

**Demande d'auto-saisine
du
Comité Consultatif National d'Ethique
par le
Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes**

Responsable SFCD du dossier :

Dr Nathalie Delphin

Vice-Présidente

Chargée de communication

Tél : 06 11 69 16 06 - Mail : nathalie.delphin@sfcd.fr

Service Juridique :

Sylvie Ratier

Juriste

Tel : 05 34 36 40 44 / 06 30 21 46 57 – Mail : sylvie.ratier@sfcd.fr

Site Internet : www.sfcd.fr

Demande d'auto-saisine du CCNE par le SFCD

Le Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes saisit le CCNE pour avoir son avis sur les **problèmes et les enjeux éthiques soulevés par l'évolution de notre système de santé.**

Le SFCD, créé en 1935, a pour particularité de rassembler des femmes chirurgiens-dentistes de tous modes d'exercice (libéral, salarié, universitaire, dentiste-conseil, collaboration) et de bâtir sa réflexion en plaçant toujours le patient au centre de ses préoccupations.

Il est reconnu pour son analyse prospectiviste et d'intérêt général, dans le respect des individualités.

Le SFCD considère la profession médicale de chirurgien-dentiste comme une **profession sentinelle** des professions de santé : pour pallier la prise en charge incomplète des soins dentaires par l'Assurance Maladie, nous avons déjà une longue expérience, et donc du recul, sur l'entrée des complémentaires (Assurances, mutuelles et institutions de prévoyance) dans le financement du soin dentaire, les dispositions de conventions nationales avec des mutuelles, de panier limité de soins (comme en CMUc et AME), et de réseaux de praticiens agréés par des assurances complémentaires.

C'est cette expérience qui nous permet de comprendre et d'affirmer qu'une combinaison de textes législatifs amène, par touches successives, notre système de santé vers un système commercial de distribution de soins.

Le système de santé français¹ est spécifique en matière de prise en charge de soins : conception issue d'un héritage historique, efficace, unique au monde et une référence pour tous. Dans un contexte général de mondialisation récente, il semble s'effacer devant les puissants relais d'opinions de l'Organisation Mondiale du Commerce, dont l'objectif est d'étendre sa compétence et les principes de profitabilité sur toutes les activités non commerciales, dont la santé.

En tant que professionnelles du système de santé français, nous en sommes choquées : raison pour laquelle le SFCD dépose cette saisine.

Cette évolution soulève des questionnements éthiques pour lesquels nous sollicitons l'avis du CCNE.

¹ Quatre textes nous régissent en France :

Le Code civil assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.

Le Code de la santé publique précise que la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Le Code de la Sécurité Sociale instaure pour chaque personne assujettie une cotisation commune permettant d'assurer une protection sociale solidaire et durable pour tous, telle que la définit la Constitution française dans son préambule de 1946, et précise que « la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance-maladie ».

Le Code de la Mutualité garantit l'égalité de traitement pour tous ses adhérents, quel que soit leur âge, leur état de santé et leur situation financière, moyennant le règlement d'une cotisation.

Nous articulerons notre propos (pour lequel nous nous sommes largement appuyées sur les avis 57 et 101 du CCNE) autour de 3 points :

- I. les mécanismes législatifs initiaux et d'évolution de notre système de santé vers un système commercial de distribution des soins.
- II. 2. le contrat de soins et son devenir
- III. 3. le contexte de nouveaux besoins de santé publique

I - Les mécanismes législatifs initiaux et d'évolution vers un système commercial de distribution des soins

En amont de l'article 1 du projet de loi de santé de juillet 2015, ce qui doit attirer toute notre attention c'est la combinaison de textes, dans une période courte et de forts troubles économiques et sociétaux. Sans remonter à « Avant » (avant la crise de 2008), un regard global sur les textes, parus depuis 2009 à nos jours en matière de santé publique, permet cette analyse des points majeurs :

1. **La loi HPST**² crée les Agences Régionales de Santé (ARS), personnes morales, autonomes moralement et financièrement qui se substituent aux 7 structures³ en place du système médico-social local ;
2. **la loi Fourcade**⁴ organise les missions des ARS ;
3. **la loi de sécurisation de l'emploi**⁵ généralise l'obligation d'assurance santé complémentaire à tous les salariés ;
4. **la Loi Leroux**⁶ permet aux mutuelles de créer des réseaux de praticiens agréés et de moduler les niveaux de remboursements ;
5. **la loi Hamon**⁷ précise que le patient est juridiquement un consommateur de soins ;
6. **le décret Montebourg**⁸ classe au rang de la souveraineté économique la santé publique ;
7. **l'article 1 du projet de loi de santé**⁹ intègre dans la stratégie nationale de santé l'ensemble des conséquences liées aux maladies, accidents, traumatismes et dépendances, en transfère le pilotage aux ARS, tandis que le reste de cette loi prévoit notamment la généralisation du tiers payant obligatoire, dont conséquence juridique est la disparition du contrat de soin direct entre le patient et le professionnel de soin, organise la commercialisation du sang humain et prévoit la vente des données médicales.

² 2009 : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³ L'ARS regroupe à l'échelon local : l'Agence Régionale d'Hospitalisation, la Direction Régionale des Affaires sanitaires et sociales, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, l'Union Régionale des Caisses Assurance Maladie, le Groupement régional de Santé Publique, la Mission Régionale de Santé, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (dans son volet « sanitaire »).

⁴ 2011 : Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵ 2013 : Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

⁶ 2014 : Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé

⁷ 2014 : Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation

⁸ 2014 : Décret n° 2014-479 du 14 mai 2014 relatif aux investissements étrangers soumis à autorisation préalable

⁹ 2015 : N° 653 SENAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2014-2015 - Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 juillet 2015 RAPPORT FAIT au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

1. Les cotisations obligatoires peuvent-elle alimenter à sens unique un organisme commercial ?

D'un côté, il y a une double obligation : celle pour les français de payer obligatoirement des cotisations sociales, des impôts et des adhésions à une complémentaire et celle du reversement obligatoire de ces cotisations à un système commercial et financier.

De l'autre côté, il n'y a aucune obligation pour ce système commercial et financier de réinvestir ces sommes ainsi prélevées (sans parler des bénéficiaires !) dans la santé des français pour leur intérêt général : c'est le cas des cliniques privées à but lucratif, cotées en bourse.

Est-il éthique que notre argent commun ne soit pas utilisé pour notre bien commun, la santé, et serve à enrichir des intérêts particuliers ?

Pour l'Assurance Maladie, la cotisation est liée et est proportionnelle au revenu.

Quand les revenus baissent (maladie du cotisant, crise économique : chômage et baisse des rentrées sociales), la Sécurité Sociale est en situation difficile mais continue de couvrir les ayants-droit.

Pour les Assurances complémentaires, la cotisation est liée au risque de maladie, à l'état de santé de la personne, et est forfaitaire.

Plus les gens sont malades, plus ils ont des dépenses de santé, plus leurs cotisations d'assurance augmentent puisque les assureurs ne peuvent légalement pas vendre à perte. Leur système sera toujours pérenne et exige toujours plus de malades, pour avoir toujours plus de contrats. L'exemple des prothèses dentaires et optiques est parlant : c'est leur reste à charge qui a servi d'argument commercial pour vendre des contrats aux patients.

Est-il éthique de financiariser la santé ?

Est-il éthique de faire de la maladie un argument de vente, un produit d'appel commercial ?

Est-il éthique d'introduire de l'injustice sociale dans notre système de santé ?

2. L'assiette des cotisations

Les cotisations sociales et les impôts suivent un besoin individuel pris en charge par la collectivité. Leur assiette est basée sur le revenu essentiellement du travail, de façon proportionnelle. C'est une cotisation basée sur ce que fait l'individu. La sécurité sociale couvre tout le monde, sans distinction : il n'existe pas de contrat préétabli individuel ou collectif mais une convention égalitaire.

Les assurances complémentaires suivent un contrat basé sur l'individu, sur ce qu'il est. De plus, l'adhérent ne peut le choisir, puisqu'il sera imposé par l'employeur et par son assurance, qui voudra ou non le couvrir.

Est-il éthique qu'une complémentaire puisse ne plus couvrir un territoire, une catégorie socio-professionnelle, ou une personne pour des raisons de risque certain ou aggravé (car les complémentaires sont dans une logique commerciale et financière) ?

Est-il éthique que les patients ne puissent plus choisir leur complémentaire, car c'est la complémentaire qui, n'ayant aucune obligation de contractualiser, pourra sélectionner les patients en fonction de leurs risques certains ?

3. L'éthique médicale et le commerce sont-ils compatibles ?

Si comme exprimé dans la conclusion de l'avis 101 « *la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique* », **est-il éthique que des sociétés commerciales obéissant aux seuls codes du commerce et de la concurrence imposent, parce qu'elles le géreront très majoritairement, ces règles à notre système de santé ?**

Est-il éthique de faire augmenter les coûts de la santé pour les français, car comme écrit dans l'avis 57 : quand « *la charge d'un service indispensable ou dont la consommation est forcée, est renvoyée au marché, il n'y a pas de réduction mais une augmentation des coûts* » ?

Est-il éthique de demander à un système commercial de garantir une politique de santé publique ?

Aujourd'hui les banques et les assurances (Institutions de Prévoyance, Mutuelles et Assureurs privés) intervenant notamment dans le champ des assurances de personnes sont placées sous la surveillance étroite de l'Autorité de Contrôle Prudenciel.

L'ACP peut-elle avoir une mission d'éthique médicale ?

Comment le professionnel de soins va-t-il pouvoir répondre à son devoir d'éthique professionnelle dans des réseaux qui ne répondent pas aux principes de l'éthique médicale ?

II - Le Contrat de soin et son devenir

A la suite d'une jurisprudence de 1936¹⁰, le soin, en France, s'exécute dans le cadre d'un contrat civil. La qualification juridique civile fait que le soin est hors commerce. Le professionnel de soin n'est pas un commerçant. Le patient n'est pas un client.

Les professions de soins sont réglementées.

Cette réglementation est là pour garantir des soins sécurisés, de qualité et répondant seulement aux besoins des individus et aux besoins de santé publique. Le professionnel réglementé est tenu au respect d'un code de déontologie et est soumis au contrôle d'instances professionnelles.

Le professionnel de soins, quel que soit son type d'exercice (libéral, salarié, hospitalier, ...) reste réglementé : il est indépendant, responsable et sans contrainte dans ses diagnostics et dans ses choix thérapeutiques, autre que l'intérêt de la santé de son patient.

La relation qui se noue entre un patient et son praticien (le colloque singulier) est unique, singulière et particulière. Elle s'établit dans le secret : la transmission des données médicales est confidentielle et limitée à la nécessité des soins. Elle reste sous contrôle du patient et dans son intérêt.

Le patient est protégé.

Sauf dispositions précises contraires, cette relation thérapeutique civile est limitée : d'un côté par l'obligation de moyens pour le praticien et de l'autre par l'accord du patient au traitement, accord qui se traduit par son engagement financier.

Le système de soin français est ainsi borné.

Au décours de la succession des récentes lois précitées, le soin devient un bien de consommation.

¹⁰ Cour de cassation, 20 mai 1936, arrêt Mercier.

Dès les années 80, les premières lois de décentralisation en matière de santé publique sont arrivées. Les textes suivants s'inscrivent dans la même logique, mais les objectifs changent radicalement dès 2009. La décentralisation est devenue un prétexte, un habillage : l'objectif majeur et unique est désormais de diminuer les dépenses de santé, que ce soit sur le budget public ou le budget des ménages (reste à charge).

Il faut donc que l'Etat trouve une autre source de financement, ou des « partenaires » capables de réduire le déficit public, les dépenses publiques et le reste à charge.

Mais, le cocktail de lois, couplé à ce changement d'objectif va entraîner l'application du droit de la concurrence et des contrats et **la mise en place d'une véritable chaîne de distribution de soins.**

Dans un tel système, il y aura des producteurs de soins (professionnels de soins) qui se mettront au service de distributeurs de soins (plateformes spécialisées qui vont transformer la matière première « soins » en pack commercial), qui vendront ces packs commerciaux de soins à des assureurs (mutuelles, instituts de prévoyance, assureurs privés) qui, à leur tour, les proposeront à leurs clients, sous forme de contrat d'assurance : les consommateurs de soins (patients), qui ne les auront pas choisis librement (conséquence de l'ANI).

C'est un nouveau circuit ET pour le soin ET pour son financement qui se met en place, laissant l'Etat de côté et reléguant le patient au rang d'objet.

1. Quid des principes déontologiques et du code de la santé ?

Les principes déontologiques ont du sens pour la personne (patient comme praticien) et encadrent le soin et sa nécessité.

La généralisation du tiers payant obligatoire va, de fait, faire disparaître non seulement le colloque singulier mais également le contrat de responsabilité civile directe qui lie le patient à son praticien, parce qu'il y aura des intermédiaires commerciaux qui n'obéiront pas au code de déontologie.

Or, comme écrit dans l'avis 57 (p10), ces principes déontologiques permettent «*ce rapport de confiance qui donne au patient le sentiment du respect de ses droits*».

Est-il éthique de voir disparaître ces principes déontologiques au profit d'une chaîne de distribution commerciale de soins ?

2. Le renoncement au soin peut-il être réduit à un aspect financier ?

La généralisation du tiers payant a mis l'éclairage sur le renoncement aux soins par impossibilité financière d'avancer les frais.

Outre le fait que le tiers payant n'est pas l'unique outil de dispense d'avance de frais, **est-il éthique de minorer toutes les autres causes de renoncement aux soins (sociales, culturelles, organisationnelles, géographiques, démographiques, psychologiques) ?**

Le reste à charge pour le patient ne pourra être résolu par le tiers payant généralisé et obligatoire. C'est actuellement un argument de différenciation entre les assurances concurrentes, qui va perdre

de son importance avec la généralisation de la complémentaire santé obligatoire. Les sur-complémentaires pourraient représenter une opportunité de marché supplémentaire.

Est-il éthique que les sur-complémentaires, non obligatoires et laissées à l'appréciation et aux capacités financières individuelles, viennent aggraver les inégalités dans l'accès aux soins ?

3. Intervention de l'employeur dans le choix de la complémentaire santé

Avec l'ANI, le choix de la complémentaire santé pour les salariés appartient à leur employeur. L'employeur, par le choix de complémentaire qu'il va faire, peut induire une contrainte voire une restriction de soin, et intervenir donc dans le contrat de soin de ses salariés.

Est-il éthique que l'employeur intervienne dans le contrat de soin de ses salariés par le choix de la couverture santé de ses salariés ?

Est-il éthique que l'employeur contraigne ses salariés à adhérer à un réseau ?

L'arrivée massive des salariés dans un réseau sur un territoire va amener un besoin de praticiens agréés pour le réseau.

Est-il éthique que les praticiens n'aient d'autre choix que de contractualiser avec un réseau, à titre individuel ou collectif, pour pouvoir soigner ?

Est-il éthique de faire de cette contractualisation avec un tiers (quel qu'il soit) la règle pour les professionnels de soin, alors qu'aujourd'hui elle est une exception ?

Est-il éthique que les praticiens répondent aux objectifs définis par ces tiers ?

Ces objectifs définis par ces tiers commerciaux sont-ils éthiquement compatibles avec la spécificité française des soins et de leur prise en charge ?

Selon quelle éthique s'organisera la responsabilité de chacun (réseau, assureur, employeur, professionnel de soin) vis-à-vis du patient et pour lui garantir quels droits ?

III - Le contexte de nouveaux besoins de santé publique

Le système de santé français a longtemps été réduit au seul système de soins.

Or les pathologies de plus en plus nombreuses liées à l'environnement au sens large (conditions sociales de vie ; conditions de travail avec notamment l'accélération des rythmes ; pollutions : de l'eau, de l'air, des sols, de l'alimentation, électro-magnétiques, sonores...) nous amènent à reconnaître que **le système de soins n'est qu'un des éléments du système de santé**, à la fois outil (soins) et générateur (maladies iatrogènes).

Confondre les deux revient à mettre en place un système de soins insoluble (pas de possibilité de prise en compte des causes des maladies) et insolvable (faire reposer la responsabilité des dépenses sur les seuls patients, soignants et gestionnaires).

1. Le contexte environnemental et ses conséquences

En 1998, l'avis 57 (p4) signalait à propos du « combat efficace mais sans fin » de l'amélioration de la santé de l'homme : « *De nouvelles inquiétudes apparaissent liées aux modes de vie, à la pollution, à certaines activités industrielles, à l'organisation du travail* ».

Presque 20 ans plus tard, nous y sommes : la corrélation entre les perturbateurs endocriniens, présents partout (même dans nos dispositifs médicaux !) et l'explosion des cancers hormono-dépendants, des

pathologies de la fertilité, des maladies métaboliques (diabète, obésité), des troubles du comportement, est établie par plus de 1000 études¹¹.

Il est étonnant de voir, alors que le chiffrage du coût financier de la pollution de l'air en termes de soins, de perte de journées de travail, d'handicap, est établi et diffusé, qu'aucune étude (à notre connaissance) d'économistes de la santé n'ait intégré l'impact du lien environnement- santé !

Est-il éthique de laisser le poids des conséquences de ce lien à la charge exclusive de ceux qui le subissent et n'en sont pas responsables ?

Est-il éthique de moderniser notre système de santé sans intégrer de façon majeure les conséquences de ce nouveau paradigme environnemental ?

2. L'évolution vers la chronicité des maladies

Elle nous semble liée à 4 paramètres :

- a. le progrès sanitaire (comme la maîtrise du risque infectieux et cardiaque), la sécurité alimentaire, le maillage territorial par les structures et professionnels de soins (assurant une prise en charge médicale rapide et efficace), les objectifs atteints en matière d'hygiène et de santé publique, qui ont permis le recul de la mortalité mais ont laissé la place à des malades chroniques ;
- b. l'augmentation de l'espérance de vie, qui a généré une augmentation du nombre de patients vulnérables (en bas âge et en âge avancé), nécessitant des soins réitérés tout au long de la vie ;
- c. le progrès médical (technologique et médicamenteux), qui permet aux patients de vivre dans de bonnes conditions, moyennant des prises en charge médicales permanentes ;
- d. l'impact de l'environnement sur la santé, qui s'avère générer de nouvelles pathologies, de plus en plus nombreuses avec des prises en charge lourdes en terme de soins et de coûts (car à vie).

Est-il éthique, au regard de la tradition historique de notre système français, « de payer comme l'on vit » (principe assurantiel) sans tenir compte de sa vulnérabilité (maladies héréditaires, congénitales, acquises et environnementales) ?

Est-il éthique de ne pouvoir vivre en santé qu'en fonction seulement de ce que l'on peut payer ?

Est-il éthique de taire de façon irréversible notre spécificité française en matière de soins au nom d'intérêts économiques contingents ?

3. Quid du devenir de la santé publique ?

Le projet de loi de santé, en supprimant tous les termes « santé **publique** » dans les textes (code de la santé, de la sécurité sociale, code de la mutualité) va faire disparaître la notion même de santé publique, donc de santé pour tous.

Les Caisses doivent redistribuer à tous (cotisants et ayant droit) en fonction de clés de répartition liées aux besoins des malades, des personnes.

Les assureurs, eux, versent des garanties aux clients qui les ont actionnés en fonction de leurs contrats.

Est-il éthique que seuls les patients qui auront des contrats puissent avoir leurs risques maladies couverts ?

Est-il éthique de voir des patients sélectionnés par leurs contrats, donc leurs capacités financières ?

Est-il éthique de ne plus garantir la santé pour tous ?

¹¹ Réseau Environnement Santé

Est-il éthique de remplacer la notion de « santé publique » par celle de «santé-bien de consommation » ?

Est-il éthique que l'éducation à la santé et la prévention ne soit plus réalisées dans des objectifs et dans le cadre de la santé publique ?

Est-il éthique que la garantie des risques se fasse en fonction des transmissions de données médicales « à qui pourra les acheter » ?

Est-il éthique que les données médicales puissent être transformées en données commerciales ?

4. Jusqu'où les politiques publiques peuvent-elles se réduire ?

L'OCDE, par le BEPS¹², propose une série de mesures pour lutter contre le transfert de bénéfices et l'érosion de la base d'imposition, qui portent atteinte de façon de plus en plus dramatique aux politiques publiques.

Accepter cet assèchement des finances publiques, qui impose la diminution des moyens humains dans notre système de soins, très visible à l'hôpital, est-il éthique ?

Conclusion : jusqu'où peut s'effacer notre autonomie d'être humain ?

«Dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique »¹³.

La santé devenant un commerce, et l'effacement du contrat civil de soins devant des objectifs purement financiers et économiques, peuvent-ils être qualifiés de « justes exigences du bien-être général » ?

Cette perte d'autonomie et de pouvoir pour chacun d'entre nous sur notre santé et notre intimité est-elle éthique ?

Ce ne sont que quelques pistes de questionnements que nous soulevons, et qui amènent à s'interroger sur les **enjeux éthiques de cette évolution de notre système de santé**.

D'autant plus que cette dernière se fait à l'insu de tous : nous sommes loin du souhait émis dans la conclusion de l'avis 101 : « *l'adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques justifient plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix clairs, courageux, explicités aux yeux des citoyens et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables* ».

Nous souscrivons tout à fait à la constatation figurant dans l'avis 57, page 30 : « *c'est inévitablement du côté de l'offre que viendra une impulsion vers la modernisation* », suivie d'une question : « *comment faire participer les praticiens de tous bords à une nouvelle définition de la santé ?* ».

¹² OCDE (2013), Plan d'action concernant l'érosion de la base d'imposition et le transfert de bénéfices, Éditions OCDE.

¹³ Selon l'alinéa 2 de l'article 29 de la déclaration universelle des droits de l'homme.

Un débat public avec les praticiens aura bien lieu, mais après le vote au Sénat : la Grande Conférence de la Santé est programmée en janvier 2016, alors que les votes parlementaires se feront en septembre, qui plus est dans le cadre d'une « procédure accélérée ».

Est-il éthique de faire passer une loi de santé sans débat préalable avec les citoyens, alors que certaines de ses conséquences directes ou liées à l'effet cocktail avec les lois précédentes, amèneront une véritable mutation de notre système de soins et de santé « publique » français, allant à l'encontre des valeurs mêmes qui font l'identité de notre nation ?

SFCD