

Compte rendu de la Deuxième Rencontre des Structures d'Éthique de Midi-Pyrénées Cahors le 17 Avril 2014

Les contraintes économiques ont-elles une incidence sur l'éthique des soins ?

I. Le propos la réunion :

Longtemps le budget alloué à la santé a accompagné un progrès constant dans les techniques thérapeutiques, les mesures préventives et les programmes de recherche. L'amélioration des conditions de vie et de la prise en charge des maladies chroniques a augmenté la longévité dans les pays développés.

Aujourd'hui, la pratique médicale doit intégrer la composante économique dans ses orientations professionnelles et ses choix thérapeutiques. Dans un contexte général de contraintes économiques, le médecin doit désormais prendre en compte les enjeux éthiques collectifs de la juste répartition des ressources de santé face à la prise en charge d'une population vieillissante et l'accès à des thérapeutiques onéreuses.

La maîtrise des dépenses de santé doit assurer la pérennité de notre système sanitaire et social. Mais comment rester convaincu en tant que professionnel de santé ou usager que le critère de répartition équitable des ressources de santé reste toujours compatible avec l'impératif de qualité des soins ? Faut-il craindre que de nouveaux critères de choix ne viennent encore parasiter la mission de soin ? La solidarité et l'équité dans l'accès aux soins restent-elles garanties en situation de vulnérabilité ? L'économie de santé peut-elle rester une « science morale »*

La deuxième rencontre des structures d'éthique de Midi-Pyrénées, organisée par l'EREMIP le 17 avril 2014, à Cahors, propose d'aborder ces questions à partir d'une conférence de Florence Taboulet, Professeur de Droit et Economie de la santé, Faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse et d'un panorama de points de vue et d'expériences exprimés par les représentants des usagers et des professionnels de santé venus de différents contextes d'exercice.

**Amartya Sen, prix Nobel d'économie 1998.*

II. Conférence : « Maitrise des dépenses de santé et Ethique » F. Taboulet :

En introduction, les textes de références sont rappelés : Le Code de Santé Publique dispose que les soins doivent être « les plus appropriés par tout moyen disponible...pour toute personne ». Le texte d'Oviedo précise « compte-tenu des besoins en Santé et des moyens disponibles ». En raison de contraintes inéluctables, on doit se demander où trouver 10% d'économies en maintenant la qualité dans les aspects techniques et relationnels des soins. Cela amène à insister sur la distinction « cure » / « care » et peut avoir des effets négatifs illustrés par l'exemple du Stafford Hospital ou des effets positifs en stimulant la réflexion éthique.

L'analyse des contraintes économiques peut se faire à deux niveaux :

- Niveau structurel : le principe de la Sécurité Sociale efface les contraintes et leur caractère relatif par rapport au PIB de chaque pays. La consommation accroît les besoins et les dépenses. Les facteurs limitants ont évolué dans le temps : « on ne sait pas faire, on ne peut pas faire, on ne veut pas faire ».
- Niveau conjoncturel : La consommation et les dépenses de santé ont augmenté de 3 à 9% du PIB en 50 ans, créant le déficit de la Sécurité Sociale.

Ces contraintes ont pour effets :

- Une évolution des comportements vers le réalisme et non l'utopisme sanitaire, favorisée par l'évaluation, la transparence et la responsabilisation.
- Une perversion liée au mode de tarification donnant la primauté aux intérêts de la Structure sur ceux des individus et privilégiant le « cure » au dépens du « care ».

Des pistes de réflexion éthique sont proposées :

- Respecter trois impératifs : Efficacité, Efficience, Equité
- Les appliquer à « tout homme, tout l'homme, tous les hommes »
- Restaurer la priorité du « Care » en considérant le temps médical et soignant
- Eviter les gaspillages du « cure » par l'évaluation de l'efficience
- Changer les mentalités : il n'y a pas de droit « absolu », sans devoirs, sans responsabilités

III. Panorama des points de vue : résumé des interventions

Mme Castéran, CISS, Collectif Inter Associatif Sur la Santé - (10 mn) :

- La notion de libre choix est-elle réelle compte tenu des difficultés de la démographie médicale et des dépassements d'honoraires ?
- Le « reste à charge » pour les patients devient de plus en plus lourd.
- L'accueil et la prise en charge des patients se sont améliorés mais la disponibilité des personnels et parfois insuffisante.
- « Les usagers sont agacés à cause du reste à charge : maintenant on doit faire de plus en plus appel à des mutuelles et les accords entre les mutuelles et certains professionnels (opticiens par exemple) peuvent poser un problème d'éthique ; le supplément pour les chambres seules peut également poser problème.
On doit maintenir la qualité des soins malgré le manque de moyens (de moins en moins de remboursement de la sécurité sociale).
Quand un patient s'entend dire par une infirmière « je suis toute seule dans le service » cette réponse n'est pas du tout adaptée.
Il y a cependant des progrès quant à la qualité de l'accueil et la prise en charge des patients ».

Dr Devallet, Chirurgien libéral exerçant en établissement privé - (35 mn) :

« Il y a une éthique médicale dans les établissements privés au même titre que dans les établissements publics ». L'éthique est dans la réflexion, non dans la solution. Le médecin doit être indépendant pour être au service du patient.
A l'hôpital, le patient est un usager. Dans une clinique, il y a une personnalisation de la prise en charge ; en contre partie le praticien est en responsabilité personnelle directe.
Le maillon faible de l'efficience est l'humain.
Il est regrettable que la dimension qualitative ne soit pas mieux évaluée. Le temps médical passé en dehors du soin direct devrait être mieux pris en compte».

Mme Leduc, FEHAP - (20 mn):

« Il est nécessaire de rappeler l'importance du « pacte social » et la valeur éthique de « solidarité ». La santé est un bien commun, non un bien de consommation.

Le financement du système de santé peut pousser certains établissements à sélectionner des patients en fonction des recettes ou des coûts qu'ils peuvent générer. Mais la mission d'assistance auprès des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité doit être respectée.

L'éthique est une affaire individuelle et collective, pas facultative !

La rationalisation des dépenses appelle une réflexion sur le sens du soin »

Mme Balardy, A.S.E.I - (15 mn):

« Présentation de l'A.S.E.I : Agir Soigner Eduquer Insérer.

L'association dispose d'un comité d'éthique (CORETH) qui coordonne les réflexions menées dans chaque établissement du groupe.

Les thèmes de travail abordés ont été « la vie affective et sexuelle », « autonomie / sécurité des patients ».

Les contraintes économiques sont présentes et le profil des personnes accueillies se modifie.

La contrainte pourrait être une chance pour l'éthique du soin ».

Dr Abittboul, représenté par Mme Bussière - (15 mn):

« Le soin à domicile est un système performant ; tout le monde peut en bénéficier, c'est une grande exception française. Il n'y a pas de difficulté d'accès aux soins en tant que médecin libéral. La CMU est un bon système. Le déremboursement pour les médicaments de confort n'est pas une contrainte. Si à Paris il paraît que les médecins dans certains secteurs pratiquent tous le dépassement d'honoraires nous n'avons pas ce problème dans le Lot.

La T2A pousse à l'activité et engendre une surenchère des actes.

Le système de régulation des gardes médicales pour le domicile le weekend et la nuit fait un tri, mais il est nécessaire pour pouvoir durer et faire en sorte que tout le monde puisse bénéficier du système ».

Mme Bussière, Réseau ICARE46 - (15 mn):

« On nous rajoute des missions mais pas de moyens supplémentaires. En tant que réseau de santé initialement spécialisé : douleur, soins palliatifs, L'ARS nous rajoute des missions comme la coordination des patients atteints de maladie chronique en situation complexe mais sans moyens supplémentaires. Tout le monde essaye de bien faire pour aider les personnes avec peu de moyens. C'est une « fracture éthique » :

« Le temps c'est de l'argent et c'est ce qui manque le plus aux professionnels de santé actuellement ».

L'éthique est une préoccupation des soignants, des patients et de la société en général.

Les familles délèguent parfois la prise en charge de leur proche avec une forte exigence de qualité vis à vis des soignants.

Un manque de coordination entre les acteurs de la prise en charge engendre des pertes de temps, des actes inutiles, voire des échecs.

La répartition des ressources est soumise à l'évaluation mais on ne sait pas évaluer le bien que l'on fait en parlant 5 min avec des personnes qui en ont besoin ».

Dr Lassoued, Etablissements Hospitaliers Publics - (10 mn) :

« Avant il n'y avait aucun contrôle, puis il y a eu une révolution culturelle progressive et profonde. La position des médecins a changé par rapport à celle des directeurs. Il y a eu un effort de modernisation des locaux des établissements comme à l'hôpital de Cahors et de meilleurs soins.

Maintenant il faut tout expliquer au patient ; on doit suivre les recommandations de la sécurité sociale et de la Haute Autorité de Santé. La médecine est de plus en plus couteuse : certaines personnes vont aux urgences car ils n'ont pas les moyens de consulter ; cela peut induire un retard de diagnostic. Comment peut-on inciter les gens à se faire soigner: la gale, le scorbut, la tuberculose réapparaissent.

Une perversion du système T2A, peut privilégier parfois l'hospitalisation de jour à l'ambulatoire ».

Dr Merckx - (5 min) :

« Oui il y a des contraintes ; elles ont changé certaines choses en moins bien et abouti parfois à des difficultés de fonctionnement ».

Elles ont aussi apporté des progrès en matière de pertinence des actes et des hospitalisations.

Elles ont également encouragé le partage et la mutualisation de moyens.

La pénurie la plus sensible est avant tout une pénurie de « sens » du soin ».

IV. Quelques points du débat :

- P. Viollet : Dans notre système de soins, on retrouve les personnages du chaperon rouge sans oublier le grand méchant loup sous la forme des informations et de publicités falsifiées.
- G. Lambert et B. Lange : ont insisté sur l'importance d'avoir une définition partagée de la santé si l'on veut vérifier l'atteinte des objectifs.
- G. Lambert : En pratiquant la gériatrie on réalise à quel point la vie peut continuer malgré l'âge. Le système de soins doit s'adapter aux besoins croissants des personnes âgées.
- P. Devallet : Le numerus clausus a généré un manque de médecins et le recrutement de praticiens dont la formation peut être insuffisante.
- Un jeune médecin en Soins Palliatifs : La société actuelle pervertit le système en glorifiant le « toujours plus, tout de suite ».

V. Commentaires et perspectives :

S'accorder sur une définition partagée de la Santé est un préalable à la cohérence de la mission de soin et à la juste estimation des besoins. L'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins doit intégrer des critères qualitatifs et tenir compte du temps à accorder en dehors du soin technique. La confiance des patients pourrait être altérée si les seuls critères retenus ne s'exprimaient qu'en termes de performance économique.

La société doit accepter d'être informée et éduquée pour que chacun soit responsabilisé et se considère comme « acteur » de la santé. La santé doit rester dans le domaine de la solidarité et ne pas être assimilée à un bien de consommation.

Le thème de cette réunion pourrait être l'objet de débats publics citoyens, en lien avec la CRSA et l'ARS, s'intégrant dans les projets de la démocratie sanitaire.