la qualité de l'accueil, réduction accélérée des durées moyennes de séjour...La crise hospitalière explose aujourd'hui. **Soignants et patients sont en souffrance** : il y a un lien étroit entre droits des patients et leur bienveillance... et le respect des droits des soignants ; les conditions d'exercice de ces derniers ne doivent pas se limiter à l'exécution d'actes techniques mais donner du temps pour l'écoute et la relation humaine qui sont une composante importante du soin de qualité.

Certaines mesures du plan « **Ma santé 2022** » (définies dans la loi du 24 juillet 2019 et certaines dispositions de la Sécurité sociale) vont dans ce sens : suppression du numerus clausus (qui permettra d'augmenter le nombre de médecins), fin - au profit d'un système de forfait - de la tarification à l'activité qui a conduit notamment à une montée importante du « burn out » des agents en raison de l'augmentation exigée de la productivité, reconnaissance de 500 à 600 hôpitaux de proximité (assurant un panel de missions de base en liaison avec les médecins de ville), place accrue des patients et des professionnels de santé dans les processus de décision... Mais les politiques antérieures sont de fait encore en vigueur dans certains établissements : réductions drastiques de postes et services, destruction du travail collectif des équipes par la rotation des soignants, intérim coûteux de soignants...

**Notre société connaît des progrès technologiques et médicaux inégalés, la France dispose des ressources humaines en médecine parmi les meilleures au monde, notre pays dépense une part de sa richesse nationale plus élevée que la moyenne des autres pays développés...Et pourtant notre système de santé connaît la crise la plus profonde de son histoire, son efficacité décline, l'utilisateur en souffre comme le soignant.**

**La LDH appelle à soutenir toutes les actions pour l'accès à un système de santé et un hôpital public de qualité au service de tous.**

---

Ligue des droits de l'Homme, section du Pays d'Aix-en-Provence Tél : 06 44 94 45 74

Courriel : [contact@ldh-aix.org](mailto:contact@ldh-aix.org)

Site : [www.ldh-aix.org](http://www.ldh-aix.org)

 [facebook.com/ldh.aix](https://facebook.com/ldh.aix)

 @ldh\_aix

