

le Droit Humain

fédération française

Commission Perspectives Sociétales

Soins pour tous : Concilier Efficacité et Humanité

Ordre Maçonique Mixte Internationale

UrgencEs
- Adultes
- Enfants

le Droit Humain
fédération française
Conférence Publique

Sous la Présidence de
Michel MELEY
Président du Conseil National

Participants

Daniel CARRE
Vice-président du
Collectif Interassociatif Sur la Santé

Danièle DESCLERC-DULAC
Présidente de la Région Centre du
Collectif Interassociatif Sur la Santé

Olivier OBRECHT
Médecin spécialiste
des Agences Régionales de Santé

Nicole PRUNIAUX
Directrice d'établissement hospitalier

SOINS Concilier
pour Efficacité et
TOUS Humanité ?

Samedi 22 Mars 2014
à partir de 14h00
9 rue Pinel - 75013 PARIS
Site Internet : www.droithumain-france.org

Actes de la conférence publique du samedi 22 mars 2014

**Daniel
CARRÉ**

Vice-président du
Collectif
Interassociatif sur
la Santé

**Danièle
DESCLERC-
DULAC**

Présidente de la
région Centre du
Collectif
Interassociatif sur
la Santé

**Olivier
OBRECHT**

Médecin spécialiste
des Agences
Régionales de
santé

**Nicole
PRUNIAUX**

Directrice
d'établissement
hospitalier

PRÉFACE

Inscrite dans sa devise, la Liberté est, avec l'Égalité et la Fraternité, un thème constant de réflexion et d'action pour les Francs-Maçons du DROIT HUMAIN.

C'est pourquoi, ils ont organisé une conférence publique «Soins pour tous : Concilier efficacité et Humanité» le samedi 22 mars 2014 à Paris au siège de la Fédération Française de l'Ordre Maçonnique Mixte International « LE DROIT HUMAIN », à partir du constat et questionnement suivants :

Le système de santé et d'accès aux soins a changé de paradigme. Nous sommes passés d'un système caritatif géré par des religieux à un système rémunéré géré par l'Etat ou/et des acteurs privés. Les termes sont définis dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 dont l'article 22 stipule que « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. C'est donc l'un des droits fondamentaux des états signataires de la charte des Nations Unies.

Mais le système de santé, actuellement pris dans les mutations sociales technologiques, économiques, politiques de notre société, peut-il encore assurer l'exercice de ce droit alors que l'accès aux soins pour tous est menacé en France voire inexistant dans d'autres pays ?

Il est important de laisser une trace écrite de ces échanges. Ces pages sont la retranscription des interventions et des débats. Elles fourniront, à chacun, des éléments de réflexion sur ce thème.

L'enregistrement vidéo intégral est archivé sur le site Internet de la Fédération Française du DROIT HUMAIN ; il peut être visionné dans la rubrique « Conférences publiques ».

L'organisation et l'animation de cette conférence ont été confiées à la Commission Perspectives Sociétales dont la mission est d'entretenir une réflexion permanente sur des sujets de société. Courroie de transmission entre la Fédération et la cité ; elle rassemble ce qui est épars, elle s'interroge, débat, construit et informe.

Composée de douze membres du DROIT HUMAIN élus, elle travaille sur des sujets votés lors de son assemblée générale annuelle : le Convent national.

Ses travaux, alimentés par les contributions des loges qui sont sollicitées régulièrement, se réfèrent en permanence aux valeurs de notre Ordre. Ils fournissent une base de réflexion qui sert de fondement au positionnement de nos représentants sur des sujets d'actualité, lors des conférences et débats.

Cette commission produit également des fiches destinées à être diffusées, toutes disponibles sur son site Internet : <http://www.droithumain-france.org/>

L'Ordre Maçonnique Mixte et International « LE DROIT HUMAIN », œuvre depuis plus de 120 ans pour réaliser un idéal : qu'ici et ailleurs, on puisse construire une société plus juste et plus fraternelle.

Dans le prolongement des actions de nos fondateurs Maria DERAISMES et Georges MARTIN, les Francs-Maçons du DROIT HUMAIN demeurent fidèles à leur engagement. Soutenus par les valeurs auxquelles ils sont attachés : la Liberté, l'Égalité, la Fraternité, la Solidarité, la Laïcité, ils utilisent une approche symbolique pour aborder les problèmes de notre temps, ceci :

« AU PROGRÈS DE L'HUMANITÉ ! »

La Commission Perspectives Sociétales

SOMMAIRE

	Page
Préface	2
Sommaire	3
Introduction de la conférence par Monsieur Michel MELEY	4
Présentation de la conférence par Monsieur Pascal VERCAMER	5
Intervention de Madame Danièle DESCLERC-DULAC	7
Intervention de Monsieur Olivier OBRECHT	11
Intervention de Monsieur Daniel CARRÉ	18
Intervention de Madame Nicole PRUNIAUX	21
Débat général avec les intervenants	24
Conclusion par Monsieur Michel MELEY	27
Les fiches et actes de conférence publiques	28

**Introduction de la conférence publique par
Monsieur Michel MELEY
Président du Conseil National
de la Fédération Française du DROIT HUMAIN**



Mesdames, Messieurs, chers amis

Tout d'abord, bienvenue au siège de la Fédération Française du DROIT HUMAIN et bienvenue aux internautes qui vont suivre cette conférence en direct et qui, comme nous, pourront interroger les intervenants s'ils le souhaitent, intervenants que je veux d'emblée remercier de leur présence.

Pour ne pas en être l'auteur, l'intitulé de cette conférence me paraît fort bien définir notre objectif et définir la problématique :

« Soins pour tous : comment concilier efficacité et humanité »

« Soins pour tous », c'est le droit, mais qu'en est-il vraiment aujourd'hui. Notre système de santé est le miroir de notre société mais la rareté des ressources en période critique permet-elle encore à tous d'accéder à la santé et aux soins ? Je crains

qu'en l'état, la réponse soit négative.

Alors « concilier efficacité et humanité » : l'efficacité, c'est le fait. On ne saurait nier les immenses progrès des soins, d'investigations, etc. On ne saurait nier leur impact sur notre quotidien et j'en donnerais deux exemples : depuis 1847, l'espérance de vie a augmenté de 20 % ; la mortalité périnatale de 40 pour mille en 1900 a notablement chuté avec bien sûr des corollaires évidents : vieillissement de la population, inflation des pathologies chroniques, de la dépendance...

En matière de politique de santé, l'efficacité est bien plus que cela, l'efficacité, c'est répondre à la fois aux attentes des patients comme à celles des acteurs de santé. Est-ce encore le cas lorsque la santé coûte de plus en plus. Je vous rappellerai qu'elle représentait de 4 à 5 % du PIB en 1950 et que les dépenses de santé atteignaient en 2010, 10 à 11 % de ce même PIB. Est-ce encore le cas alors que la maîtrise comptable a fait preuve de ses limites, voire de ses déviances. La prise en main par l'État au fil des ans a probablement donné une mauvaise réponse à des bonnes questions et à de vrais problèmes.

« Concilier efficacité et humanité », enfin, c'est parler d'humanité et l'humanité, c'est le devoir.

Progrès médical et progrès social vont-ils encore de pair alors que notre santé comme les professions de santé d'ailleurs sont en profonde mutation ?

Alors bien sûr, il appartient aux scientifiques d'ouvrir le champ des possibles, mais si l'expertise est essentielle, est-elle suffisante ?

Il importe d'intégrer la dimension éthique, la recherche du juste, la recherche de l'équitable. Bien sûr les connaissances scientifiques sont des valeurs fondamentales, mais notre avenir dépend de ce que nous voulons faire de ces connaissances scientifiques et elles ne doivent en aucun cas supplanter voire oublier la dimension humaine. Vous le savez tous : autrefois, la médecine pouvait peu, intervenait peu et accompagnait beaucoup. Aujourd'hui, la médecine peut intervenir, elle peut guérir souvent, mais sait-elle encore accompagner ? En a-t-elle toujours la possibilité ? Nous pensons que l'humain doit être le sujet et non l'objet. Le système de santé doit être l'expression de ce que la science peut faire pour améliorer la vie des hommes et des femmes sans considération d'âge, de race, de condition sociale. Le système de santé le peut-il encore ?

Au total, Mesdames et Messieurs, chers amis, mesdames et messieurs les intervenants, beaucoup de questions et je vous remercie de l'éclairage que vous voudrez bien nous apporter sur ce sujet particulièrement difficile et je cède la parole à Pascal Vercamer, président de la Commission Perspectives Sociétales qui a organisé cette conférence.

**Présentation de la conférence publique par
Monsieur Pascal VERCAMER, responsable de la
Commission Perspectives Sociétales
Conseiller National de la Fédération Française du DROIT HUMAIN**



Cette conférence est organisée par la Fédération Française du DROIT HUMAIN et de manière plus précise par sa Commission Perspectives Sociétales. Cette commission composée d'élus conseillers nationaux et d'élus régionaux choisis pour leur intérêt pour les réflexions sur la société vise à établir des synthèses sur les travaux réalisés dans les ateliers du DROIT HUMAIN de France sur un certain nombre de sujets choisis par notre assemblée annuelle. Nous avons ainsi travaillé récemment sur les migrations, l'agriculture et l'alimentation, l'évolution des structures familiales. Nous travaillons également aujourd'hui sur la place des jeunes dans la société. Enfin, nous travaillons sur les systèmes de santé dans leurs différentes dimensions, sujet sur lequel nous avons choisi aujourd'hui d'organiser une conférence sur l'accès aux soins.

L'accès aux soins est un des grands défis du siècle à venir, à la fois scientifique et technique, institutionnel, financier et surtout humain, car qu'y a-t-il de plus humain que la santé, le bien auquel nous tenons sans doute le plus même si nous ne sommes pas toujours très raisonnables avec lui.

Pour aborder ce sujet ACCÈS AUX SOINS : Concilier efficacité et humanité, nous avons plusieurs invités qui connaissent bien notre système de santé et qui ont réfléchi à son évolution et à son avenir, mais chacun avec une vision différente

Danièle Desclerc-Dulac

Vous avez connu au cours de votre parcours le système de santé dans sa dimension administrative de l'intérieur puisque vous avez exercé des fonctions de responsabilité au sein de la CPAM du Loiret en étant en parallèle Directeur Général du CETAF (Centre Technique d'appui et de formation des Centres d'Examens de santé de l'Assurance Maladie).

Vous vous êtes investie dans le Collectif Interassociatif sur La Santé. Vous êtes notamment Présidente du CISS Région Centre et Présidente de la Commission spécialisée Respect Droits des Usagers à la CRSA de l'ARS Centre.

Vous êtes Formateur auprès des étudiants infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, des futurs cadres hospitaliers sur le respect du droit des usagers dans le domaine de la santé.

Vous avez donc une vision du terrain et osons le dire pas trop parisienne

Olivier Obrecht

Médecin de santé publique, diplômé d'économie de la santé, de droit social du travail et d'éthique des soins en milieu carcéral.

Après avoir exercé plusieurs années au siège des hôpitaux de Paris après son internat, il a été médecin-chef de la plus grande prison française de Fleury-Mérogis et eu des fonctions au sein de plusieurs cabinets ministériels de 1999 à 2012 puis en 2013. Il a participé de 2008 à 2010 en qualité de contrôleur délégué du Contrôleur général des lieux de privation de liberté à la mise en place du mécanisme national de prévention français.

Aujourd'hui responsable du pilotage du réseau des Agences régionales de santé (ARS) au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, il est aussi membre de la Chaire santé de l'Institut

d'Études politiques de Paris (Sciences Po) et membre de la Commission nationale consultative des Droits de l'homme (CNCDH).

Daniel Carré

Vous êtes de formation ingénieur. Vous vous êtes engagés depuis pas mal de temps au sein Collectif Interassociatif sur La Santé. Parallèlement, je sais que vous êtes préoccupés aussi d'un problème que nous avons traité ici même au sein de l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) dont le président Jean Luc Romero est intervenu à ce même micro l'an dernier.

Nicole Pruniaux

Nous nous connaissons depuis longtemps. Vous avez été directrice de plusieurs établissements hospitaliers dans un milieu particulièrement difficile, celui de la psychiatrie. Au cours de votre carrière, vous avez aussi apporté votre expérience dans des cabinets ministériels et travaillé aussi à Bruxelles dans le cadre européen, vous mettant ainsi au contact d'autres approches sur la santé. Vous exercez toujours en tant que directeur d'hôpital.

Vous vous êtes également engagées avec ardeur au sein de la Fédération Française du DROIT HUMAIN. Le titre de cette conférence vous va particulièrement, car je fais une confiance à la salle : Nicole est très efficace et très humaine et elle est donc toute désignée pour conclure cette conférence.



**Intervention de
Madame Danièle DESCLERC-DULAC,
Présidente de la région Centre du Collectif Interassociatif sur la Santé**



Bonjour à toutes et à tous,

Merci aux organisateurs de m'avoir permis, peut-être, de donner effectivement un regard par rapport au thème que vous souhaitiez traiter aujourd'hui ; et je dirai que, effectivement, comme vient de la dire votre animateur, c'est que j'avais un regard institutionnel et que, maintenant, je suis dans l'autre versant : le regard des représentants des usagers.

Alors, ce que je voudrais dire c'est que vous avez désigné votre intervention de ce jour : « soins pour tous, concilier efficacité et humanité ? » ; moi, j'ai envie de dire : « santé pour tous », parce que, avant d'aborder le point de soin, j'aimerais qu'on essaie de sauvegarder ce qui fait notre potentiel humain qu'est la santé, parce que l'on sait bien que lorsque l'on a des handicaps, quels qu'ils soient, notre vie n'est plus la même. Donc je voudrais déjà aborder ce programme sous le vocable de la santé et dire : qu'est-ce que l'on fait de cette « santé pour tous » ?

Alors, je voudrais rappeler, rassurez-vous, je ne vais pas faire un grand historique, mais je voudrais rappeler que, dans le préambule de la constitution de 1946, les pères fondateurs de la Sécurité Sociale et du système de santé français, ont voulu que chacun, sans aucune discrimination, puisse bénéficier de l'égalité d'accès aux soins, aux services médico-sociaux ou sociaux.

On voit bien déjà leur carence ; nous sommes en 2014 et on va s'apercevoir que, même si leur volonté était très forte, nous avons subi un certain nombre de périodes fastes, moins fastes, et qu'aujourd'hui notre système de santé est quand même un peu en péril.

Ce que je voudrais dire aussi, c'est que, actuellement, notre système de santé a des avantages, mais il a beaucoup d'inconvénients ; et je voudrais commencer par dire que, actuellement, un certain nombre de populations ne peuvent plus accéder à ce système de santé. Et ne croyez pas que c'est par rapport aux situations les plus pauvres, mais que, de plus en plus, on laisse des personnes sur le bord du chemin.

Les inégalités, d'abord dues à l'argent, les inégalités dues aux territoires, les inégalités dues aux barrières linguistiques et les inégalités dues aux handicaps.

J'ai classé en 4 grandes catégories, je vais un tout petit peu les développer, je vais enfoncer des portes ouvertes, mais je pense qu'au travers des questions que vous voudrez bien nous poser, nous pourrons aller plus avant dans la démarche.

Les inégalités dues à l'argent. Le premier obstacle est effectivement financier et peut-être que j'en mettrai un avant : c'est que certains ne savent plus qu'ils ont des droits administratifs pour pouvoir accéder à des soins ; donc, ceci est un premier volet.

Également, ce que nous voyons, c'est qu'il y a une multitude de possibilités pour y accéder sur le plan administratif, mais comment certains peuvent-ils se retrouver dans les méandres de la CMU, de la CMUC, de l'AME, etc. donc, vous voyez déjà où se situent les inégalités.

D'autre part, je mets également là-dessus les dépassements d'honoraires. Il y a un nombre d'études qui sortent chaque jour sur ces dépassements d'honoraires. Bien sûr, vous allez me dire qu'il y a encore des praticiens qui pratiquent des honoraires qui sont des tarifs de responsabilité remboursés par l'assurance obligatoire, mais vous allez voir que, dans le deuxième axe que je veux aborder, la démographie médicale, là aussi, il y a une augmentation de ce problème par rapport au dépassement d'honoraire.

Le déremboursement de certains médicaments : il ne se passe pas une semaine, un mois où nous ne déremboursions pas des médicaments ? Je ne porte pas du tout de jugement de valeur ; je pointe actuellement tout ce qui peut faire des inégalités dues à des obstacles financiers.

Les restes à charge, les fameux RAC dont nous parlons, là aussi il y a des études très poussées que nous pouvons faire à partir, d'ailleurs, des données de l'assurance maladie et qui permettent de voir que le reste à charge, pour certaines populations, est de plus en plus important.

Donc, vous voyez qu'au travers de toutes ces inégalités qui sont liées à des obstacles financiers, un certain nombre renonce aux soins, de plus en plus. Donc, comment sauvegarder un potentiel santé qui est peut-être fragilisé en renonçant à des premiers soins qui permettraient peut-être de ne pas avoir une dégradation plus avancée d'un état de santé.

Le deuxième axe que je veux aborder, ce sont les problèmes de démographie médicale. La Région Centre – puisque je viens de la Région Centre – nous sommes maintenant une des dernières, pour ne pas dire la dernière avec la Picardie, à avoir un vrai problème de démographie médicale. Et quand on dit démographie médicale, ce ne sont pas uniquement les problèmes de médecins ; il y a également les infirmières, enfin, tous les autres soignants, et c'est un véritable problème parce qu'à partir de là vous avez également des spécialistes et le fait que certaines spécialités n'existent plus sur un territoire donné. Alors comment voulez-vous que ceux qui en ont besoin puissent y accéder ? Donc, c'est encore un autre problème ; donc tous les problèmes de déserts médicaux.

Et puis se posent alors les problèmes de transport, donc encore des problèmes de financement, des délais d'attente pour accéder à certains soins, etc.

Donc, actuellement, véritablement, il faut se poser cette question.

Je mettrai en 3^e volet, également dû aux barrières linguistiques. Alors, là aussi, quand on parle de barrière linguistique, on pense aux étrangers ; mais je voudrais dire que nous avons aussi, dans notre société française, des personnes qui, aujourd'hui, ont des difficultés parce que, sur le plan scolaire, ils n'ont pas été accompagnés, ils n'ont pas été accompagnés dans le monde du travail, et qui ont des problèmes pour accéder à l'information dans un certain nombre de domaines. Et c'est une chose à laquelle il faudrait que nous pensions au-delà du problème des étrangers pour qui, effectivement, il faudrait que des avantages, des moyens soient vraiment mis en œuvre pour leur permettre d'y accéder. Parce que l'information existe. Mais comment aller la chercher ? Où aller la chercher ? Et quel type d'accompagnement est-ce que nous avons pour leur permettre d'y accéder ?

D'autre part, parfois quand je parle de barrière linguistique, vous allez dire que j'exagère un petit peu. Mais dans le langage que certains professionnels de santé utilisent, est-ce qu'ils vérifient toujours que le patient – ou son entourage – va bien avoir compris de quoi il s'agit ? Et, voyez, la barrière n'est pas uniquement au niveau de la langue, elle est au niveau de la manière dont chacun s'exprime ; et, entre le soignant et le soigné, il y a parfois quand même un certain nombre de difficultés sur lesquelles il faudrait revenir.

Et ce que j'ai bien aimé quand, tout à l'heure, au moment où le président a introduit cet après-midi, c'est sa préoccupation de la notion d'accompagnement. Et c'est vrai que notre système, pour le moment existe, il y a un certain nombre de choses qui sont réalisées, mais le mot accompagnement est de plus en plus étranger à la démarche dans laquelle nous nous situons.

Et puis les barrières, les inégalités dues aux handicaps. Là aussi, bien sûr, il y a des handicaps moteurs, mais il y a des handicaps qui sont, par exemple, sur le plan visuel, auditif et, là encore, vous vous apercevez que, par rapport à ces personnes-là, se pose la question de savoir comment on peut aménager notre système de santé pour qu'elles puissent y accéder. Et je ferai un tout petit peu un retour vers les inégalités liées aux problèmes d'argent pour dire que, quand on voit actuellement les appareils sur le plan auditif, sur le plan dentaire, etc. certaines personnes ne peuvent plus se permettre d'être dans notre société, parce qu'elles en sont exclues compte tenu d'un handicap. Et ça, c'est quelque chose d'important.

Et c'est important aussi quand on pense à la réinsertion sociale ou professionnelle de quelqu'un. Quelqu'un qui ne voit pas bien, quelqu'un qui est édenté, quelqu'un qui n'entend plus, comment va-t-on le réinsérer dans notre société ?

Donc, vous voyez, ce sont autant de préoccupations que nous devons avoir lorsque nous voulons repenser notre système de santé.

Ces quatre points mettent bien en évidence que, bien souvent, certaines populations rentrent dans le système de soins par les services d'urgences ; et là, je voudrais faire un tout petit focus. Tout à l'heure, nous évoquions, avec quelques-uns, toutes les personnes qui arrivent aux services des urgences. Et là, bien souvent, bien sûr, il y a des urgences sociales ; mais il y a aussi des urgences parce qu'ils n'ont pas trouvé la porte qu'il faudrait qu'ils ouvrent pour leur permettre de se réintégrer dans la société. Donc je dirai : quel type d'information ? Comment la porter à la connaissance de ceux qui en ont le plus besoin ? Pourquoi toujours axer sur le curatif ?

Alors ce que je voudrais dire aussi c'est qu'il y a un axe sur lequel j'aimerais bien que nous réfléchissions un petit peu : celui de la stratégie. Nous sommes dans un système de stratégie de santé, mais, si on ne fait pas un focus sur la stratégie sociale ; et il y a des études actuellement faites par certains chercheurs qui montrent que, si on n'essaie pas de partir d'une stratégie sociale, c'est dire de changer un petit peu notre société par rapport à la santé, on ne modifiera rien dans ce qui existe et ça je pense qu'il faut absolument essayer de coordonner stratégie de santé et stratégie sociale, ce qui permettrait, dès le plus jeune âge, de voir où se situent déjà les inégalités et de faire en sorte que, lorsque quelqu'un va arriver à l'âge adulte, à l'âge du travail, à l'âge du vieillissement de la population, on ait pu essayer de lui préserver son capital santé, son capital d'insertion dans notre société et que par rapport à ce que nous évoquons aujourd'hui et aux difficultés que nous rencontrons, on ait pu leur apporter tout ce focus d'accompagnement que l'on évoque

Et puis, je dirai que là, je ne peux pas, compte tenu de ce qui m'est demandé, ne pas lier également les difficultés qui sont liées aux patients eux-mêmes et à leur entourage, parce que, là aussi, on voit bien, - et notre collectif interassociatif sur la santé qui est là pour essayer de

sauvegarder le respect du droit des usagers dans le domaine de la santé – on s’aperçoit que, même pour accompagner nos usagers du système de santé, il y a des freins qui viennent du patient lui-même ou de son entourage .

Et quand vous voyez, par exemple, tout ce qui est écrit sur la mauvaise observance sur le plan du médicament, cela paraît banal. Mais, quand on voit que quelqu’un ne va pas respecter l’ordonnance qui lui est donnée ou qu’il va faire un petit peu de nomadisme médical – on en voit moins d’ailleurs - compte tenu du problème de la démographie médicale, je dois dire qu’un certain nombre d’usagers ne disent pas les médicaments qu’ils vont avoir et vont faire un cocktail eux-mêmes. On va les retrouver au service des urgences avec des problèmes d’iatrogénie, des problèmes que nous rencontrons également dans les établissements pour personnes âgées et dépendantes. Dans ce dernier cas, l’entourage va apporter des médicaments qui ne sont pas compatibles sans le dire aux soignants. Vous voyez bien que notre système de santé, bien sûr, dépend des politiques de nos pouvoirs publics, mais il dépend aussi du fonctionnement de l’usager du système de santé.

Et si, dès le plus jeune âge, on essaie, justement en termes de prévention et d’accompagnement, de former les mentalités pour que, véritablement, ce système de santé soit approprié par tous, je pense qu’à partir de là, on aura franchi un grand pas.

Mais on vit avec des clichés : on dit ; « c’est le soignant, ce sont les patients ». Non ! Si chacun d’entre nous, dans la sphère où il se trouve, essaie de travailler ensemble, pour un mieux vivre ensemble, je pense que, là, notre société aura fait un grand pas. Mais vous voyez tous les changements dans lesquels il faut que nous intervenions.

Par exemple, quand on voit actuellement tout ce qui se joue sur le tiers payant, parce que tout à l’heure, quand je parlais des obstacles financiers, on voit bien que Mme la Ministre qui voudrait généraliser le tiers payant, se trouve face à un certain nombre de philosophies qui s’affrontent en termes de ceux qui pourraient en bénéficier et de ceux qui pourraient permettre que ceux qui en ont le plus besoin puissent en bénéficier.

Je ne porte pas de jugement de valeur, je dis simplement que si on ne réfléchit pas dans la globalité des problèmes en disant : « ce sont les uns, ce sont les autres », on n’arrivera pas à modifier notre système de santé et à faire en sorte que chacun puisse véritablement vivre au quotidien et trouver la réponse à ses préoccupations. Mais le domaine de la santé est un domaine en transversalité qu’il faut absolument que chacun d’entre nous puisse prendre au quotidien pour le meilleur, mais pas pour le pire.

Merci

**Intervention de
Monsieur Olivier OBRECHT,
Médecin spécialiste des Agences Régionales de santé**



Merci de votre invitation.

Votre réflexion a le mérite de sortir un peu du quotidien et c'est précieux quand on est happé par les préoccupations journalières. Cette réflexion offre ainsi l'occasion de débattre, d'une façon un peu plus libre, d'enjeux qui au quotidien sont un peu perdus de vue au profit du mouvement de maelström que chaque jour on est obligé de suivre.

Le sujet que vous m'avez assigné et celui du défi fait aux professionnels et aux institutions en matière d'accès aux soins d'après le thème « Accès aux soins pour tous : Concilier efficacité et humanité ».

Je rejoins ce qui vient d'être dit par Madame Desclerc Dulac, c'est plus « santé » que soins qu'il faut considérer.

Je pense que l'enjeu des 10 ou 20 ans qui viennent c'est de sortir du soin pour retrouver une démarche en santé. Je ne vais pas faire de couplet tel que : « le curatif nous a envahis, le préventif a été oublié... ». C'est un peu trop caricatural, pour autant je pense que cet aspect sera débattu dans nos échanges.

Je voudrais illustrer deux temps dans mon propos

Le premier temps porte sur les professionnels confrontés à une société en mutation. Les professionnels de santé ce n'est pas une « caste » à part, ce ne sont pas des gens qui vivent en dehors de la société. De fait, ce sont des gens qui interagissent avec la société, ils interagissent aussi avec l'attente qui s'exprime en leur direction par le corps social. Il n'y a pas quelque part des soignants et d'autres parts des usagers, des malades, des citoyens. Il y a tout simplement des gens, qui à un moment sont usagés, à un moment sont professionnels et un autre moment sont dans une autre posture. De toute façon, ils interagissent forcément dans une société qui est en pleine mutation.

Le deuxième temps de mon propos sera plus prospectif sur les défis que nous avons devant nous, et qui, que nous le voulions ou non, devront être traités. Ils vont bouleverser de façon considérable l'organisation historique que l'on connaît du système de santé.

Tout d'abord le milieu professionnel, je ferai court, car je vais évoquer des choses connues et rappeler des truismes, mais je voudrais rappeler que le système de santé, ne va pas toujours de soi.

Quand on fait un peu de politique comparée, y compris de pays développés voire très développés, tels que des pays de l'OCDE, on s'aperçoit que la notion de solidarité en santé, la notion de prise en charge par la collectivité par une mutualisation d'argent public de la santé de chacun, ce n'est pas une donnée qui est universellement partagée.

C'est une donnée, qui dans notre pays, s'est construite lentement, très lentement d'abord dans une approche très professionnelle depuis Colbert, puisque Colbert a été le premier à avoir imaginé un système de protection sociale pour les marins du roi au XVIIe siècle.

En fait, notre système de santé moderne, lui repose sur les travaux du Conseil National de la Résistance avec Pierre Laroque qui a été le grand ordonnateur de la protection sociale à la française dans l'immédiat après-guerre. Je souhaitais insister sur ces points parce que ce qui a été consensus social d'une époque, il faut aussi que nous soyons collectivement vigilants, car un consensus social par définition il évolue et ce qui été admis il y a 70 à 80 ans bientôt ce n'est pas forcément le consensus social de 2020.

Donc cette idée que l'accès à la santé, l'accès aux soins est normal et quasi gratuit dans notre pays, certes on peut discuter sur le quasi gratuit, mais en tout cas l'accès aux soins n'est pas limité a priori par une notion de moyens. Je voulais insister sur ce premier point sur cette conception, née d'une conception sociale. Ça n'a rien d'une évidence.

Le deuxième point est que les professionnels de santé sont aujourd'hui confrontés à une évolution consumériste extrêmement forte de notre société. Ce n'est pas nouveau, mais le consumérisme qui nous pousse à avoir les dernières technologies à notre disposition, la société du loisir, etc., fait que le domaine de la santé n'est pas étranger à ce mouvement et qu'elle-même, elle est devenue un bien de consommation. Un bien de consommation qui a obligé les professionnels à s'adapter avec en parallèle un individualisme assez forcené des patients pour avoir une santé d'abord individuelle dans un contexte qui, lui, reste collectif dans l'approche. Ce point est une difficulté qui s'accompagne de trois conséquences dont on mesure un peu plus chaque jour les difficultés qu'elles imposent au système.

La première conséquence est que, dans notre société, il y a une aversion de plus en plus grandissante aux risques.

Le risque est perçu comme inacceptable quand bien même ce risque relève d'un aléa, (exemple la foudre). L'aléa n'est pas obligatoirement la faute de quelqu'un sauf que dans le domaine de la santé c'est une situation qui est devenue inacceptable. Ce mouvement est ancien, il a débuté dans les années 90 et a fini par trouver une traduction législative dans la loi du 4 mars 2002 pour l'indemnisation de cet aléa.

Donc notre société est devenue une société consumériste avec une aversion aux risques, avec une volonté de plus en plus grande de réparation, d'indemnisation en cas de faute. Si la réparation est normale en cas de faute, c'est le rôle judiciaire, elle est également attendue y compris dans l'aléa au vrai sens du terme.

La deuxième conséquence lourde pour les professionnels de santé c'est que la demande de soins augmente avec une demande centrée sur la réparation au sens médical du terme et d'un maintien de la « jeunesse ». Aujourd'hui, nous n'avons jamais autant parlé de la jeunesse dans notre société et on n'a jamais autant repoussé ou nié les conséquences physiologiques du vieillissement. La ministre en charge du secteur travaille ou essaie de travailler sur cette dimension avec les concepts de silver économie pour remettre au cœur du débat social que le fait de vieillir c'est normal.

Cette approche est importante pour les professionnels et fait apparaître que vieillir est pratiquement devenu sur un plan médical, sans parler de la tentation à la médecine esthétique qui par ailleurs explose. On a alors, une dérive dans laquelle les professionnels de santé ne sont qu'une pièce au milieu de cette construction sociale qui évolue, dans cette mosaïque sociale qui bouge autour d'eux.

La troisième conséquence, c'est une spécialisation grandissante puisqu'évidemment elle va avec la médecine depuis 50 ans et avec l'essor de la technologie. Cette technologie permet de soigner beaucoup plus vite et génère une spécialisation grandissante des professionnels de santé qui deviennent aujourd'hui des professionnels extrêmement segmentés dans un champ ou un sous-champ de la médecine. Cette situation est telle qu'il existe un véritable malaise de la médecine libérale dans notre pays. Cette médecine libérale ne sait plus bien où elle est entre des soins de proximité qui peinent à être véritablement incarnés par les Pouvoirs Publics (il faut savoir balayer devant sa porte) en terme d'offre de soins au niveau des territoires de santé et une médecine hyperspécialisée vers laquelle les citoyens que nous sommes tous ont tendance à s'adresser directement sans passer par la case médecine de proximité.

Donc cette hyperspécialisation, je rejoins ce qui a été dit précédemment, fait perdre dans un certain nombre de cas la notion de l'humain, la notion holistique de l'homme dans la démarche soignante. On soigne d'abord une douleur, d'abord une claudication, d'abord un trouble avant de se demander si ce trouble a une autre cause ou en tout cas de le remettre dans un contexte particulier.

Je suis un peu caricatural en disant cela, mais en un quart d'heure il est difficile d'aller au-delà, alors on voit bien que ce sont des mouvements lourds, des évolutions lourdes qui impactent les professionnels de santé et pourtant dans le même temps il y a une grande attente qui demeure et la santé reste une valeur refuge.

La santé reste une valeur refuge d'auto réalisation dans le parcours des personnes, à tel point qu'on voit qu'il reste une propension à payer (toutes les études le montrent). C'est qu'alors même que les restes à charge augmentent, alors qu'aujourd'hui l'Assurance obligatoire dans les soins de ville ne couvre plus guère que 50 % des dépenses, nous les Français nous continuons à payer sans « rechigner ». Il n'y a pas de révolte sociale sur les taux de remboursement des soins de ville, car nous avons tous intégré la santé comme une dépense légitime. Les études faites aujourd'hui par le CREDOC montrent et continuent à montrer que les Français sont prêts à payer encore beaucoup plus pour leur santé.

Maintenant pour quelle santé ? Ce sera le débat d'après.

Enfin, dernier élément que l'on voit aujourd'hui, c'est celui d'un phénomène générationnel très fort chez les professionnels de santé entre les plus de 50 ans et les moins de 30 ans. Ceux entre 30 et 50 ans, ils sont malheureux, les moins de 30 ans ont bien compris que les professions de santé sont en pleine évolution. Ce phénomène se voit chez les jeunes, qu'ils soient infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, ils ont bien conscience que le modèle du système de santé très individualiste, où chacun travaille dans ses rails est un système épuisé. Émerge un modèle en forte évolution qui vise à travailler différemment, pour travailler en équipe et retrouver une vision plus globale de leur métier plutôt qu'une vision beaucoup trop segmentée où chacun fait son acte, son geste dans une vision extrêmement taylorisée du travail médical.

Ces aspects étaient le premier temps de mon intervention : les professionnels dans un monde en mutation

Le 2e temps de mon intervention c'est plus d'ouvrir les portes et réfléchir avec vous sur les défis qui aujourd'hui vont bouleverser le système de santé dans les années à venir. Ils sont nombreux, ils sont connus, même si cela ne veut pas dire qu'ils sont tous traités, ils sont connus.

Le premier de ces défis, c'est celui du vieillissement de la population, de la progression de certaines maladies chroniques. Il y a un défi clair qui est de remettre une politique de prévention

construite et cohérente en place au-delà de tous les programmes qui sont empilés. Ce n'est pas ce que l'on ne fait pas de la prétention dans notre pays, c'est le problème, il y a beaucoup de prévention, mais elle est faite par de multiples acteurs, de nombreux acteurs avec des financements extrêmement divers, et pas toujours pérennes d'ailleurs, et avec une absence de cohérence notamment en terme de formation des professionnels. La formation c'est le parent pauvre de la santé y compris celle des usagers et des usagers tout petits, j'entends à l'école. Nous avons la particularité d'être un pays, et là encore quand on se compare c'est très instructif, où la santé en tant que discours politique a totalement abandonnée l'école depuis environ trente ans, depuis 1985. À cette époque l'ensemble de la santé scolaire et passée à l'éducation nationale.

Pourquoi ? On ne fera pas de sociologie politique ici. En revanche la conséquence, elle est aujourd'hui très connue ; c'est que l'école était totalement désinvestie comme un lieu d'acquisition des savoirs fondamentaux en terme de santé. Là encore, si on franchit les frontières on s'aperçoit que les pays qui ont des politiques de santé construite notamment les pays nordiques, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont investi deux lieux principaux en matière de prévention, l'école et le milieu professionnel, deux domaines qui globalement sont sinistrés chez nous.

Ce premier défi est vraisemblablement de réintroduire de l'éducation de la santé, non pas dans une vision totalitaire. « Mangez des fruits, mangez des légumes, ne mangez pas de gâteaux, c'est affreux ! Le saucisson c'est mauvais ! ... » Non ce n'est pas ça la santé, c'est de faire en sorte que chacun est compris, dès tout petit, ce qui est « je ne vais pas dire bon ou pas bon », mais à quelle catégorie de comportements appartiennent telle ou telle attitude, telle ou telle pratique alimentaire. L'alimentation, par exemple, est un très bon sujet pour l'éducation de santé. C'est un enjeu à moyen terme, sans quoi nous serons confrontés dans une vingtaine d'années ce à quoi est confrontée aujourd'hui d'Amérique du Nord c'est-à-dire la progression des maladies métaboliques. En Amérique, la progression des maladies métaboliques est en progression exponentielle (et je vais le dire doucement, car je sais que nous sommes enregistrés et je ne vais pas utiliser les mots que j'utilise habituellement). Les États-Unis sont en grand danger, non pas tant pour le financement de leur système de santé, mais pour la possibilité de financer la prise en charge des malades diabétiques et autres maladies métaboliques avec leurs 30 % de patients obèses. On voit bien que l'approche collective et populationnelle réalisée très tôt est un enjeu clé. Elle a d'ailleurs été pointée dans les programmes des Agences Régionales de Santé (ARS), mais elle n'est pas dans notre culture.

Le deuxième défi, c'est évidemment celui de la médecine prédictive c'est-à-dire la technique. Cette technique qui permet aujourd'hui, avec notamment l'analyse du génome de prévoir, non pas comme avec les gènes et le dépistage des maladies génétiques, mais d'aller bien au-delà et d'avoir une approche probabiliste du risque de chacun. Elle permet, pour chacun, de savoir quel est le risque d'avoir tel ou tel risque, ou telle ou telle maladie, c'est ce que l'on appelle la médecine prédictive.

Évidemment, cette médecine prédictive comporte des risques éthiques considérables. Je ne sais pas si certains d'entre vous ont vu le film « Bienvenue à Gattaca », car il faut savoir que ce film d'anticipation, qui date d'une dizaine d'années environ, est aujourd'hui totalement plausible et réaliste. C'est-à-dire qu'il est possible de faire ce que l'on voit dans le film, en clair c'est possible de faire la sélection des personnes, la sélection des cursus professionnels, la sélection des aptitudes en fonction de notre profil génique de risques. Risques d'avoir un infarctus plutôt avant 50 ans ou après 60 ans, ou plutôt d'avoir un cancer, ou plutôt d'avoir une sensibilité à tel ou tel produit parce que vous avez un profil génique sensible aux toxiques, etc. Alors évidemment, cette tentation, le vertige de la toute-puissance scientifique, il ne faut pas flatter bien longtemps les professionnels pour qu'ils soient tentés ! Logique ! On a tous une fascination

pour la technique, mais en même temps il est évident que c'est un défi considérable aujourd'hui qui se présente à nous parce qu'on voit les effets secondaires possibles. Prudence pour tous, les mécanismes de sélection pervers peuvent intervenir et modifier notre approche du vivre ensemble, notre approche d'une société dans laquelle nous vivons. Fort heureusement, le hasard et l'aléa tiennent une part importante et nous permettent d'avoir un destin qui n'est pas totalement formaté.

Je pense, à titre personnel, que cette médecine scientifique, avis tout à fait personnel, est un des risques MAJEUR, MAJEUR, qui nous « pend au nez » si on n'a pas l'intelligence collective d'y réfléchir avant que la technique soit développée, avant qu'elle soit banalisée. Parce qu'en revanche dès qu'une technique est disponible, l'expérience montre que l'on ne l'arrête plus. On peut toujours faire des beaux débats après, mais il y a toujours des mécanismes d'échappement à partir du moment où on a laissé se développer les techniques ou l'usage de nouvelles techniques. Il faut savoir que ce n'est pas de la science-fiction ce que je vous raconte, certaines maladies par exemple la Chorée d'Huntington aujourd'hui on sait la dépister. On sait dépister les personnes qui développent cette pathologie, maladie constamment mortelle. On sait la dépister, mais on ne sait pas la soigner. Donc le test de dépistage n'est pas déployé. Si vous souhaitez savoir si vous aurez une Chorée d'Huntington à 55 ans ou plus, le test existe ...

Vous voyez cet abîme dans lequel cette médecine pourrait nous « embarquer ».

Le troisième défi : c'est celui du vieillissement et du développement de la chronicité. Alors là, je vais faire simple et rapide, mais cela parle très vite. On a une médecine qui s'est fondée sur une médecine hospitalière, ce qui a fait sa force, elle est fondée sur de la spécialisation avec un exercice très individuel, le médecin travaillant le colloque singulier. Or, le vieillissement, tous les éléments sur la prévention, sur l'approche beaucoup plus générale du parcours de santé font que les pouvoirs publics depuis plusieurs années essaient de reporter ce débat. Alors, la loi de 2004 sur le médecin traitant, sur les Agences Régionales de Santé (ARS), parcours de santé, etc., cherche à faire porter le message autour d'une médecine en équipe, centrée sur la médecine de proximité, des soins de premiers recours ceci dans une vision coordonnée c'est-à-dire d'un travail en équipe de soins au service de la personne. Vous voyez que ces trois paradigmes sont juste antinomiques des trois paradigmes fondateurs. Hôpital, spécialités, travail individuel, pour l'un et au plus près de la personne, médecine générale, équipe pour l'autre.

Nous avons une évolution structurelle du dispositif à conduire, elle est en cours, elle démarre, mais l'essentiel est devant nous pour arriver à faire en sorte que les coopérations professionnelles existent, que les structures évoluent pour raisonner en terme de besoins et non pas en maintien des structures actuelles. C'est compliqué, il y a des enjeux de financements importants dans le système à gérer. C'est évidemment un défi du moyen terme.

Avant dernier défi, on ne peut pas ne pas en parler, c'est le défi du financement puisque le financement comme vous le savez peine à suivre. Le financement aujourd'hui raisonne sur des dépenses contenues puisque depuis deux ans, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance-Maladie (ONDAM) voté par le Parlement est respecté. On peut se féliciter de cette situation, mais il faut y mettre un bémol. Le besoin de financement du système n'est pas comblé. L'objectif des dépenses de santé est voté en déséquilibre c'est-à-dire en déficit, celui-ci était à peu près de sept milliards en 2013 ; il s'annonce de 9 milliards pour 2014, alors même que les enveloppes votées par le parlement sont respectées. On voit bien que le système aujourd'hui n'a pas encore véritablement réfléchi à l'adéquation entre les moyens à la disposition du système et le fonctionnement du système qui continue à aller sur son aire sans avoir véritablement encore

ouvert le débat sur l'efficacité. Car à l'évidence il y a des marges d'efficacité, mais cela suppose de bousculer quelques organisations séculaires, acquises et qui fonctionnent toutes seules.

Enfin le dernier défi, pas obligatoirement le dernier, mais celui que je vois particulièrement important. C'est que les choses en termes d'accès aux soins, d'accès à la santé ne sont pas du tout posées en termes du débat social. On ne discute pas, où à peu près jamais, en termes de débats publics dans notre pays sur les choix de financement du système de santé publique. Parfois périodiquement, mais ni dans la campagne présidentielle ni dans les nouveaux enjeux de niveau national les dépenses de santé ne sont évoquées, en général on parle de maintenir le secteur public hospitalier, très bien, ça rassure tout le monde, je ne sais pas très bien ce que l'on met derrière ces propos et puis on s'arrête là ! Il n'y a pas véritablement de débat sur les dépenses de santé, sur l'accès aux soins et à l'accès aux services de santé. Effectivement, c'est extrêmement compliqué, j'en conviens, pour un politique c'est certainement un casse-tête absolu de conduire cette réflexion, mais pourtant il faudra bien trouver une façon de faire des choix. Si l'on ne raisonne pas les choix, obligatoirement ils se feront, d'ailleurs ils ont commencé à se faire. L'absence de choix risque de conduire à des choix occultes, qui amèneront à ne pas avoir un accès à des soins identiques pour tout le monde par manque de raisonnement en amont.

Certains pays, que je qualifierai de plus modernes que nous dans ce domaine, ont déjà franchi le Rubicon. Par exemple, les États-Unis, même si l'on dit toujours qu'aux États-Unis c'est le repoussoir, il y a le meilleur et il y a le pire en matière de santé. Ils sont sans état d'âme, ils ont d'ores et déjà des assurances qui couvrent certains paramètres et pas d'autres. Vous choisissez votre niveau de couverture sociale, vous pouvez par exemple dire « je veux une assurance avec une couverture santé pour les greffes, les transplantations ou pas ». L'acheteur de soins choisit son niveau de couverture « je veux une assurance qui m'octroie la dialyse rénale en cas d'insuffisance rénale terminale au-delà de 80 ans ou pas ». Nous n'en sommes pas là en France, mais pour autant réfléchissons bien parce que, si les choix deviennent cruciaux, si le système doit obligatoirement évoluer parce qu'il est au pied du mur, il faudra bien que les choix soient faits. Je suis de ceux qui pensent que si les choix sont faits dans l'urgence ils seront faits de façon moins intelligente. D'autres pays ont raisonné autrement, je pense à la Grande-Bretagne par exemple. Sur l'accès à l'innovation thérapeutique, dans ce domaine, ils ont dit « ne laissons pas prospérer des innovations thérapeutiques si leur coût annuel par malade dépasse un certain montant ». Ils se sont mis d'accord à l'issue d'un débat public pour dire « si le coût annuel par malade dépasse deux fois le PIB moyen par habitant, la technique n'est pas développée ». Ce qui veut dire pour ceux qui veulent développer une technique, et ils savent très bien, que si le coût prévisionnel de celle-ci est supérieur au montant admis elle ne sera pas financée donc pas mise en œuvre.

Nous, nous n'avons pas du tout, pas du tout ouvert ce débat dans notre pays. Faut-il le faire ? Je pense que oui ? Parce que dans toute façon on voit bien que le système est en dérive. Le système est sous financé donc en péril. Il faut donc bien d'une façon ou d'une autre trouver les moyens de poser le débat en termes sociétaux sur le système de santé que nous voulons et notamment le périmètre de ce que nous voulons pour le couvrir collectivement. Je rappelle que la santé est un risque au sens de la protection sociale. La couverture collective n'est légitime que parce qu'on a considéré que le risque en santé était un risque aléatoire que la solidarité d'ensemble couvrait par un mécanisme de financement mutualisé.

Donc à partir de là, je vous laisse imaginer « est ce que tout est santé se légitime, est ce que tout doit être pris en charge ? ». Simple une petite illustration, « si nous ne le faisons pas, que risquons-nous ? » Nous risquons ce que les technos appellent « la segmentation ». C'est-à-dire que nous risquons d'avoir à rebours des débats qui vont naître sur la prise en charge collective de certains risques individuels assumés. Vous savez que ces débats naissent périodiquement dans le pays, ils se sont vite étouffés parce qu'on voit bien vers quelle inconnue

cela nous emmène. Mais, personne n'est choqué de dire que si vous faites du parachutisme il faut une assurance particulière parce que l'Assurance Maladie ne couvre pas les risques d'accidents liés au parachutisme.

Sur ces points il y a une espèce de consensus social, mais de proche en proche on voit bien que si la pression devient très forte, la prise en charge collective et restes à charge (RAC) explosent, d'aucuns vont commencer à dire « mais enfin est-il normal d'avoir une prise en charge collective des risques assumés, par exemple des grands fumeurs. Le cancer du poumon du grand fumeur a deux paquets par jour, la collectivité doit-elle le prendre en charge, faut-il une assurance particulière dans ce cas ? ». Dans ce cas, il faudra voir un assureur qui calculera le coût du risque, car le risque se calcule, tout est calculable en santé, tout parce que c'est simple à partir d'une courbe de probabilité. On voit bien que de proche en proche on tricote une solidarité fondée sur l'aléa, puisqu'à ce moment-là retour à la médecine prédictive, ou on va étudier votre profil génique faire apparaître vos risques et calculer votre prime « aux petits oignons ». C'est ainsi qu'est mis à bas un mécanisme collectif d'assurance en santé et au passage cela veut dire qu'on fait le déni à peu près totalement d'une approche préventive. L'approche préventive va très, très, mal avec l'approche assurantielle, puisque par définition, la prévention elle se finance et le risque il s'assure. Et naturellement, plus on a une approche fondée sur le risque, plus l'approche préventive est fragilisée.

Je vais m'arrêter là. Je pourrai vous parler pendant des heures, mais j'ai essayé de poser certains nombres d'enjeux et de défis pour l'avenir de la santé et sur lesquels nous pourrons débattre.

Merci de votre attention.

**Intervention de
Monsieur Daniel CARRÉ,
Vice-président du Collectif Interassociatif sur la Santé**



Depuis très longtemps la doxa de la Santé place le patient, l'utilisateur, le citoyen, la personne au centre de l'organisation sanitaire, une mantra qui ne trompe personne. La loi du 4 mars 2002 fait émerger des positionnements nouveaux du patient par rapport au système sanitaire, très en avance dans ses intentions par rapport à la loi 2/2002 sur le médicosocial où le paternalisme du monde social demeure la culture dominante. Depuis 12 ans des évolutions se produisent dans les pratiques et les textes, que renforcent la loi du 22 avril 2005 (loi Leonetti) et la loi du 5 mars 2007 (protection de la personne).

L'utilisateur est au centre du système : sans lui, ni médecine ni accompagnement social. Le concept de Démocratie Sanitaire, troisième pilier de la Stratégie Nationale de Santé proposée par le Gouvernement concerne tous les acteurs. Cependant l'utilisateur du système est un élément singulier, car il est à la fois l'objet, le sujet et l'acteur de l'organisation de la santé. Il faut également prendre en compte que l'utilisateur devient l'aidant d'un proche âgé ou en situation de handicap, un rôle où il se situe à côté et parfois à la place de la personne vulnérable.

Il en est l'objet, car le patient est aussi un acheteur de soins et de médicaments ou dispositifs médicaux, qu'il consomme d'une manière similaire aux autres biens du marché. Ce positionnement met la personne en retrait par rapport à la maladie : on soigne sa toux ou son urticaire, mais pas l'être humain, avec son corps et son esprit. La maladie touche l'organe dont il convient de restaurer le fonctionnement idéal. Le consommateur va rechercher le meilleur rapport qualité-prix. Il est alors la cible des mécanismes de marketing très sophistiqués qu'utilisent les grandes sociétés pharmaceutiques. Dans une telle optique, la valeur de l'acte médical et surtout chirurgical fait exploser les tarifs opposables. Comme le proclamait Monsieur Coléou, le PDG de Korian, investissez chez nous, car le marché des EHPAD et de la dépendance est d'une très forte rentabilité... La santé est devenue un marché, et quel marché avec 12 % du PIB en France et 16 % aux USA.

Cette conception très restrictive de la relation avec le système de santé n'est heureusement pas la seule. Le soin concerne la personne dans sa globalité qui devient sujet dans la pratique clinique et biotechnologique du médecin. La maladie concerne aussi le domaine mental difficilement réductible aux troubles d'un organe. Et si le patient devient sujet, il n'est plus une cible marketing, mais une personne avec laquelle on est en relation, auquel on doit respect et considération en plus de compassion ! Un sujet est aussi un citoyen qui a des droits inscrits dans la Loi. Un sujet a aussi la capacité de s'informer, donc de savoir et comprendre ce qui le concerne, finalement de pouvoir librement consentir aux soins proposés comme avoir accès à son dossier médical (Loi Kouchner du 4/3/2002). Un sujet peut aussi s'associer à d'autres pour faire entendre collectivement sa voix : c'est la parole du représentant d'utilisateur et des associations), parole contribuant à la gouvernance sur système. Parole qui se formalise dans des plaidoyers dans le cadre des adaptations législatives et réglementaires, parole enfin qui est celle du lanceur d'alerte en cas de crise sanitaire.

Mais avec son niveau d'information qui augmente, le sujet se met en position d'observation et d'analyse sur son propre état physique et mental. Sa connaissance intime de la maladie ne dispose pas des savoir-faire scientifiques, il a une appréhension globale, certes subjective comme l'enjeu de son retour ou de son maintien en bonne santé. La science médicale constate aujourd'hui que le patient devient un acteur incontournable de processus de soin et un auxiliaire incontournable du bon déroulement des protocoles thérapeutiques. L'association du patient au soin bouscule totalement la vision hippocratique de la médecine. La prise en compte des objectifs et volontés du patient transforme la relation patient/soignant. Ces arguments sont directement inspirés d'articles de très sérieuses publications médicales comme le New England Journal of Medicine (NEJM) ou le British Medical Journal (BMJ). Ils sont d'autant plus importants que le principal défi actuel est de prendre en charge dans le temps des pathologies chroniques, puis des polyopathologies des patients âgés. Il prend tout son sens avec vigueur dans l'expression de ses volontés pour la fin de vie lorsqu'il rédige des directives anticipées et désigne une personne de confiance.

En conclusion, c'est sur ces trois aspects qu'il convient de justifier et légitimer nos contributions aux propositions de loi qui se préparent

Personne à prévenir - Référent familial Personne de confiance - Mandataire de protection

L'accompagnement des personnes malades hospitalisées et hébergées ou suivies à domicile pour perte d'autonomie soulève pour les personnels de santé d'importants problèmes relationnels avec l'entourage du patient. Ceux-ci sont confrontés à de nombreux cas très variables selon la situation sociale, familiale et l'état du patient. Notre objectif est de préciser les droits des uns et des autres qui sont indépendants des circonstances de la prise en charge de la personne.

Si la personne dispose de toute son autonomie d'expression, sa prise en charge n'enlève aucune de ses capacités d'expression de ses droits, que charte et livrets d'accueil en institution précisent. Toutefois, il est indispensable qu'un lien s'établisse de manière clairement identifiée avec les proches. C'est pourquoi l'établissement sanitaire demande qu'une personne à prévenir soit désignée lors de l'admission et que l'établissement médicosocial identifie pour toute personne hébergée un référent familial. Le rôle de ces personnes est de faciliter les relations quotidiennes des institutions avec les proches du patient, mais ces personnes ne disposent d'aucun pouvoir spécifique pour la défense des droits du patient.

C'est pourquoi le législateur a prévu dans le cadre du code de la santé publique la désignation d'une personne de confiance et, dans le cadre du code de la famille, le mandat de protection future qui désigne un mandataire de protection. Si le patient n'a plus toute sa compétence, le juge peut désigner un tuteur ou un curateur selon le degré d'autonomie de la personne protégée.

La notion de personne de confiance a été créée par la loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner). Celle-ci est nommée par le patient. La loi demande que les coordonnées de cette personne soient fournies lors de l'hospitalisation ; le code de bonne pratique de l'ANESM recommande la même disposition pour les EHPAD. La personne de confiance peut accompagner le patient dans ses consultations avec un médecin afin d'être assistée, en particulier pour donner un consentement éclairé à un traitement. Le rôle de la personne de confiance a été élargi par la loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti) concernant les personnes en fin de vie. La personne de confiance devient le porte-parole du malade ayant perdu ses compétences d'expression, avec une voix prépondérante pour les proches. Elle explicite les directives anticipées du patient et

peut provoquer la concertation collégiale qui va permettre d'éclairer le médecin sur une décision d'arrêt de protocole thérapeutique pouvant entraîner le décès du patient.

Les décisions récentes du Conseil d'État confortent ces positions, car elles ont force de jurisprudence. Le Conseil d'État a en effet pris les positions suivantes avant toute décision dans l'affaire Lambert :

« Le juge n'est pas le médecin et c'est pour cela qu'il a recours à des expertises. Il statue exclusivement sur des décisions de droit. Le Conseil d'État a ainsi décidé que la loi Leonetti du 22 avril 2005 s'applique à des patients qui ne sont pas en fin de vie, qu'existe une liberté fondamentale de ne pas subir un traitement traduisant une obstination déraisonnable et, enfin, que l'alimentation artificielle constitue un traitement au sens de la loi »

Le mandataire de protection a été désigné lors de la signature d'un mandat de protection future, procédure instituée par la loi sur la protection de la personne du 5 mars 2007, document établi devant notaire ou certifié par un avocat, puis déposé au greffe du tribunal. Ce mandat entre automatiquement en vigueur lors de la signature d'un certificat de perte de compétence par un médecin agréé par le procureur de la République. Le mandataire de protection dispose alors de tous les pouvoirs dévolus à un curateur ou à un tuteur. Son point de vue prévaut sur celui de tous les proches. Les conditions d'exercice de son mandat doivent être explicites dans le mandat. Elles concernent la gestion des biens et toutes les dispositions des conditions de vie du mandant, dont les relations avec les institutions sanitaires ou médicosociales, dans le cadre de la législation en vigueur. Ce sont les pouvoirs du tuteur ou du curateur ; la différence étant le choix et les conditions d'exercice du mandat, librement définies par le mandant et acceptées dans un acte authentique par le mandataire.

**Intervention de
Madame Nicole PRUNIAUX,
Directrice d'établissement hospitalier**

Pascal Vercamer :

« Nicole Pruniaux est membre et engagée avec ardeur au sein de la Fédération Française du DROIT HUMAIN ; elle a fait partie de la Commission de Bioéthique et, en tant que femme efficace et humaine, elle est parfaite pour vous présenter : « efficacité et humanité ».



aux

Merci, je pense que l'organisateur de la conférence préjuge de mes capacités ; mais intervenir en dernier c'est à la fois confortable, car cela permet de valider ce qu'on a préparé, mais aussi inconfortable puisque nous sommes souvent dans des redites.

Alors effectivement je vais en tant que membre du DROIT HUMAIN m'attacher à ce que nous avons dit si nous pouvons concilier efficacité et humanité et si nous avons en tant que citoyen qui réfléchissons, au sein du DROIT HUMAIN, et aussi à l'extérieur, apporte quelque chose au débat qui doit être absolument mis sur la table pour que notre système actuel d'assurance maladie et d'accès Soins soit préservé et défendu.

On a dit soin pour tous c'est un droit, oui c'est un droit puisqu'il figure dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, mais ce droit est tout à fait différemment mis en œuvre chez les signataires de la déclaration universelle de 1948 puisqu'il y a des systèmes forts différents des systèmes qui offre un panier de soin de base ; accessible certes à tous, mais avec des soins de base, une prise en charge ciblée qui ne dépasse pas un certain seuil de soins et de dépense.

Il y a ainsi des systèmes totalement différents :

- le système collectiviste d'accès au soin pour tous et gratuit en fonction des possibilités de chacun (comme l'Etat).
- Le système de panier de soin solidaire, c'est d'ailleurs une idée qui a été émise en France tout récemment en juillet 2013 par le Conseil d'Analyse Économique -Olivier Obrecht en a parlé- pour maîtriser la dépense : il s'agit donc dans ce panier de soins solidaire de rester dans une gamme, clairement identifiée, au-delà de laquelle les actes ne seraient plus pris en charge par la collectivité.
- Donc, la façon de répondre à ce droit peut être extrêmement différente.
- Nous, en France, nous avons la chance d'avoir un système basé sur la solidarité ; un système relativement universel : applicable à tous, et qui a fait la démonstration de son caractère démocratique et égalitaire, solidaire.

Il faut que l'on puisse préserver ce système. Le préserver, c'est la préoccupation de nous tous, citoyens, et regardons comment préserver ce système et comment faire alors que nous également,

en tant que citoyen, on lui en demande énormément. On lui demande, à ce système de soins, d'être efficace. Tous les orateurs précédents l'on dit.

Mais aujourd'hui, efficacité va au-delà de ce que l'on peut imaginer puisqu'accéder aux soins, et à des soins efficaces n'est pas une possibilité d'accès, mais guérir : c'est retrouver la santé. Il faut pour cela avoir un système qui offre l'accès aux professionnels et aux procédés technologiques les plus modernes : le patient le réclame. Le patient réclame également l'accès aux soins sans délai d'attente, sans distance à parcourir, de tout ce qui pourrait provoquer une perte de chance. C'est un système de soin délivré par un environnement qualitatif : suppression des risques, plus d'infection nosocomiale, maîtrise des erreurs médicamenteuses, pharmacovigilance, etc.

Comment veut-on que ce système soit humain ? Qu'il préserve notre humanité ?

Le patient doit être considéré dans sa personne, ce n'est pas un cas. Cela a été quelquefois remarqué par certains acteurs de santé qui ont remarqué qu'il y avait une prise en charge un peu déshumanisée.

Le patient doit consentir, il doit avoir un consentement éclairé, il doit être informé dans des termes qui lui sont accessibles. On doit l'informer des bénéfices/risques, il doit être informé que l'aléa n'est pas forcément couvert par cette adéquation bénéfices/risques. Le patient doit être respecté dans ses choix, dans sa pudeur.

On n'a pas parlé de la prise en charge de la douleur. C'est ici, une dimension importante à l'heure actuelle : le patient doit être soulagé de sa douleur et nous devons, en tant que professionnels de santé, y être attentifs.

Toutes ces exigences ne sont pas nouvelles puisque, lorsque l'on regarde en détail le code de déontologie, tous ces principes de bienveillance dans la prise en charge du patient se trouvent dans le code de déontologie auquel les professionnels doivent se référer.

Alors on dit que notre système était aujourd'hui à la dérive, qu'il n'était plus soutenable sur le plan économique, c'est tout à fait vrai : les dépenses augmentent les recettes stagnent voire régressent et nous allons au-devant d'une situation catastrophique si nous ne sommes pas capables de présenter un projet d'assurance maladie solidaire qui soit soutenable et qui réponde aux critères que nous venons de passer en revue.

En fait, nous sommes collectivement et individuellement responsables de cette dérive.

- Collectivement puisqu'avant que l'on s'aperçoive que la santé a un coût, on a, pendant les 30 glorieuses notamment, proclamé « la santé n'a pas de prix ». Au nom de cela le pays a pris de mauvaises directions.

On a parlé qu'on a laissé de côté la médecine préventive au profit, plus noble, de la médecine curative. Nous avons établi des maillages territoriaux qui sont surdimensionnés, souvent suréquipés.

Il y a eu une explosion d'aide au diagnostic. Cela est une bonne nouvelle puisque les technologies nous aident à combattre les maladies, mais il y a les travers de ces aides au diagnostic. On sait que les professionnels, et notamment les jeunes professionnels, ont de plus en plus souvent recours aux aides au diagnostic, aux explorations. La formation ne permet peut-être plus de réaliser des examens plus simples et moins coûteux que l'aide au diagnostic. Nous avons marchandisé le soin, le public veut du résultat et à défaut de résultat multiplie les mises en cause les professionnels.

Nous n'avons pas mis de barrière à l'industrie pharmaceutique. Nous avons des prix de médicament qui ont parfois explosé, même si à l'heure actuelle, un encadrement se fait jour.

Alors, comment individuellement et collectivement reprendre le contrôle de notre système de santé et faire des préconisations efficaces ?

Il faut préserver l'assurance maladie et ne pas s'engager dans un système d'assurance privée car cela sera au détriment des plus fragiles. Ce système à deux vitesses ne peut pas être satisfaisant. Mais peut-être devons-nous réfléchir à un élargissement de l'assiette des recettes de l'assurance maladie. C'est un débat qui arrive périodiquement, surtout en période électorale, mais qui est assez vite mis au placard, car c'est dangereux. Je ne vais pas m'aventurer sur ce terrain-là, mais vraisemblablement je veux parler de l'assiette de la CSG (peut-être nous y reviendrons pendant le débat).

- Nous devons nous soumettre, en tant qu'individu, à un certain nombre d'obligations qui sont des obligations de compliance au traitement, des obligations de garantie, de préserver sa santé.

On a parlé de fumeur, mais pourquoi ne pas parler tout simplement de l'exposition excessive au soleil, le recours à la machine à bronzer : est-ce vraiment nécessaire ?

On doit se soumettre à des examens de santé. Or, nous savons très bien que nous ne répondons pas toujours aux convocations du médecin du travail, nous ne répondons pas toujours au dépistage organisé par l'assurance maladie du cancer du sein ou du Colomb, par exemple.

Plus collectivement, mais individuellement aussi, il faut assumer le parcours du patient que l'on est en train de tracer au niveau des agences régionales de santé et accepter le dispositif de soin gratuit, de proximité. C'est au médecin de définir s'il y a besoin d'un recours à un deuxième niveau, d'un recours à une hyperspécialisation. Nous devrions nous inscrire dans ce parcours plutôt que de frapper directement, à la lueur de ce que l'on a lu sur internet, à l'hyperspécialiste segmenté.

Acceptons également de parcourir une certaine distance pour accéder aux soins. À moins que l'on soit dans un lieu perdu, je pense que l'on peut quand même avec l'organisation des transports faire 20 km pour trouver l'hôpital où l'on sera pris en charge.

Acceptons aussi de développer le dossier patient commun. Ce dossier, qui, à l'instar du carnet de santé de l'enfant, pourrait permettre d'informer le professionnel auprès duquel on se rend, de notre histoire médicale, du traitement en cours, la visite faite la veille pour la même raison chez un autre médecin, etc. Acceptons et déployons-le ce dossier Patient commun.

On a parlé de la prévention à l'école, on a parlé de la prévention dans le milieu du travail, on peut aussi avoir l'éducation du patient –c'est en vogue à l'heure actuelle- c'est assez peu développé, il faudrait le faire plus. L'éducation du patient à sa santé est l'un des déterminants de santé. L'éducation du patient à la gestion de sa pathologie, pour ce qui est des pathologies chroniques et notamment la pathologie du diabète que nous évoquions tout à l'heure.

En termes d'organisation du dispositif, nous n'avons pas abordé cet après-midi encore, mais peut-être devons-nous songer pour faire face aux déserts médicaux et à la gestion un peu hasardeuse qui a été faite de fixation d'un numerus clausus il y a 30 ans et qui a abouti maintenant, avec le départ en retraite des professionnels du baby-boom, à la désertification. Réfléchissons peut-être à la diversification des métiers, à la mission d'infirmière clinicienne, au rôle que réclament les sages-femmes (je ne vais pas m'étendre aujourd'hui là-dessus), peut-être à une première consultation chez un psychologue avant la consultation chez le psychiatre, une première consultation par une diététicienne, etc.

Enfin, nous avons assez peu parlé de la politique du médicament, mais serait-il envisageable de pousser un peu plus les médicaments génériques et l'acceptation par le patient des médicaments génériques.

Voilà donc un certain nombre de pistes auxquelles nous pourrions souscrire pour défendre ce système sans atteindre son efficacité et mettre à mal son humanité. »

Débat général avec les intervenants

Pascal Vercamer :

Nous allons donc passer à la deuxième phase de cette après-midi qui est la question/réponse. »

Question :

Plus qu'une question, c'est dans la suite de la discussion. Je travaille à l'Education Nationale, je suis conseillère technique auprès d'un directeur. Quand on me parle de la prévention, effectivement, ça reste encore le parent pauvre et pour tout vous dire, la part de la santé dans l'éducation nationale n'est pas de 1 %, mais 0,7 % qu'on accorde à la santé au sein de l'Education Nationale. Ce n'est rien, il y a une désertification, on n'a plus de médecin, il reste encore des postes infirmiers mais on n'arrive pas à tous les pourvoir : il y a une réelle difficulté à ce niveau-là. Mais j'ai entendu parler de ce que la santé, s'il n'y avait pas de malade, il n'y aurait plus de santé. Est-ce que la santé c'est l'absence de maladie ? Lorsque l'on a parlé de formation, on n'a pas parlé de promotion de la santé, de prévention. On parle de promotion de la santé, on parle de déterminants. On doit prendre en compte l'environnement, l'offre de soins, les problèmes physiques. Je crois que ça nécessite d'en discuter largement et d'avoir une conception plus large par rapport à la santé.

Réponse collective :

« Nous sommes d'accord. »

Question :

Bonjour, j'ai une question pour Madame Pruniaux. Par rapport à l'aspect de citoyen, de s'adresser directement au médecin généraliste, on se rend compte, surtout à Paris, quand vous allez voir votre médecin généraliste et que vous avez un problème complémentaire, il vous adresse au spécialiste qui est souvent en secteur 2. Le problème c'est qu'au bout d'un moment, quand vous êtes âgé, vous ne pouvez plus vous offrir ces dépassements d'honoraires qui sont considérables. Je sais que le Gouvernement actuel s'en inquiète, qu'il y a les maisons de santé. Je pense que c'est un sujet très parisien et qu'en province ce n'est pas du tout la même chose. L'autre question que j'avais à poser c'était par rapport à la psychiatrie. Madame Pruniaux, vous êtes responsable d'un établissement psychiatrique, je pense personnellement, j'ai pu observer cela dans ma vie, il y a un espace assez vacant entre le personnel et les patients qui nécessitent des soins psychiatriques et les réponses données (hormis les hospitalisations d'office) : les psychiatres ne se déplacent pas à domicile, les généralistes parfois répondent.

Réponse de Nicole Pruniaux :

Je laisserai Olivier Obrecht répondre sur les secteurs 1 et 2 et ce que les pouvoirs publics peuvent faire sur cette problématique qui n'est pas que parisienne, mais qui en est une par exemple dans le département de la Seine-Saint-Denis et c'est vraiment un problème très important.

En ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale, il y a un maillage territorial qui est relativement bien organisé et présent dans tous les endroits du territoire national avec des centres médicaux psychologiques (CMP) qui sont des centres de consultation ouverts à la population du territoire qui est desservie par ce CMP. Il y a à peu près

un CMP pour 50 000 à 70 000 habitants. Il y a un maillage territorial avec un accès qui est tout à fait possible pour tous les patients dont l'état le nécessite. Je souligne, en plus, que ces soins sont gratuits. En consultant Internet, vous pouvez trouver tout simplement, un CMP correspondant à l'adresse du domicile du patient qui recevra ce patient gratuitement pour une prise en charge qui pourra se développer selon l'état du patient. Contrairement aux soins somatiques, les soins psychiatriques ont un maillage dont la gratuité est assurée et qui s'adresse à tous.

Olivier Obretch :

Je serai très prudent dans la réponse. Simplement pour rappeler que, vous l'avez dit, le sujet n'a pas échappé aux pouvoirs publics quand même. S'il est vrai qu'il y a des dépassements particulièrement compliqués à Paris, dans les Hauts-de-Seine et dans les départements de la région PACA, le sujet est vrai partout. Le dépassement existe, dans l'ensemble notamment des villes : c'est un phénomène urbain, mais c'est néanmoins un sujet important. La réponse pour l'instant n'est pas infinie non plus.

Je rappelle que le secteur 2 a été créé par la convention de 1980, déjà a une époque où les pouvoirs publics peinaient avec les professionnels à trouver une façon de rémunérer les professionnels sur une évolution, je dirai, de la valeur des actes, qui apparaissait dans un contexte où déjà les dépenses d'assurance maladie étaient en explosion avec évidemment des taux de croissance qui n'avaient rien à voir avec les taux que l'on a aujourd'hui. C'était 3, 4, 5 fois plus, de l'ordre de 10 % par an à l'époque. Mais déjà à l'époque, il avait été trouvé ce mécanisme, considérant que c'était les médecins les plus titrés qui étaient chefs de clinique des hôpitaux, etc., je ne refais pas l'histoire...

Déjà pour dire que le principe de la création du secteur dit 2 était déjà un avatar de la discussion et de la difficulté de la discussion sur l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie. C'est un sujet non traité 35 ans après, il reste non traité. Comment les pouvoirs publics l'abordent aujourd'hui ? Ils l'abordent en essayant de reprendre le système pour que tous ceux qui pouvaient avoir un obstacle financier à l'accès aux soins, il y a un engagement des professionnels — c'est l'objet de l'avenant 8 conventionnel de 2012 — pour que les professionnels s'engagent à ce que toutes les personnes, évidemment déjà bénéficiaires de la CMU ou de la CMU C — la complémentaire CMU, bénéficient des tarifs conventionnels, et, désormais depuis la fin 2012, l'ensemble des personnes éligibles à l'allocation d'aide à la complémentaire santé, la CS, bénéficient également des tarifs conventionnels. Et ça, les gens ne le savent pas encore tous. Et là, dans la nouvelle convention d'objectif et de gestion qui est en discussion avec la CNAM, pour repérer et être beaucoup pro-active en direction des assurés pour qu'ils exercent ce droit. Car beaucoup ne savent pas qu'ils sont bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé qui est, je vous le rappelle le mécanisme : Il y a une qui est donnée à la moitié du prix d'une complémentaire de niveau 1, qui est payée par une allocation qui est donnée par les pouvoirs publics. Et donc, toutes les personnes qui ont droit à la complémentaire santé, bénéficient également, ça fait 4 millions de personnes en plus dans notre pays, bénéficient également des tarifs opposables dans le cadre de la convention.

Par ailleurs, il y a un mécanisme dit de contrat optionnel auquel peuvent adhérer les médecins en secteur 2, le contrat d'accès aux soins, de s'engager, en échange, comme toujours car rien n'est jamais gratuit, d'un certain nombre d'avantages conventionnés particuliers, à avoir un plafonnement de leurs dépassements à hauteur de 150 % du tarif conventionnel. L'alternative serait la fermeture du secteur 2, c'est-à-dire l'interdiction pure et simple du secteur 2. Dans notre pays, en l'état actuel de l'équilibre des forces en présence, je dirai cela est juste injouable aujourd'hui. Cela a été tenté, je vous le rappelle par Martine Aubry, en 2000, pour fermer le secteur 2 à l'hôpital. Ça a été fermé pendant un an, puis rouvert ensuite. Donc c'est un sujet extrêmement sensible puisqu'il touche, par définition, un sujet compliqué, qui est la politique de revenus des professionnels. Or la politique de revenus des professionnels, on sait bien que l'on

est dans secteur encadré, donc cette politique de revenus est définie conventionnellement dans un contexte de moyens qui sont contraints et qui ne suivent pas aujourd'hui toujours les évolutions par ailleurs ne serait-ce du coût de la vie. Donc c'est extrêmement compliqué pour les pouvoirs publics aujourd'hui. Donc l'approche qui est faite est de rendre solvables les personnes qui pourraient avoir une difficulté d'accès. C'est la voie qui est choisie dans notre pays.

L'alternative, si on ne faisait ni l'un ni l'autre, c'est quoi ? C'est d'avoir des réseaux de santé ; c'est-à-dire d'avoir des mécanismes de segmentation de la clientèle, en fonction des revenus. Ce n'est pas notre option aujourd'hui. Le consensus social n'est pas celui-là.

Mais je reviens à ce que j'ai dit tout au début : Méfiance, vigilance collective, parce que ça peut très vite être cela. Les réseaux de soins, par des mécanismes de soins gratuits, quels qu'ils soient, pour les pauvres, et puis le reste dans une médecine habituelle, à tarif unique.

**Conclusion de la conférence publique par
Monsieur Michel MELEY,
Président du Conseil National
de la Fédération Française du DROIT HUMAIN**

Mesdames Messieurs, je voudrais d'abord mettre le doigt sur quelque chose qui me paraît extrêmement important qui a été brièvement évoqué par M. Carré. Je ne fais pas partie de l'ADMD- mais je suis un ancien professionnel de santé. M. Carré a parlé de quelque chose de très important : les directives anticipées. Si je peux me permettre avant de conclure, je voudrais Mesdames Messieurs, avant de rentrer chez vous que vous pensiez aux directives anticipées. Vous allez me dire : « beaucoup parmi nous sont très jeunes », mais elles ne sont valables que trois ans. Après, il faut les modifier, mais pensez-y parce que l'accident peut arriver à tout le monde. Je ne vous le souhaite pas naturellement, mais c'est une chose tellement importante qu'on peut regretter de ne pas l'avoir fait.

Mesdames et Messieurs, je voudrais vous remercier de l'éclairage que vous nous avez apporté et dont Pascal Vercaemer disait à l'instant l'usage que nous allions en faire. Dans notre société qui est en pleine mutation, je crois qu'il ne serait pas raisonnable et même illusoire de mettre nos pas dans les pas de ceux qui nous ont précédés. Il me paraît plus raisonnable, plus sage, de chercher ce qu'ils ont cherché. Ce qui est à l'origine de notre système de santé est bien sûr dans l'histoire : cette fameuse période de l'après-guerre où les choses ont « explosé », mais il était surtout porté par d'importantes valeurs humanistes. Alors, mesdames et messieurs nos orateurs, ne doutez pas que vos apports vont nourrir nos réflexions, avec pour socle les valeurs de la république auxquelles nous ajouterons la solidarité. Cette réflexion sera bâtie sur l'humain, autour de l'humain, car comme le disait Denis Diderot « l'homme est le terme unique d'où il faut partir et auquel il faut tout ramener. »

Merci.

La Commission nationale Perspectives Sociétales

Sur des sujets de société d'actualité choisis lors de son Convent national annuel, la Commission travaille à partir contributions des loges qui sont sollicitées régulièrement, tout en se référant en permanence aux valeurs de notre Ordre.

Elle fournit des fiches qui sont une base de réflexion qui sert de fondement au positionnement de ses représentants sur des sujets d'actualité, lors des conférences et débats.

On pourra consulter ces fiches sur le site Internet du DROIT HUMAIN, à la rubrique Le Droit Humain dans la cité, ainsi que les Actes des conférences publiques organisées par la Commission <http://www.droithumain-france.org/categorie/rubrique/le-droit-humain-dans-la-cite/perspectives-societales>

FICHES
Les valeurs d'un F.M. de la Fédération Française du DROIT HUMAIN
Les violences faites aux femmes
Quels financements pour quelle protection sociale ?
Risques techniques, sanitaires et sociétaux liés aux nanotechnologies
Protection sociale – Le 5 ^e risque
Monde virtuel et lien social
Quelle école, pour quelle société ?
Protection sociale – Les retraites
Banlieue et politique de la ville
Risques sanitaires et principe de précaution
Fonctionnement de la Commission Perspectives Sociétales
Les migrations – Flux migratoires et humanisme
Agriculture et alimentation mondiale
Évolution des structures familiales

CONFERENCES PUBLIQUES
L'école : Paradoxes et Avenir » <i>19 mars 2011</i>
Sécurité et Liberté <i>19 novembre 2011</i>
Nourrir l'humanité demain : Quels enjeux, quels choix pour un humaniste ? <i>16 mars 2013</i>
Soins pour tous : Concilier Efficacité et Humanité <i>22 mars 2014</i>