



1^{er} décembre 2022

Contribution « Des colibris en santé »¹ à l'avis 140 du Comité Consultatif National d'Éthique

Les appels et les alertes, multiples et répétés, des professionnels de santé² traduisent autant la gravité de la situation, qu'une volonté constructive de sauver l'hôpital public et de franchir une nouvelle étape dans l'organisation et le financement de notre système de soins.

Le récent avis 140 du Conseil National Consultatif d'éthique est une contribution significative par son contenu et de par la place et l'audience du CCNE en France.

Cet avis repose sur une analyse de la crise traversée par le système de soins lors de la pandémie de Covid, et des recommandations. Deux d'entre elles nous semblent essentielles : *retrouver le sens des métiers du soin en s'éloignant du modèle économique qui l'a détruit, et prendre soin tout autant des soignants que des soignés en revalorisant le temps de la relation.*

Après avoir échangé sur cet avis du CCNE, et avec la même démarche de contribution au débat qui nous a animé tout au long de la pandémie du Covid, au travers des analyses produites sur le site www.descolibrisensante.fr, nous avons souhaité apporter quelques réflexions et propositions.

1. Ne faut-il pas aller aux racines systémiques de la crise ?

« Le CCNE poursuit ensuite sa réflexion en proposant un diagnostic des raisons de cette crise du système de soins. (...) depuis les années 1980, l'introduction de pratiques gestionnaires inspirées du secteur privé dans le fonctionnement des hôpitaux qui ont valorisé les actes techniques, dans une logique économique, parfois au détriment de la relation de soin. »

...« Sous l'impulsion d'institutions internationales (Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE –, Banque mondiale et Commission européenne), qui présentent la transformation du modèle d'Etat-providence comme inévitable dans le contexte d'une tendance convergente vers une « concurrence organisée » associant régulation publique et mécanismes de marché, « la seconde moitié des années 1980 voit naître de nouvelles pratiques gestionnaires inspirées du secteur privé dans le fonctionnement des administrations publiques des pays industrialisés avec les principes de la Nouvelle Gestion Publique (ou New Public Management). Cette nouvelle forme de gouvernance a voulu appliquer à la santé des concepts et méthodes issus du monde de l'industrie (concept « d'hôpital-entreprise »). Il en a résulté une transformation de la fonction du soin au profit d'une logique purement économique. »

Si nous partageons largement le constat de la gravité de cette crise, nous pensons qu'il ne s'agit pas seulement de **pratiques de gestion**, mais de pratiques issues de **logiques économiques et in fine de choix politiques de type néolibéral** dictés en effet tant au niveau de l'Union européenne, que des institutions internationales citées. Sans omettre les relais et la part de responsabilité des pouvoirs publics français depuis plusieurs décennies. D'où des restrictions continues des ressources, un démantèlement du service public, en particulier et entre autres, ceux de la psychiatrie publique, des services de PMI, de santé scolaire et de santé au travail. Ce processus s'est accompagné d'un travail de dénigrement prenant appui sur les failles non corrigées du service public, et facilité par l'influence des lobbies ultralibéraux et celle du très influent Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour sortir des logiques mercantiles et des pratiques de gestion à courte vue, le secteur des soins et de la santé, prestataires de biens communs, nécessite de réacquiescer un statut de services à caractère public, social et solidaire, conformément aux droits constitutionnels. Et d'y gagner en sens, en efficacité et en efficience.

2. L'éthique certes mais comment la faire vivre et la faire respecter ?

¹ Groupe d'échanges et de propositions (www.descolibrisensante.fr)

² Conf. Entre autres, les tribunes et contributions relatives au système de santé, l'avis du CCNE, l'appel des pédiatres, Grimaldi, le collectif dans le Monde du 10 novembre..

« ...le CCNE rappelle que pour définir les politiques en matière de santé et de soins, l'éthique n'est ni optionnelle ni facultative : elle est une condition indispensable pour que les professionnels travaillant dans le champ de la santé retrouvent le sens de leur métier et de leur engagement mais aussi pour que la collectivité tout entière conserve sa confiance dans le système de santé. (principe de justice sociale) et le respect inconditionnel des personnes soignées et de ceux qui les soignent (principe de respect de la personne). »

Ces fondements sont aussi ceux du Code de la Santé Publique et en particulier du Code de déontologie médicale qui donnent une valeur légale à beaucoup de principes d'exercice.

Mais comment comprendre que ces valeurs ne soient pas partagées par nombre d'acteurs actuels du système de soin ? Comment continuer à tolérer les dépassements d'honoraires, les coûts de l'intérim comme mode d'exercice, ou le paiement à l'acte, comme intangible mode de rémunération ? Comment les médecins pourraient-ils consacrer leur temps de consultation à des situations diverses, parfois complexes, obligés qu'ils sont tenus soit de bâcler, soit de rogner sur leurs revenus, soit de multiplier les actes. Alors qu'aujourd'hui les maisons et centres de santé se sont multipliés, et sont plébiscités par la population, et par une part croissante des jeunes générations. Rappelons aux plus jeunes et aux autres que le temps n'est pas si lointain où l'exercice regroupé était maudit par une majorité de la profession médicale.

L'éthique en actes ne peut plus se détourner face à ces manquements. Elle se doit de les dénoncer à l'opinion, les combattre par le droit, par l'introduction d'un enseignement initial et continu et des procédures de contrôle et de sanctions. Oui il faut en finir au plus vite avec un mode de paiement en contradiction totale avec un exercice de qualité d'une médecine qui s'est complexifiée, d'une patientèle qui a accrue ses compétences et ses légitimes exigences. De plus, une juste rémunération des qualifications des médecins et des autres métiers du soin doit être mise en œuvre par les pouvoirs publics autrement que par les négociations corporatistes centrées uniquement sur les coûts de l'acte.

3. Plus de coordinations. Mais suffisent-elles à assurer la cohérence d'un système ?

« Le CCNE insiste également sur le fait que la résolution de la crise appelle à une redéfinition systémique de l'ensemble de l'organisation des soins et à une sortie du cloisonnement actuel en visant une véritable coordination entre l'hôpital et la médecine de ville. »

Nous ne nous sommes pas attardés sur la notion de coordination comme solution face aux cloisonnements. Il faut reconnaître que c'est une recommandation qui sonne comme une antienne, reprise de tous côtés et depuis tant d'années. N'a-t-on pas assez expérimenté des dispositifs de coordinations en tous genres, aussi coûteux que chronophages, sans lendemains après chaque mandature ou changement de ministre. Quid des derniers dispositifs de coordination entre hôpital-ville, comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Maisons de Santé (MSP) et les centres de santé ? Que dire des autres modalités de rémunération de l'activité de coordination incompatibles avec le paiement à l'acte ? La coordination signe en creux et colmate des failles d'un « système » supposé être un ensemble cohérent et fonctionnel. Ce qui ne l'est pas !

Nous lui préférons largement la recommandation de « *redéfinition systémique de l'ensemble de l'organisation des soins* ». Elle est engageante, lourde de sens et urgente. D'autant qu'elle est en effet réitérée depuis longtemps et tout particulièrement par les plus hautes autorités politiques et sanitaires. Une fois affirmée, qui va pouvoir la faire ? Et plus fondamentalement, dans quelles perspectives, autour de quels contenus ? Si cette exigence de redéfinition est si consensuelle, elle ne dit pas les attentes et les visions des parties concernées. De toutes les parties, celle des voix citoyennes, comme celle des associations, des partis, des syndicats et en particulier des voix dissonantes et autres lanceurs d'alertes.

Pour notre part, plutôt que de multiplier encore des dispositifs de coordination, nous nous attacherons à contribuer au débat et à la maturation du rapport de forces qui permette une vision et des stratégies pour redonner à nos choix et formations sanitaires un cap et un nouvel élan vers plus de justice sociale, d'efficacité et d'efficience. Nous nous sommes souvent exprimés à ce sujet à travers notre site. Comme nous avons signalé et amplifié les nombreuses publications et prises de positions des uns et des autres. Tant il est vrai qu'une redéfinition concertée passe par un compromis positif de réforme.

4. Réhabiliter les lieux de soin et de prévention intégrés : la PMI, la Santé scolaire, la santé au travail

Le système de santé ne prend pas assez en compte les investissements nécessaires en dehors du domaine des soins. La déshérence de la médecine scolaire et de la médecine du travail, la faiblesse et la disparité de la protection maternelle et infantile (PMI) en sont la traduction la plus patente.

La déshérence de ces structures qui alliaient des soins et des actes de prévention ne date pas de la crise actuelle. C'est un abandon de longue date en particulier pour la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et la santé Scolaire complètement désinvesties au profit incertain ou hypothétique d'un secteur libéral qui ne peut pas jouer le rôle de ces services. Si ces services ont été gravement fragilisés, ils n'ont pas été défendus par les autorités politiques ni même par une large partie des médecins eux-mêmes qui les ont considérés comme des concurrents pour les libéraux, et inutiles pour les hospitaliers universitaires. De fait, ils restent à l'usage des familles les plus pauvres et marginalisées. Le récent rapport des 1000 premiers jours en est une illustration flagrante en négligeant la PMI, et en proposant des maisons des 1000 jours, alors que le rôle de la PMI visait et réalisait les objectifs de prévention utiles dans cette tranche d'âge.

La médecine comme la santé au travail, malgré les luttes et la combativité des syndicats et des associations, ne connaissent pas un meilleur sort. En période de chômage endémique, ces acquis du monde du travail, ont connu une régression en même temps que l'accroissement de la pénibilité et du travail sous injonctions. L'employabilité coûte que coûte l'a emporté.

Là aussi, l'abandon voir l'étranglement des structures de soins et de prévention spécifiques à des âges (PMI, santé scolaire) et à des risques particuliers(santé au travail) s'est fait au profit de structures privées incapables de remplir les rôles dévolus aux services qui ont tant contribué depuis l'après-guerre aux années 90. Leur réhabilitation et renouvellement sont encore possibles. La mobilisation des familles et du monde du travail est indispensable. La ré implication des familles des couches moyennes et des employeurs notamment des petites et moyennes entreprises peut avec l'appui des autorités sanitaires et des collectivités locales redonné à ces structures un nouvel élan.

5. La T2A, le maillon structurel de la logique imposée est toujours en vigueur

Le CCNE critique la T2A hospitalière au détriment de la relation humaine. Faire au seul motif que l'on sait faire techniquement peut ainsi parfois conduire à des situations de souffrance, de handicap secondaire, de dépendance, de vulnérabilités qui s'imposent à la personne.

Le mécanisme budgétaire de la T2A a été d'inspiration libérale nord-américaine conçu par un système de soin qui a aujourd'hui les pires indicateurs de santé pour un coût exorbitant. On a aggravé la situation avec la « convergence privé-public » favorisant au maximum ce qui rapporte aux dépens de ce qui soigne. On n'a pas tenu compte des spécificités du travail hospitalier qui assume très souvent seul les cas plus complexes ou les spécialités peu rémunératrices au regard de la T2A, comme la gériatrie ou la pédiatrie. Certains médecins se sont lancés à corps (et âmes) perdus dans le système espérant obtenir plus de moyens que les autres considérés comme peu rentables (psychiatrie, pédiatrie, gériatrie etc..). On a même privatisé l'hôpital en laissant s'y développer des activités libérales de certains praticiens sur leur temps hospitalier ou en proposant un objectif absurde « d'augmentation d'activité de 4 % par an » pour les services y compris pour les urgences et en privatisant des activités support devant relever de l'hôpital. Souhaite-t-on que les Français soient de plus en plus des malades lucratifs, comme on nous souhaite de plus en plus d'être des consommateurs boulimiques ?

Le débat sur les dégâts de la T2A a déjà eu lieu en moult circonstances. Là aussi c'est un financement à l'activité de même inspiration que le paiement à l'acte. La suppression de ce mode de financement a été décidée. Un moratoire devait intervenir dès la fin de la pandémie. Les formules introduites depuis sont encore moins lisibles et restent dans la même logique de rentabilité. Des mécanismes alternatifs manqueraient, semble-t-il ? La levée de la T2A passe par la réaffirmation des missions d'intérêt général de l'hôpital public et leur financement par le budget public à travers des mécanismes pluriels à préciser par les agents hospitaliers, les mieux et plus concernés.

6. Le temps de l'écoute et du bien-être au travail

« (...) réintroduire le temps de l'écoute des personnes soignées et de leurs proches. »

Nous retenons ce point comme un élément fort de l'avis du CCNE, tant le temps pour l'écoute est aujourd'hui attendu des patients et d'une partie des professionnels. La perte des moyens en ressources humaines a conduit aussi à la remise en cause les temps indispensables de « partage d'informations » entre les équipes qui se relaient. Une fois encore resurgit la contradiction entre temps d'écoute – éminemment variable – et le mode non adapté du paiement à l'acte.

Le piège est aussi dans l'accélération de la numérisation en santé, comme « gagne-temps ». Or dans la pratique, ce gain de temps par l'informatisation n'a pas eu pour effet l'augmentation de la durée des temps d'échange. Au contraire, fixés sur leurs ordinateurs, les professionnels de santé se sont éloignés du relationnel seul moyen de contact réel. On a même institué des Visio-consultations qui ont augmenté la perte de contact, et inciter à multiplier les actes, alors que leur efficacité est réelle mais limitée dans des domaines très techniques d'assistance aux interventions chirurgicales ou à l'analyse des images.

La réhabilitation de pratiques de soins à dimension humaine passe par l'insistance dans les pratiques et les enseignements de l'importance de l'écoute en tant que valeur, posture et technique de soins. C'est aussi le droit de patients reconsidéré en tant que personne et citoyen, 1^{er} concerné.

7. L'hôpital, une structure trop précieuse pour justement la ménager

L'hôpital public est la principale structure capable de prendre en charge les pathologies complexes, rares, graves, et qui offre un accès aux soins en continu pour tous, notamment les personnes les plus précaires. Prendre soin de ce service public, au moment où celui-ci paraît particulièrement fragilisé, est un impératif éthique et une obligation car le droit à la santé est un droit fondamental.

Oui l'hôpital est un maillon important dans la prise en charge des cas qui nécessitent une hospitalisation. Mais l'hôpital ne peut être le 1^{er} et le dernier recours. A le charger de toutes les fonctions, on le condamne à n'en remplir correctement aucune et surtout pas la sienne.

C'est selon nous une des limites de cet avis qui de fait réduit le système de soin au secteur hospitalier public. Le secteur « extrahospitalier » n'est évoqué que sur la démographie... Or aucune réorganisation utile et pérenne ne peut faire l'impasse sur tout le secteur de la médecine de ville ainsi que le domaine du médico-social. D'où la nécessité de repenser l'hôpital dans un réseau de structures dispensant chacune un niveau de l'offre de soins (urgences à différents degrés, soins de 1^{er} recours, soins ambulatoires, soins hospitaliers, soins de suite etc. ...).

De plus, n'est-il pas discriminant et réducteur de désigner l'hôpital pour l'accès aux soins des plus démunis, Et n'est-il pas temps d'inclure dans ce service public, les autres acteurs que sont les médecins généralistes et spécialistes de secteur 1, les infirmières libérales et autres pratiques de soins ?

Considérer l'hôpital fut-t- il public comme la structure pivot, centrale en charge de toutes les fonctions ou plus ouverte aux publics démunis revient à persister dans une vision hospitalo-centrée et « caritative », reléguant les soins ambulatoires (soins de 1^{er} recours, la médecine générale dite pudiquement de ville) à la périphérie ou déléguée à la médecine privée ! N'est-il pas temps de redresser cette pyramide de l'offre à l'envers de celle des recours et attentes ? L'hôpital est un maillon d'un réseau d'offre de soins qui doit préserver sa place et que sa place. La médecine ambulatoire doit être réhabilitée autour de la médecine générale d'équipe.

8. Prendre soin de tous les métiers du soin

Le CCNE appelle à ce que les métiers du soin, et en particulier ceux qui sont au contact quotidien des patients (techniciens, aides-soignantes et soignants, infirmières et infirmiers), bénéficient de conditions d'exercice (salaires, qualité de vie au travail, nombre de postes par service, perspectives d'évolution de carrière etc.) qui les rendent attractifs et témoignent de la reconnaissance par la société de la valeur de leur travail.

Placer la valorisation des métiers du soin au premier plan est un acte fort. On est loin des discussions sur la convention médicale (novembre 2022) dont l'une des principales revendications est l'augmentation sans contre partie de la rémunération de l'acte libéral des seuls médecins ! Les inégalités salariales au sein d'une même profession selon le secteur d'activité ne sont plus acceptables, ainsi que des écarts de salaires trop important entre le secteur dit « médical » et « paramédical ». Celui-ci est bien mieux reconnu et valorisé dans d'autres pays européen facilitant un véritable travail de collaboration et non de « sous-traitance ».

Notre proposition est d'instaurer un large secteur public dans ces 3 paliers : ambulatoire, hospitalier et médicosocial. Avec des statuts salariés équivalents. Il n'est pas éthique qu'un médecin scolaire ou de PMI gagne 3 à 6 fois moins qu'un spécialiste libéral, qu'une infirmière libérale ne peut pas aujourd'hui avoir l'équivalent d'un salaire décent sans multiplier les actes. La liste des disparités est longue selon les professions et les secteurs.

Là aussi, un système cohérent et coordonné passe par la réorganisation structurelle et la redéfinition des grilles des salaires et revenus conformes aux compétences et tâches de tous les soignants avec une approche plus moderne et large de la notion de soins.

9. Prendre en compte et considérer les malades/usagers/citoyens

Le CCNE estime fondamental de prendre en compte la voix des patients, des citoyens, des collectivités territoriales, par le biais de la démocratie en santé. Il est primordial d'écouter les personnes les plus vulnérables et de leur donner la parole, en ayant recours en particulier à des instances telles que les Espaces de réflexion éthiques régionaux (ERER), la Conférence Nationale de Santé (CNS) et à ses déclinaisons régionales (CRSA) et territoriales (CTS), aux collectivités territoriales et aux associations d'usagers et de patients.....« Le faible écho médiatique donné à ces acteurs de la démocratie en santé les invisibilise dans le débat public et auprès de la population. Ces instances sont cantonnées dans un rôle de représentation alors qu'elles revendiquent une véritable participation, dans l'esprit des lois de 2002, pour faire vivre la démocratie sanitaire. »

Cependant, dans la réalité, la place actuelle des usagers dans toutes ces commissions ressemble à une imposture. Elle existe mais n'a aucune efficacité, car cantonné à des rôles purement consultatifs sans aucune participation aux prises d'orientation et encore moins de décisions

C'est une nouvelle étape qu'il faut aujourd'hui explorer, qui dépasse les instances dites de démocratie en santé, aux prérogatives limitées. Un changement, dans une acception éthique de la santé, passe par une implication forte de la population dans sa santé. Le concept de santé communautaire, porté par la charte d'Ottawa de promotion de la santé, vise à « conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Le temps est venu pour intégrer dans un projet de transformation du système de santé, les éléments constitutifs des démarches communautaires en santé, lesquelles là où elles sont mises en œuvre, attestent de leurs bénéfices pour les personnes, les professionnels et la santé publique.³

Ou on croit aux instances mises en place ou les concernés gagneraient à s'en dégager. L'implication des patients et de leurs représentants est en effet un droit, et un levier. Pour mieux réformer et surtout mieux soigner. Dans tous les cas, la démocratie en santé se conquiert et ne se décrète pas, en santé comme ailleurs.

10. Des Etats Généraux, encore une réunion ?

Le CCNE appelle à l'organisation d'états généraux pour une éthique de la santé publique (comme préconisé dans l'avis n° 137). Le CCNE indique que ces Etats généraux pourraient être organisés en coordination avec les instances de santé publique nationales ou régionales et avec les Espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) . »

Le CCNE fait-il l'impasse sur les Conférences Nationales et régionales de Santé et de l'Autonomie (CNSA et CRSA) ? Leur composition est souvent représentative de beaucoup d'acteurs du territoire, même si leurs prérogatives sont très limitées en dehors « d'avaliser » les décisions souvent déjà prises par les Directeurs d'Agence Régionale de Santé

La revendication de « réunions » est-elle encore une voie crédible ? Ne faut-il pas plutôt exiger de manière coordonnée la prise en compte des matériaux issus des réunions de toutes natures déjà tenues, des rapports déjà établis et des plans déjà tracés ?

11. La santé, un bien public commun

³ Travailler avec l'ensemble de la communauté, en intégrant et mettant en valeurs les différences ; Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et d'empowerment individuel et collectif ; Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir ; Mettre en compétence tous les acteurs concernés ; Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté (repères de démarche communautaire en santé proposés par le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire)

« La fin des années 1970 a marqué un profond bouleversement dans l'architecture des systèmes de santé. La maîtrise des coûts est alors devenue une question incessante dans de nombreux pays industrialisés confrontés à la croissance des dépenses publiques de santé rapportées à leur produit intérieur brut (PIB). Cette évolution s'explique par une demande de soins accrue (espérance de vie croissante, population vieillissante...) concomitante à un développement sans précédent de l'offre médicale (progrès techniques et scientifiques). »

Ce n'était pas une maîtrise des coûts, mais une maîtrise des dépenses publiques ! Dont les coûts se sont envolés sous la pression des prix négociés avec les Laboratoires Pharmaceutiques, devenues au fil des années des entreprises financières, mues par la rentabilité la plus immédiate.

En effet, l'enjeu pour un changement majeur « éthique » du système de santé consiste à renoncer à une politique libérale vers un objectif politique où prime l'intérêt général ! La santé n'est pas un bien marchand, mais un service de droit citoyen. L'évolution de la demande en soins est en effet liée aux causes évoquées. Elle a été aussi induite par une offre de soins paradoxalement pléthorique dans certains cas et plus d'inégalités selon les catégories sociales et lieux de vie.

En conclusion :

L'Avis 140 du CCNE est une contribution qui renforce les nombreuses autres. Il livre un diagnostic poussé et des propositions de fond. Il se heurte dans le même temps à des limites que nous nous sommes permis d'évoquer. Ce que nous pouvons comprendre s'agissant d'une instance de cette nature.

« *REPENSER LE SYSTEME DE SOINS SUR UN FONDEMENT ETHIQUE* » n'est possible qu'à la condition de considérer le système de soins dans son ensemble et de prendre en compte toutes les leçons des crises sanitaires. Au risque, une fois de plus, de ne pas pouvoir, aller vers une réorganisation globale. Des réformes structurelles doivent concerner les deux autres secteurs que sont l'ambulatoire et le médico-social.

L'avis évoque les effets pervers de la gouvernance actuelle de l'hôpital public, sans suffisamment aller aux racines liées à une vision et logique néolibérales, pour nommer les logiques à l'œuvre.

La santé est un bien trop précieux pour chaque individu, quelle que soit sa condition sociale ou culturelle, pour la soumettre aux règles du marché. La Sécurité Sociale solidaire doit permettre une juste répartition d'une enveloppe qui est abondée par le fruit du travail et les cotisations de chaque citoyen en France

Malgré l'hétérogénéité de situations, de réflexions des acteurs concernés, ne serait-il pas urgent, dans la crise majeure du système de santé et des risques plus graves qu'il encoure, que tous ceux qui partagent l'essentiel du diagnostic se rencontrent et portent ensemble, en recherchant toutes les alliances nécessaires, une stratégie propice aux changements attendus ?

Dr. O. Brix, Dr. P. Lamour, Dr. G. Picherot, Dr. M. Schoene