



DOSSIER THEM'ÉTHIQUE

# DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS : LE PRINCIPE D'ÉQUITÉ MENACÉ



**AUTEUR:**

- Cécile CORNET, Ingénieur hospitalier, Chargée de la mission “Rencontres et Echanges”, EREBFC

**RELECTEURS:**

- Aurélie GENG, Ingénieur hospitalier, Coordinatrice de l'EREBFC ;
- Marie-Elisabeth MAUGAN, Ingénieur hospitalier, Chargée de la mission Documentation, EREBFC;
- Jean-Pierre QUENOT, Co-directeur de l'EREBFC.

# SOMMAIRE

CONTEXTE	1
Qu'est-ce que l'accès aux soins ?	
<hr/>	
INÉGALITES TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS	
La mesure de l'accessibilité aux soins	4
La demande de soins	
L'offre de soins	
<hr/>	
INEGALITES D'ACCES AUX MEDICAMENTS	10
Pénurie des médicaments : un phénomène global	
<hr/>	
INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES ET RESPONSABILISATION DU PATIENT	
La responsabilisation du patient	13
Les choix politiques du financement de la santé	
<hr/>	
CONCLUSION	18

# CONTEXTE



L'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté (EREBFC) vous a proposé une série de webinaires consacrée aux limites de notre système de santé quant aux difficultés croissantes d'accès aux soins, proposant plusieurs approches de cette problématique et en invitant différents intervenants permettant une vision pluridisciplinaire. Notre système devrait garantir un accès aux services de santé pour tous avec une réponse adéquate aux besoins de santé, quel que soit le revenu ou le statut social. Cependant, de nombreux individus ne reçoivent pas les services requis par leur état de santé en temps opportun.

Le premier webinaire s'est intéressé aux enjeux éthiques de la désertification médicale (11 janvier 2024). Il a pu définir ce qu'était un désert médical et comment le mesurer. Les intervenants se sont interrogés sur ses causes et ont réfléchi aux moyens d'y remédier. Ce webinaire fait suite aux travaux réalisés au sein de l'EREBFC concernant les déserts médicaux [1].

Intervenants :

- Didier Honnart : Praticien hospitalier urgentiste, CHU de Dijon, Membre du Conseil de l'ordre des médecins de Côte d'Or;
- Martial Jardel : Médecin généraliste, président de l'association Médecins solidaires ;
- Véronique Lucas-Gabrielli : Géographe de la santé à l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES).

[1] Maugan, M-E. (2023, mars). Les déserts médicaux : quels enjeux éthiques ?. Doc'éthique. EREBFC. Consultable sur : <https://www.erebfc.fr/documentation/doc-ethiques/>

---

Le deuxième webinaire a été consacré aux politiques de santé en France (2 février 2024). Intitulé « Accès aux soins en péril : un système de santé à la dérive ? ». Il a commencé par s'attacher à définir juridiquement l'accès aux soins. Puis, a permis d'évoquer les inégalités socioéconomiques avec notamment la responsabilisation du patient. Enfin, les politiques de santé ont été interrogées.

Intervenants :

- Nicolas Da Silva : Maître de conférences en sciences économiques, Chercheur au Centre d'économie, Université Paris 13 ;
- Marion Girer : Maître de conférences en droit de la santé et des personnes vulnérables, Université Jean Moulin Lyon 3. Membre de l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales (IFROSS) ;
- Mireille Kerlan : Membre de l'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux en Bourgogne - Franche-Comté (ARUCAH), Membre du conseil d'orientation de l'EREBFC.

Le troisième webinaire, posait la question suivante « la e-santé serait-elle une solution pour faciliter l'accès aux soins ? (15 mars 2024). Ce webinaire fait suite à la fiche doc'éthique relative à la e-santé rédigée par l'EREBFC [2]. L'idée était de mettre en avant les enjeux éthiques de cette nouvelle technologie et de ses conséquences.

Intervenants :

- Philippe Flammarion : Président de l'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux en Bourgogne - Franche-Comté (ARUCAH BFC), Vice-président de France Asso Santé BFC ;
- Corinne Grenier : Professeur en sciences de gestion, Coordinatrice scientifique du centre d'expertise Santé et Innovation, Directrice de la chaire territoires API (inclusifs et capacitants) Kedge Business School ;
- Gérard Janin : Médecin, Président de la plateforme territoriale d'appui à la coordination de Saône-et-Loire, Chef du projet de télémédecine pour l'Agence Régionale de Santé BFC.

Enfin, le dernier webinaire (21 mai 2024) de cette série a été dédié à la pénurie des médicaments comme autre phénomène impactant notre accès aux soins en détaillant ses causes et ses conséquences.

Intervenants :

- Léa Delhomme : Médecin pédiatre, CHU de Besançon ;
- Pascal Louis : Pharmacien, président de l'Union Régionale des professionnels de santé (URPS) Pharmaciens de Bourgogne - Franche-Comté ;
- Maria Roubtsova : Chargée de mission du département « études et lobby santé », UFC que Choisir.

Ce dossier vient donc restituer les échanges qui ont eu lieu lors de cette série de webinaires et y apporter quelques éléments de la littérature.

#### RETROUVEZ CES WEBINAIRES :



Sur notre chaîne Youtube :

@espacedereflexionethiquebf1381



[2] Maugan, M-E. (2023, décembre). La e-santé : quels enjeux éthiques ? . Doc'éthique. EREBFC. Consultable sur : <https://www.erebfc.fr/documentation/doc-ethiques/>

---

# QU'EST-CE QUE L'ACCÈS AUX SOINS ?

La problématique d'accès aux soins est commune à de très nombreux pays : dès 2013, le constat que les inégalités d'accès aux soins augmentent est fait dans tous les États-membres du Conseil de l'Europe. Le droit d'accès aux soins repose sur des principes fondamentaux que sont les principes d'universalité, d'équité et de solidarité. Ce droit fondamental d'accès aux soins est décliné en droits essentiels : le droit à la sauvegarde de la dignité humaine et le droit à la protection de la santé.

Le droit à la sauvegarde de la dignité humaine est un principe qui a une valeur constitutionnelle, implique le respect de l'intégrité du corps humain et l'accès aux soins aux personnes qui en ont besoin. Le droit à la protection de la santé inclut le droit à l'assistance sociale et médicale. Il suppose la mise en place de structures de soins accessibles et efficaces pour l'ensemble de la population.

Ainsi, les fondements juridiques existent à la fois sur un plan général mais aussi en termes de déclinaison plus spécifiques dans le système de santé comme le rappelle la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner » : « La protection de la santé doit être mise en œuvre par tout moyen disponible au bénéfice de toute personne »[3]. Il existe alors une obligation de moyen et non une obligation de résultat offrant aux pouvoirs politiques une marge de manœuvre.

Le droit ne garantit donc pas un accès de tous les citoyens à toutes les formes de soins (notion de moyens disponibles), mais garantit une non-discrimination, une égalité et une équité d'accès aux secteurs sanitaire, social et médico-social.

En France, pour assurer une convergence entre le droit à la protection de la santé et le principe d'égalité des citoyens devant la loi, l'assurance maladie est mise en place et le système de santé est organisé de telle sorte à assurer cette égalité quel que soit le revenu et le lieu de résidence des citoyens. Ainsi, il existe différentes politiques qu'elles soient économiques, sociales ou territoriales. Le droit à un égal accès aux soins est à la fois un droit fondamental des personnes et une obligation à la charge de l'État. Cependant, la mise en œuvre de ce droit est délicate.

[3] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/texte>

---

# INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS



L'accès aux soins peut se définir comme la facilité à rencontrer un professionnel de santé. Or, il est parfois difficile d'obtenir un rendez-vous. La pénurie de professionnels du soin est loin d'être uniforme sur le territoire, avec des espaces bien dotés et d'autres en déficit, en particulier dans certains départements ruraux.

Depuis quelques années, la question de l'accessibilité est au cœur des débats publics et notamment celle de l'accès aux médecins généralistes qui sont en première ligne dans le système de santé.

D'une manière générale, les déserts médicaux sont définis comme étant des territoires où l'accès aux soins est particulièrement difficile pour les populations, ce qui se traduit par des difficultés pour avoir un rendez-vous de consultation auprès d'un médecin traitant mais également le fait de renoncer aux soins pour des raisons de précarité (sociale, financière...). Cette désertification médicale repose sur plusieurs phénomènes : la diminution de l'offre de soins et son inégale répartition sur le territoire mais également l'augmentation des besoins de soins en raison, notamment, du vieillissement de la population française et de ces conséquences avec l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques. Dans ce contexte, l'identification des zones à faible accessibilité est un objectif majeur de la politique publique afin de mettre en place des mesures permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins.

---

## LA MESURE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

L'un des enjeux est de définir des indicateurs qui permettent d'identifier ces zones sous-densifiées en traduisant le mieux possible le concept d'accessibilité sous forme d'indicateur opérationnel. Pour définir l'accessibilité, il faut mettre en lien une population en besoin avec un système de soins dans un espace et des temporalités définis. L'accessibilité recouvre ainsi des dimensions spatiales relatives à la disponibilité et à l'éloignement des soins. La densité de la population et la distance sont des indicateurs classiquement utilisés. L'indicateur de densité est le rapport entre le nombre de praticiens et le nombre d'habitants. Il permet de mettre en évidence les écarts de dotation entre pays et fixe des taux standards d'équipement ou en professionnel de santé dans le cadre des exercices de planification ou de régulation menés par les autorités nationales ou locales. Une des limites de cet indicateur est le fait qu'il se réfère seulement à la disponibilité d'une offre de santé dans un territoire donné et fait implicitement l'hypothèse que le service ou le professionnel qui est situé de l'autre côté de la limite de la zone ne sera pas accessible. Cet indicateur ignore ainsi les déplacements de la population à travers les frontières administratives. L'indicateur de distance mesure l'éloignement aux soins mais il ne prend pas en compte la quantité d'offre de soins en un lieu donné c'est-à-dire que la distance reste inchangée qu'il y ait un seul ou plusieurs professionnels de santé présents en un même lieu.

Pour dépasser les limites de chacun de ces indicateurs, ceux-ci ont été combinés en mettant au point un indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)[4]. Pour tenir compte du recours aux soins différenciés selon l'âge, l'indicateur d'APL standardise les populations des communes en affectant un poids plus important aux tranches d'âge les plus consommatrices de soins en médecins généralistes - c'est-à-dire les personnes âgées - et inversement un poids moins important aux tranches d'âges les moins consommatrices.

La distance entre l'offre et la demande est mesurée pour l'indicateur national en distance temps par la route (à défaut d'avoir des données en transport en commun disponibles). L'intérêt de cet indicateur APL est de mettre en évidence les disparités locales. En croisant les indicateurs de distance et de densité, l'APL permet d'avoir un diagnostic des inégalités territoriales locales beaucoup plus fiables. Cet indicateur est mobilisé depuis 2017 comme instrument de politique publique pour définir les zones sous-denses concernant les soins de ville, et il est utilisé pour définir au niveau national la part maximale de population pouvant résider en zone déficitaire dans chaque région. Cet indicateur est un outil pour permettre aux Agences Régionales de Santé (ARS) de déterminer les zones déficitaires et d'engager des choix politiques.

## LA DEMANDE DE SOINS

La demande de soins a explosé ces dernières années, notamment du fait du vieillissement de la population[5]. Cet élément n'a pas été anticipé, notamment au regard de l'apparition des pluri-pathologies associées au vieillissement, modifiant les demandes de soins.

D'autres facteurs entrent en compte, comme par exemple, la difficulté des personnes à évaluer la pertinence ou non d'un recours aux soins médicaux. En témoigne l'explosion des appels au 15 et l'augmentation croissante des passages aux services d'urgences ces dernières années. On constate également un consumérisme grandissant de la santé[6], avec une impatience traduite par la multiplication des incivilités et violences envers les professionnels de santé[7].

[4] INSEE, Accessibilité aux professionnels de santé, 29.04.2021. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039903?sommaire=5040030#:~:text=L'indicateur%20d'accessibilit%C3%A9%20potentielle,an%20chez%20le%20m%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste.>

[5] Polton, D., & Sermet, C. (2006). Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé? Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 5(6), 49-52.

[6] Schneider-Kamp, Anna, et Søren Askegaard. « Chapitre 3. Conceptualiser la consommation en santé grâce à la notion de capital santé », Hélène Gorge éd., Santé, consommation et marchés. EMS Editions, 2022, pp. 56-78.

[7] ARS.SANTE.FR, L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) : chiffres clés du rapport 2022, 28.11.2022. URL : <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022>

## L'OFFRE DE SOINS

Bien que les médecins soient encore nombreux, environ 215 000[8], leur nombre est en baisse et ils n'ont plus la même conception du travail. En effet, la génération des médecins d'aujourd'hui est différente de la génération d'avant[9], avec une nette réduction du temps de travail comparée à leurs médecins aînés. Il faudrait alors plus de médecins aujourd'hui que par le passé pour absorber la même charge de travail.

La visite à domicile qui n'est pas bien rémunérée a quasiment disparu malgré le vieillissement de la population. Par ailleurs, l'accès aux soins en dehors des heures ouvrables c'est-à-dire la nuit et le week-end est également plus difficile, les professionnels choisissant de travailler sur ces horaires se faisant désormais plus rares[10]. Pour les mêmes raisons, on constate aujourd'hui un gros déficit de permanence de soins en raison d'une disparition légale de celle-ci en médecine de ville. Enfin, certains médecins thésés ne s'installeront jamais et feront un autre métier, par choix ou du fait des conditions de travail qui se sont dégradées. En effet, le travail du terrain manifeste parfois une inadéquation entre les enseignements théoriques à la faculté et la réalité de terrain : les médecins généralistes sont formés à être dans une prise en charge holistique de l'individu dans un système dans lequel il n'y a pas de carence d'accès aux soins. Or, le médecin, qui est le garant de l'accès aux soins, doit savoir prioriser, gérer son incertitude, convoquer un patient plus tard... ce qui peut provoquer chez le professionnel une difficulté à vivre correctement sa profession au quotidien.

Face à une demande croissante et une offre diminuée, quelles sont les stratégies à adopter ?

### Repenser la médecine

Durant ces dernières années, la médecine s'est énormément complexifiée avec de réels progrès technologiques qui s'accumulent (par exemple dans le champ de l'imagerie : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique, scanner...) ce qui entraîne une augmentation de la consommation en ressources humaines et matériels et donc *in fine* financière.

Parce que la connaissance médicale ne fait qu'augmenter, les médecins sont de plus en plus spécialisés ce qui entraîne une fragmentation de l'offre de soins la rendant peu accessible car trop éloignée des patients qui en auraient besoin. Ainsi, il semble difficile de pouvoir fournir à tous, l'ensemble des compétences disponibles de la médecine. Cela induit de grandes inégalités selon les territoires : certaines personnes auront un suivi « à la pointe » quand d'autres ne seront tout simplement plus suivies faute de ressources médicales. C'est pourquoi, une réorganisation fondamentale de la médecine semble nécessaire.

“ Notre métier de demain ne peut plus être ce qu'il est aujourd'hui et ce qu'il a été dans les 30 dernières années ”

Dr Martial Jardel

Bien que la volonté de soigner soit intacte pour les médecins, le système de santé actuel, très contraint, empêche l'innovation, alors même que la crise que nous sommes en train de traverser nécessite une réinvention et une ouverture sur l'avenir. Les médecins, souvent peu acteurs, peuvent en réalité proposer des innovations organisationnelles pour apporter leur contribution.

Des médecins généralistes, qu'ils soient retraités, installés ou remplaçants, adhèrent à l'association médecins solidaires et viennent travailler à tour de rôle une semaine ou deux dans l'année dans des territoires isolés dépourvus de médecins où des centres de santé sont ouverts par l'association. Ils permettent à la population locale d'avoir accès à un médecin disponible pour pouvoir se faire soigner.



[8] Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., & Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique. Constat et projections démographiques, 76.

[9] Maureen Picaud. Médecins d'hier et d'aujourd'hui : le vécu des patients face à l'évolution de l'exercice de la médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. ffdumas-02489408f

[10] Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., Boyer, L., Villa, A. & Lehucher-Michel, M. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout... Santé Publique, 31, 113-123. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0113>

---

## Elargir l'offre de soins

Repenser le rôle du professionnel de santé est un enjeu majeur : l'actualité nécessite de rationaliser et de recentrer davantage l'expertise de la médecine. En effet, les médecins perdent souvent beaucoup de temps dans des activités notamment administratives qui ne sont pas de l'ordre du soin et de la médecine. Une solution pourrait être la complémentarité dans l'offre de soin, par exemple, par le biais des infirmières en pratique avancée. Si elles sont formées, elles sont en capacité de réaliser des actes « simples » comme le renouvellement d'ordonnance. Cette délégation de tâches peut être vue comme une promotion professionnelle en proposant une certaine autonomie malgré une rémunération qui n'est malheureusement pas à la hauteur. Il ne s'agit pas d'une solution dégradée mais d'une solution adaptée au besoin du patient.

Cependant, pour que cela soit viable, il faudrait repenser le modèle économique afin de différencier les actes simples (ex: renouvellement d'ordonnance) de ceux plus complexes (comme la rédaction de directives anticipées). Cette redistribution de l'offre de soin intégrerait également le personnel paramédical (kinésithérapeute, infirmière...) en instaurant un accès direct, sans devoir passer systématiquement par le médecin.

Actuellement, les médecins ont un discours ambivalent : ils disent avoir trop de travail et vouloir une rémunération plus favorable mais refusent toute forme de partage de leur responsabilité. Selon le Dr Martial Jardel, « L'avenir nous invite à arbitrer entre ce qui est une forme de protectionnisme légitime du périmètre du métier de médecin, en veillant à conserver ses expertises et, un corporatisme qui touche à l'orgueil et à la susceptibilité ».

## E-SANTÉ : LA SOLUTION POUR RÉPONDRE AUX DÉSERTS MÉDICAUX ?

En France, la e-santé a très tôt été envisagée par les pouvoirs publics comme une solution conciliant d'une part, une grande égalité d'accès aux soins pour tous mais également la rationalisation des dépenses de santé grâce à une meilleure coordination des professionnels d'un même secteur.

La e-santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales[11].

Le numérique en santé apparaît sous des formes très diverses et variées : la collecte, la gestion des données de santé et la télésanté qui est introduite dans le code de la santé publique, comprenant la télé-médecine. Cette dernière, se décline en plusieurs activités que sont la téléconsultation qui est une consultation à distance, la télé-expertise qui est une entraide entre praticiens avec la demande d'un avis spécialisé, la télésurveillance qui est la surveillance d'un patient à distance avec le recueil de ses données et la téléassistance permettant qu'un professionnel de santé assiste un autre pour donner un soin.

Aussi la télésanté comprend la régulation médicale lors d'un appel au SAMU et le télé-soin permettant que celui-ci soit délivré à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical (moins utilisé). Enfin, la télésanté englobe l'intelligence artificielle et la robotique avec les exo-squelettes.

[11] OMS, Santé numérique : transformer et élargir la prestation des services de santé, 09.09.2020.

URL : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>

---

## Les enjeux éthiques de la e-santé

La e-santé permet une coordination des dossiers numériques via des plateformes (comme « mon espace santé »[12]) qui ambitionne un gain de temps pour le professionnel et par conséquent une diminution du risque d'erreur médicale. Le patient, lui, peut être acteur de sa santé en participant à sa prise en charge en collaboration avec les professionnels. Malgré cela, beaucoup de dossiers sont ouverts automatiquement alors même qu'ils nécessitent obligatoirement l'information et le consentement du patient. Mais, qu'est-ce que consentir au numérique ?

Le consentement est délicat parce que le numérique nécessite une compréhension technique parfois difficile à appréhender. L'interprétation des informations techniques peuvent conduire à un risque d'information fautive (beaucoup de sites internet ne sont pas fiables). L'information concernant le numérique est, par exemple, présente dans les livrets d'accueil des établissements, mais cette lecture ne suffit pas et elle doit être accompagnée d'explications détaillées par un professionnel. Son rôle est donc d'aider les patients ou les personnes, à interpréter ces informations afin d'arriver à une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient permettant une plus grande efficacité au niveau des soins et de la prise en charge. Cela exige que le soignant fournisse une information très complète au patient et pose alors la question du temps disponible à cette information dans un contexte déjà marqué par un manque de temps pour les soignants.

La cybersécurité est également une dimension capitale pour la protection de la confidentialité des données de santé[13]. Des mesures doivent être appliquées par l'ensemble des utilisateurs pour que la confidentialité soit garantie avec l'exploitation des données massives[14].

Enfin, le risque majeur de ces technologies et notamment de la télémédecine est celui de perte de contact humain via des écrans interposés. Le professionnel doit consacrer du temps pour une relation directe et personnelle entre lui et son patient permettant la saisie subtile de sa réalité psychologique.

Par ailleurs, bien que l'informatique apporte de la rigueur aux professionnels et permette de recueillir des données structurées bien organisées, cet encadrement risque de bloquer la subjectivité et l'adaptation aux réalités complexes dans la relation avec le professionnel, au risque du formatage. Les professionnels doivent être attentifs à ne pas bloquer toutes ces dimensions interhumaines de la relation et à l'incorporer dans ces nouveaux modes de soins.

## La télémédecine

Les avantages pour le patient de la téléconsultation sont évidents. Elle facilite l'accès aux soins dans un contexte de raréfaction de l'offre en permettant un gain de temps et limite les déplacements.

Cependant, il existe également des inconvénients comme l'accroissement des inégalités liées à la fracture numérique, le difficile examen clinique réalisé à distance, et un colloque singulier entre le médecin et son patient modifié. Lorsque le médecin n'est pas connu, il existe également une incertitude quant à ses compétences. Il peut également s'agir d'une solution de facilité avec un risque de consumérisme (ex. arrêt de travail) ce qui peut favoriser le nomadisme médical. Enfin, il existe des risques de commercialisation et de financiarisation de ces pratiques.

Ainsi, quelques préconisations doivent être faites concernant la téléconsultation. Celle-ci doit rester une solution par défaut. Il faut préserver le consentement du patient après une information claire et loyale, et non que cette solution s'impose aux patients. L'idéal serait de pouvoir alterner téléconsultation et consultation en présentiel en accord avec le médecin. Elle pourrait être privilégiée pour le renouvellement d'ordonnances dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques.

[12] Pour en savoir plus : <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/mon-espace-sante>

[13] ESANTE.GOUV.FR, Cybersécurité accélération et Résilience des Etablissements (CaRE), site consulté le 21.06.2024. URL : <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/cybersecurite>

[14] INDUSTRIELS.ESANTE.GOUV.FR, La cybersécurité pour les éditeurs de solutions numériques en e-santé, site consulté le 21.06.2024. URL : <https://industriels.esante.gouv.fr/actualites/la-cybersecurite-pour-les-editeurs-de-solutions-numeriques-en-e-sante>

---

Cette pratique devrait être intégrée dans un parcours de soins et une organisation territoriale avec les ressources territoriales qui interagisse ensemble et dans l'intérêt du patient. Enfin, le lieu d'implantation d'un équipement de télésanté doit garantir l'accessibilité, la confidentialité des données de santé mais également des données personnelles et la qualité et la sécurité des soins [15].

### **Le numérique, outil pour repenser la médecine**

Le numérique dans toutes ses formes détient un vrai potentiel pour libérer du temps dans les activités dites intellectuelles, ce qui constitue la nouveauté par rapport aux précédentes transformations technologiques (à l'opposé du fordisme où il s'agissait d'ouvrier). Le numérique, en fonction du choix politique qu'il en est fait peut libérer du temps, soit pour diminuer une masse salariale et accroître quelques bénéfices, soit pour réinvestir la relation de patient. Il faut toutefois garder à l'esprit que le numérique, et en particulier l'intelligence artificielle, n'est qu'un outil d'aide à la décision, d'aide au diagnostic et d'aide à la prescription qui nécessite d'être évalué régulièrement.

L'expansion du numérique dans les années à venir suppose la fin de l'hospitalo-centrisme en accentuant « le virage ambulatoire », avec la mise en place d'une véritable logique de parcours de vie et de santé. Il serait possible d'imaginer des interventions chirurgicales minimales pratiquées dans des centres spécialisés avec de la robotique pilotée à distance (exemple de l'IHU de Strasbourg). Ainsi, il y a un enjeu majeur à la coordination pour échanger des données, des informations et se faire confiance afin de partager une même vision.

Ainsi, la désertification médicale est un phénomène qui va malheureusement perdurer car il repose sur plusieurs éléments : diminution de l'offre de soins, son inégale répartition sur le territoire, et l'augmentation des besoins de soins. Par conséquent, la pratique de la médecine doit être repensée afin d'assurer à tous un accès aux soins. La e-santé peut permettre de retrouver du temps de soins et une plus grande justice sociale en termes d'accès aux soins. Il existe un énorme enjeu de prise de pouvoir pour le patient sur son dossier médical, les connaissances qu'il acquière au fur et à mesure du temps sur sa maladie sur son parcours ce que l'on nomme l'acculturation en santé. Enfin, une transformation des métiers est nécessaire, chaque professionnel ayant intérêt à réfléchir à l'intérêt du numérique en santé dans sa pratique quotidienne.

[15] Agence du numérique en santé : <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/ethique-et-numerique#:~:text=La%20Cellule%20%C3%A9thique%20du%20num%C3%A9rique,des%20usagers%20du%20syst%C3%A8me%20de>  
Le Comité National Pilote d'Éthique du Numérique (C.N.P.E.N.) issu du comité consultatif national d'éthique (CCNE) : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/cnpen>

---

# INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS



L'inégalité d'accès aux soins se caractérise également par l'impossibilité d'avoir recours à certains médicaments en raison de son coût, de son déremboursement ou encore de sa pénurie. La pénurie d'un médicament est définie comme la non-délivrance du traitement dans les 72 heures qui suivent la présentation de l'ordonnance à la pharmacie[16].

Face à celle-ci, les patients peuvent avoir le choix d'une substitution (générique) faisant craindre à tort d'une moindre efficacité, ou encore d'être contraint de stopper leur traitement avec des conséquences que l'on connaît. Les patients peuvent aussi vouloir se procurer le médicament via des sites internet non sécurisés pouvant également mettre en péril leur santé. En cas de substitution, il existe un véritable risque d'erreur thérapeutique avec une inobservance des traitements compte tenu de la méconnaissance de ce médicament de la part des patients. De plus, en raison d'une potentielle différence de molécule, une moindre tolérance du traitement est parfois à craindre.

La pénurie de médicaments crée un stress important pour les médecins, les patients et leurs proches ainsi que pour les pharmaciens. Elle nuit à l'observance des traitements et conduit à un tri des patients pour savoir à qui donner le médicament en cas de ressources limitées, menant à une grande désorganisation de notre système de santé. Elle met en exergue les inégalités d'accès aux soins.

Quelle est la responsabilité de l'État et de nos institutions pour assurer un accès équitable aux ressources de santé ?

[16] LEGIFRANCE.GOUV, Article R5124-49-1 du Code de la santé publique, Version en vigueur depuis le 01 septembre 2021  
Modifié par Décret n°2021-349 du 30 mars 2021 - art. 2.  
URL : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043308960](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043308960)

## UN EXEMPLE DE PÉNURIE DE MÉDICAMENT ET SES CONSÉQUENCES

« En 2023, l'ARS a proposé une nouvelle thérapeutique contre la bronchiolite à Virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons. Il s'agissait d'injecter des anticorps aux nouveau nés à la maternité. Cette nouvelle thérapeutique était très attendue car chaque hiver la bronchiolite est responsable de nombreuses hospitalisations. Une première rupture de stock a nécessité une réflexion sur les indications de prescription en choisissant les patients qui allaient bénéficier de ces injections. Il a alors été collégalement décidé de n'administrer cette thérapeutique qu'aux nourrissons les plus fragiles selon le poids et le terme de la naissance. Cependant, ce choix a été très difficile à opérer par les soignants et les familles ont pu être dans l'incompréhension. Un raisonnement collectif a dû être pris alors que les impacts, qui peuvent être importants pour cette maladie, sont individuels. Puis, de nouvelles pénuries de cet anticorps ont eu lieu si bien que l'équipe soignante avait proposé cette injection à des enfants qui finalement ne relevaient pas de ces indications restreintes ; le risque était donc d'avoir injecté une dose à un enfant au détriment d'un autre. La crédibilité et la responsabilité du prescripteur, qui ne connaissait pas les stocks a été mise à mal sans aucune alternative à proposer. Cette situation a également nuit au respect fondamental de la pratique de la médecine qui est de donner une information claire, loyale et appropriée, et a apporté de la culpabilité chez les soignants. Enfin, le droit fondamental à l'accès aux soins pour tous les citoyens a été vraisemblablement mis en difficulté avec une perte de chance pour certains d'entre eux. Une grande désorganisation des soins est apparue, avec un temps considérable passé à connaître les stocks et chercher des solutions. »

*Témoignage du Dr Delhomme*



## PÉNURIE DES MÉDICAMENTS : UN PHÉNOMÈNE GLOBAL

Face à la pénurie des médicaments, les pharmaciens, patients, médecins peuvent adopter plusieurs stratégies.

En France, de la fabrication à la dispensation en passant par des dépositaires (les grossistes), la chaîne de médicaments est pilotée par des pharmaciens, ce qui est un véritable élément de sécurité pour la qualité du produit et permet d'éviter les falsifications. Les grossistes répartiteurs permettent de distribuer harmonieusement des médicaments entre les pharmacies, ce qui conduit à connaître l'endroit de leur disponibilité et ainsi orienter les patients.

Aussi, le recours aux génériques, quand ils sont applicables, peut être utile. Ces derniers sont proposés par le pharmacien et toujours dans l'intention de prescription du médecin.

En cas d'impossibilité à fournir un générique au médicament prescrit, une substitution dans la même intention, après accord du médecin, lui sera alors proposée. Cette démarche de substitution étant chronophage, une réflexion est actuellement amorcée pour que paraisse une liste officielle « d'équivalents » que l'on puisse substituer aux médicaments manquants sans concerter obligatoirement le médecin.

Du côté du patient, la pénurie des médicaments amplifie le phénomène de stockage de ces derniers, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques qui ont tendance à vouloir stocker par peur de manquer. A l'opposé, le gaspillage des médicaments reste un fléau ; selon une étude de 2018, l'OCDE a estimé que 17 600 tonnes de médicaments étaient non utilisées ou périmées[17]. Il existe toutefois des conditions strictes de délivrance des médicaments qui ne permettent pas au patient de retirer en une seule fois une prescription réalisée pour plusieurs mois afin d'éviter le stockage et le gaspillage.

[17] SYMEVAD.ORG, site consulté le 21.06.2024. URL : <https://www.symevad.org/valoriser-mes-dechets/les-medicaments>

---

Pour lutter contre ceux-ci, la question du conditionnement des médicaments est souvent posée : pourquoi ne pas distribuer la quantité de gélules au nombre strict du temps de traitement ? Contrairement aux pays anglo-saxons, notre système français n'est pas du tout organisé pour que les pharmacies puissent conditionner elles-mêmes les médicaments. En France, les conditionnements proposés par les industriels correspondent généralement aux besoins adaptés aux recommandations. On peut ainsi supposer que le gaspillage ou le défaut de produit ne viennent pas exclusivement du conditionnement.

Même si des efforts ont été faits, les Français restent de gros consommateurs de médicaments[18] (par exemple pour les antibiotiques et les antidépresseurs), dû en partie à la culture française ; les patients français ont pour habitude de se voir prescrire une ordonnance à chaque consultation médicale. Prévenir les risques de surconsommation ou de mauvaise consommation passe ainsi par l'éducation aux notions de qualité du produit, de son coût et de son bon usage au patient.

Les soignants ont également un rôle à jouer dans la lutte contre la pénurie en s'interrogeant sur la juste prescription avec une réévaluation du traitement et *in fine* une dé-prescription. Cette réflexion sur la juste prescription devrait être enseignée tout au long des études en médecine.

Enfin, au niveau national, les laboratoires pharmaceutiques produisent de moins en moins de principes actifs, ce qui nécessite leur importation. Celles-ci rendent la France dépendante des problèmes de chaînes de production à l'international qui se retrouve en concurrence avec d'autres pays pour récupérer les principes actifs. Ce système a conduit à une hausse de plus de 30 % des signalements de ruptures des principes actifs en 2023[19], la progression des ruptures dessinant un avenir inquiétant. Il serait également souhaitable que les pays puissent coopérer pour ne pas jouer sur l'inflation des prix des médicaments.

Bien qu'il existe une politique de la sécurisation de l'approvisionnement qui stipule l'obligation des industriels de devoir constituer un stock de médicaments[20], celui-ci ne serait constitué que rarement. Comme l'absence d'application de ce décret ne génère pas de sanctions sévères, les industriels préfèrent avoir une production en flux tendu leur permettant de réduire leur coût. Cependant, cette stratégie est très défavorable aux patients, notamment s'il y a un problème dans la chaîne de production. Ainsi, il faudrait pouvoir mieux gérer les stocks des industriels en mettant en place de vraies contraintes avec des sanctions en cas de non-application de l'obligation de stock.

Aussi, les industriels ne font pas preuve de stratégie financière résiliente, ni de transparence sur leurs coûts alors même qu'ils réclament souvent des hausses de prix (notamment pour les génériques), prétextant un problème de rentabilité. En ce sens, les politiques menées en France ne semblent clairement pas à la hauteur de l'enjeu de ces pénuries et ne mesurent pas l'ampleur de ce phénomène. Selon l'UFC Que choisir, il faudrait penser une production publique pour les spécialités qui ne seraient pas rentables pour le secteur privé et organiser une relocalisation, qui pourrait être européenne, pour coordonner les efforts publics afin de sécuriser les approvisionnements de tous les médicaments d'intérêt thérapeutiques majeurs [21].

La pénurie des médicaments est un phénomène global dont les solutions pour le limiter sont plurielles, autant de la part des industriels que des patients et des prescripteurs.

[18] La France est le 5ème plus gros consommateur de médicaments au monde. URL : [https://www.notre-environnement.gouv.fr/IMG/pdf/focus\\_ressources\\_naturelles\\_version\\_complete.pdf](https://www.notre-environnement.gouv.fr/IMG/pdf/focus_ressources_naturelles_version_complete.pdf)

[19] APMNEWS. URL: <https://www.apmnews.com/freestory/10/406085/medicament-hausse-de-plus-de-30--des-signalements-de-ruptures-en-2023-%28ansm%29>

[20] ANSM.SANTE.FR, URL : [https://ansm.sante.fr/actualites/disponibilite-des-medicaments-les-medicaments-dinteret-therapeutique-majeur-doivent-desormais-disposer-dun-stock-de-securite-de-deux-mois#:~:text=A%20partir%20du%201er%20septembre,MITM\)%20destin%C3%A9s%20aux%20patients%20fran%C3%A7ais](https://ansm.sante.fr/actualites/disponibilite-des-medicaments-les-medicaments-dinteret-therapeutique-majeur-doivent-desormais-disposer-dun-stock-de-securite-de-deux-mois#:~:text=A%20partir%20du%201er%20septembre,MITM)%20destin%C3%A9s%20aux%20patients%20fran%C3%A7ais)

[21] QUECHOISIR.ORG, Devant la responsabilité criante des laboratoires, les pouvoirs publics doivent sortir de leur complaisance, site consulté le 20.06.2024. URL : <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-penuries-de-medicaments-devant-la-responsabilite-criante-des-laboratoires-les-pouvoirs-publics-doivent-sortir-de-leur-complaisance-n84943>

# INÉGALITÉS SOCIO-ECONOMIQUES ET RESPONSABILISATION DU PATIENT



Le droit à un égal accès aux soins est à la fois un droit fondamental des personnes et une obligation à la charge de l'État.

Cependant, la mise en œuvre de ce droit est délicate avec notamment la problématique du renoncement aux soins[22]. Il existe en effet, des difficultés d'ordre socio-économique entraînant un arbitrage de l'individu entre sa santé et d'autres dimensions de son existence qui provoquent une inégalité d'accès au soin. Pour contrer ces inégalités, l'État a mis en place des dispositifs pour essayer de les prendre en charge. Les personnes étrangères et en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'aide médicale d'état (AME) et se rendre dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Les personnes affiliées à la sécurité sociale les plus pauvres ont accès à la protection universelle maladie (PUMA), anciennement appelée couverture maladie universelle, et à la complémentaire santé solidaire. Mais ces dispositifs de réduction des inégalités ne suffisent pas[23].

La contribution imposée aux patients induit certains renoncements aux soins ou retards dans leurs prises en charge. En plus des franchises, des forfaits et des produits non remboursés, la grande inégalité des dépassements d'honoraires a un impact important pour les patients et peut aboutir aux renoncements aux soins. Tous ces « restes à charge » du patient semblent générer un système de santé discriminatoire et ces difficultés semblent augmenter au cours du temps[24].

[22] Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. Questions d'économie de la santé, (169).

[23] JUSOT Florence, CARRÉ Benoît, WITTEWER Jérôme, « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins », Revue française d'économie, 2019/1 (Vol. XXXIV), p. 133-181. DOI : 10.3917/rfe.191.0133. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2019-1-page-133.htm>

[24] LESECHOS.FR, Santé : des inégalités croissantes dans l'accès aux soins, selon les Français, site consulté le 20.06.2024. URL : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/sante-des-inegalites-croissantes-dans-lacces-aux-soins-selon-les-francais-1962506#:~:text=La%20perception%20de%20l'in%C3%A9galit%C3%A9,%C3%A9levait%20qu'%C3%A0%2065%20%25>

# LES CHOIX POLITIQUES DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Comment concilier l'égalité d'accès aux soins et l'objectif d'équilibre financier de la sécurité sociale ? Entre amélioration de la prise en charge et meilleure maîtrise des dépenses de santé, existe-t-il toujours une place pour l'égalité d'accès aux soins ?

A en croire les médias et les débats politiques, l'existence de la Sécurité Sociale serait menacée du fait d'un important déficit. Pour faire face à l'augmentation des dépenses et au vieillissement de la population, notre système de protection sociale serait condamné à se réformer sans cesse. Ces réformes passant par des remboursements, des réductions de prestations, une hausse des cotisations, voire une privatisation de notre système de santé.

Dans le débat public, il est souvent question de la responsabilisation du patient afin de maîtriser les dépenses de santé. Cette contrainte financière est acceptée et admise sans jamais la remettre en question.

D'après les travaux de Nicolas da Silva, la sécurité sociale a été inventée à la sortie de la seconde guerre mondiale pour des raisons politiques et non économiques afin de calmer les conflits entre les populations[25]. La conflictualité sociale et guerrière a rendu possible ce qui autrefois était politiquement impossible. Mais, depuis sa création, la sécurité sociale a toujours été critiquée. Le regard porté à cette institution dépend de la conflictualité sociale (le vieillissement de la population est déjà abordé alors qu'à cette époque la retraite est à 65 ans et l'espérance de vie est en dessous de cet âge.).

Pourtant jusque dans les années 1980, face à ces critiques, la sécurité sociale a continué d'exister et s'est déployée grâce à d'autres arguments en imaginant une dynamique d'augmentation des recettes pour renforcer l'accès au droit.

## LA SECURITE SOCIALE

Créée en 1945, la Sécurité sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » [1]. En clair, elle a pour mission de protéger les Français contre tous les risques de la vie, en les accompagnant à chaque étape de leur existence. Elle repose sur un principe de solidarité, chacun participant à son financement selon ses moyens. Au sein de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie gère – pour le compte du régime général – les branches maladie et accidents du travail - maladies professionnelles. Comme les branches retraite et famille de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie mène à bien ses missions grâce à 2 sources principales de financement :

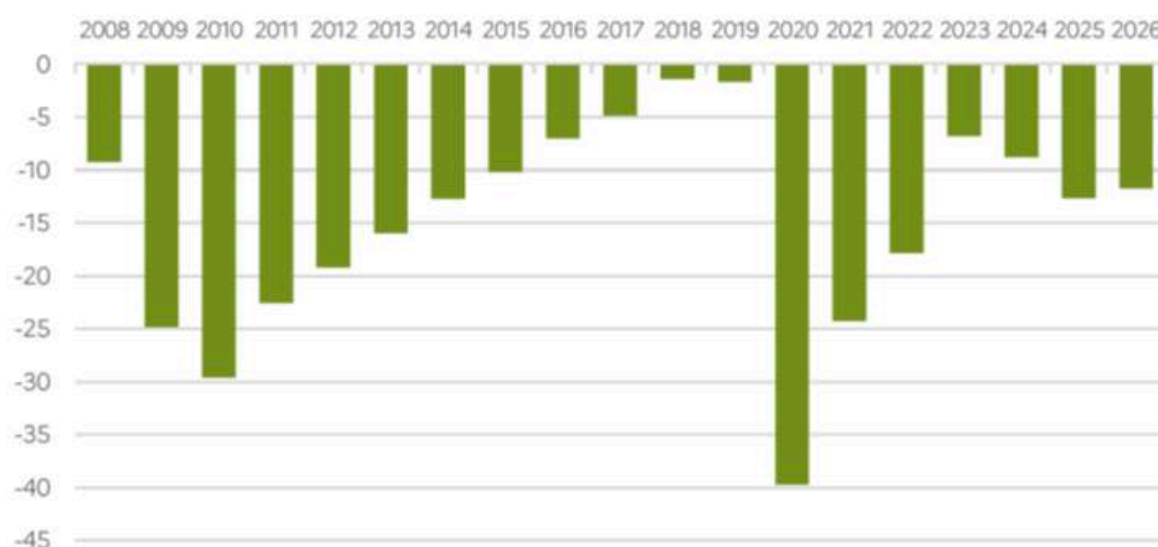
- les cotisations et contributions, qui représentent plus de 90 % des ressources de la Sécurité sociale. Celles-ci proviennent des travailleurs – qui versent environ 15,9 % de leur salaire brut chaque mois – et des entreprises – qui reversent environ 29 % des salaires perçus par leurs salariés. Pour le régime général d'Assurance Maladie, ces cotisations et contributions sont collectées par l'Urssaf ;
- une partie des impôts collectés par l'État contribue aussi au financement de la Sécurité sociale, représentant 9 % de ses ressources. Il s'agit notamment des taxes sur le tabac et l'alcool.



[25]Da Silva, N. (2023). La bataille de la Sécu: une histoire du système de santé. La fabrique éditions.

Depuis 2008, chaque année le solde du régime général de la Sécurité sociale est négatif conduisant à des politiques restrictives et de responsabilisation, aboutissant au recul des droits à l'accès à la santé. Selon Nicolas Da Silva et d'autres chercheurs comme Julien Duval dans son ouvrage intitulé « Le mythe du trou de la sécu », il s'agirait d'une dimension conventionnelle c'est-à-dire d'une manière de comprendre les comptes et d'appréhender notre système de santé. D'autres visions sont possibles amenant ainsi d'autres politiques publiques[26]. Il s'agit alors de véritables choix politiques.

**Soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse, 2008-2026 (en Md€)**



Source : Projet Loi de financement de la sécurité sociale 2023

### Les déficits de la sécurité sociale

Ces déficits ne sont pas liés à une mauvaise gestion mais aux crises économiques et les réponses qui y sont apportées. En effet, la sécurité sociale est une institution contracyclique, c'est-à-dire qu'elle contre le cycle économique : lorsque qu'il y a de la croissance économique, il y a plus de recettes parce qu'il y a plus de cotisations et donc les recettes de la sécurité sociale sont élevées. A l'inverse, quand il y a une crise économique entraînant du chômage, les recettes diminuent parce qu'il y a moins de cotisations et plus de dépenses du fait des prestations sociales qui ont tendance à augmenter. Par exemple, entre 2008 et 2009 le déficit du régime général est important (passant de - 10 milliards d'euros à - 25 milliards), ce qui correspond à la crise dite des « subprimes » venant des Etats-Unis.

C'est une crise mondiale conduisant à de nombreuses difficultés économiques et à du chômage. En 2010, le gouvernement a décidé de conduire des politiques d'austérité[27] très fortes alors même que cette dette a été contractée à cause d'une crise économique provenant du monde de la finance.

Le recul du déficit de la Sécurité sociale a été dû, en partie, à une reprise de l'activité et à la maîtrise des dépenses avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ainsi, en 2019, le déficit était presque résorbé mais en 2020, l'épidémie liée au Covid-19 a produit un déficit important en raison d'une part du confinement (arrêt total de l'économie) et d'autre part, d'une crise sanitaire qui a conduit à une augmentation des dépenses[28].

Ces déficits montrent une véritable action de la sécurité sociale qui permet aux citoyens, lors de crises économiques de continuer à vivre en amoindrissant les chocs économiques dans une économie capitaliste, et de stabiliser ses effets (en opposition avec les États-Unis dont la population s'est retrouvée dans des situations d'extrême pauvreté pendant la crise des subprimes).

[26] Duval, J. (2007). Le mythe du " trou de la Sécu". Lectures, Les livres.

[27] Math, A. (2017). Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe. La Revue de l'IRES, 9192(1), 17-47.

[28] Zemmour M. (2020), « Les assurance sociales n'ont pas à supporter la dette due au Covid », Le Monde, en ligne.

---

Par ailleurs, selon la loi de financement de la sécurité sociale de 2024[29], les recettes de la sécurité sociale sont supérieures aux dépenses la rendant excédentaire. L'administration de sécurité sociale qui comprend toutes les caisses de sécurité sociale et pas seulement celle du régime général (qui, lui, est souvent en déficit) est en excédent. Ce solde déficitaire est dû à la financiarisation de la sécurité sociale et de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)[30]. Cette caisse a été créée en 1996 et son objectif est de refinancer les déficits de la sécurité sociale. Auparavant, lorsqu'il y avait un déficit de la sécurité sociale, deux stratégies étaient possibles : soit, les cotisations étaient augmentées accroissant de fait les recettes de la sécurité sociale, soit le trésor public c'est-à-dire la banque de l'État prêtait de l'argent à la sécurité sociale. A partir de 1996, par le biais de la CADES, la sécurité sociale a dû payer son déficit et trouver ses financements, seule sur les marchés financiers avec des taux d'intérêt extrêmement coûteux.

### **Les choix politiques engagés lors de crises économiques**

Depuis des décennies, la principale réponse politique apportée aux crises économiques est la modération salariale par les politiques d'exonération de cotisation sociale impactant les recettes de la sécurité sociale. Par exemple, selon Nicolas Da Silva, « la mise en place du CICE (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi) qui est un régime d'exonération de cotisation sociale a coûté 100 milliards d'euros avec des résultats très mineurs, cet argent aurait pu être utilisé pour une autre action, au bénéfice de la santé, comme la résorption des déficits des hôpitaux. A côté de cela, le doublement de la franchise médicale apparaît comme une politique irresponsable en augmentant le non-recours aux soins de la part des patients pour économiser à peine quelques milliards d'euros ».

Il s'agit alors de vrais choix politiques. Peut-on agir sur le citoyen pour lui demander une participation accrue à l'efficacité du système de santé, en lui faisant adopter un comportement « vertueux » ?

## **LA RESPONSABILISATION DU PATIENT**

La responsabilisation du patient consiste à lui faire prendre conscience de la nécessité d'utiliser les droits qui lui sont accordés, sans abus et de manière raisonnable. La responsabilisation vise à mettre en place des incitations à agir, des moyens de pression sur l'utilisateur. Il existe plusieurs leviers d'action : les incitations financières comme le recours au médecin traitant avec parcours de soins coordonné, les franchises médicales et le ticket modérateur. L'éducation thérapeutique, elle, permet une prise en charge par les personnes atteintes de maladies chroniques de leur « capital santé » dans un but d'amélioration de la santé et de maîtrise des dépenses.

La responsabilisation du patient a pour objectif de rendre l'utilisateur vertueux pour assurer un meilleur équilibre du système de santé. Mais un mouvement vertueux, qui vise à obtenir un comportement loyal et raisonnable d'un individu envers un système qui organise et finance certaines prestations, peut-il se révéler dangereux ?

La responsabilisation du patient vise à accentuer son autonomie en faisant peser sur lui une responsabilisation de plus en plus forte qui viendrait mettre à mal l'égalité d'accès aux soins. La responsabilisation du patient vise à accentuer son autonomie en faisant peser sur lui une responsabilisation de plus en plus forte qui viendrait mettre à mal l'égalité d'accès aux soins. De par la participation de l'utilisateur aux décisions individuelles et collectives, elle peut constituer une voie d'amélioration de la solidarité du système de santé mais elle met paradoxalement en avant la question de la justice distributive en matière de prise en charge sociale du risque maladie. Il faut en effet se méfier des risques de dérives comme la normalisation des comportements.

[29] LEGIFRANCE.GOUV, LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. URL : [\[18\] La France est le 5eme plus gros consommateur de médicaments au monde. Référence : https://www.notre-environnement.gouv.fr/IMG/pdf/focus\\_ressources\\_naturelles\\_version\\_complete.pdf](https://www.notre-environnement.gouv.fr/IMG/pdf/focus_ressources_naturelles_version_complete.pdf)

[30] CADES.FR, Caisse d'amortissement de la dette sociale. URL : [https://www.cades.fr/pdf/investisseurs/fr/Cades\\_Social\\_Bond\\_Framework\\_3sept2020VF.pdf](https://www.cades.fr/pdf/investisseurs/fr/Cades_Social_Bond_Framework_3sept2020VF.pdf)

De plus, la sélection des patients peut remettre en cause la solidarité et accentuer les inégalités d'accès aux soins. La solidarité doit demeurer la pierre angulaire de notre système de santé pour assurer l'égalité d'accès aux soins. Il serait alors intéressant de penser la responsabilisation du patient autrement. En effet, les patients sont souvent impliqués dans leur maladie et la connaissent bien ainsi que son impact financier : la notion de partenariat-patient pourrait alors être abordée. Cette notion, qui vient du Québec, renvoie à un haut degré d'implication des patients dans la relation de soin. Il est défini comme la « coopération entre patients et professionnels de santé s'engageant consciemment dans un dialogue délibératif en vue d'une compréhension partagée de la situation de santé qui les rassemble, afin de co-construire un projet en lien avec un objectif commun dans une dynamique de co-apprentissage, de partage de responsabilités et de pouvoir au sein d'une relation équilibrée »[31].

L'apport du partenariat-patient présente de nombreux avantages dans les parcours de soin comme une diminution des incivilités et de l'absentéisme. Des patients rendus plus autonomes permettrait également des temps de soins beaucoup plus cadrés.

Ainsi, poser sur les acteurs de santé une responsabilité qui est massivement celle du cycle économique et des politiques engagées est à interroger. La responsabilisation du patient, qui passe par exemple par la franchise médicale, crée des inégalités alors que finalement au niveau de la sécurité sociale dans son ensemble, l'enjeu est assez mineur. D'autres mécaniques pourraient être questionnées. Le financement de notre santé et les politiques qui en découlent est un véritable débat de société. La responsabilisation du patient dans notre système de santé pourrait être vue différemment en l'impliquant d'avantage dans la relation à l'instar du partenariat-patient.

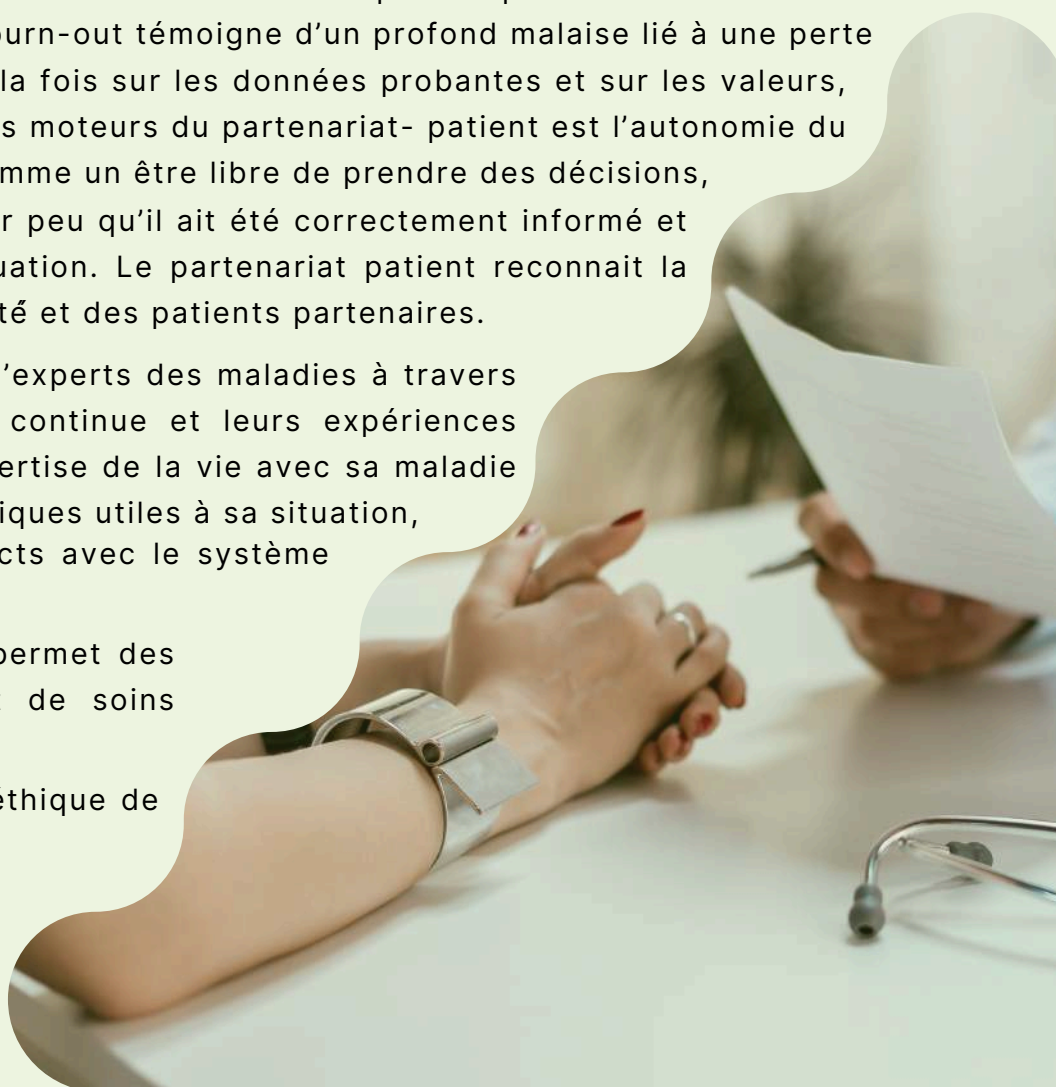
## LE PARTENARIAT PATIENT , UNE NOUVELLE STRATEGIE

Les progrès scientifiques, indiscutablement bénéfiques, génèrent aussi souffrance, plaintes et conflits. Le modèle biomédical, centré sur la maladie, et son corollaire, l'evidence-based-médecine, ont mené trop souvent à une déshumanisation des soins. Les patients dénoncent une médecine technocratique incapable de les entendre dans leur singularité. Du côté des soignants, l'accroissement du burn-out témoigne d'un profond malaise lié à une perte de sens. Le véritable défi est donc de fonder le soin à la fois sur les données probantes et sur les valeurs, afin de relier la science aux personnes. Un des principes moteurs du partenariat-patient est l'autonomie du patient au détriment du paternalisme : il est reconnu comme un être libre de prendre des décisions, en matière de santé comme en toute circonstance, pour peu qu'il ait été correctement informé et qu'il ait les capacités cognitives appropriées à sa situation. Le partenariat patient reconnaît la complémentarité des savoirs des professionnels de santé et des patients partenaires.

Les professionnels ont développé leurs compétences d'experts des maladies à travers leur formation de base, leur parcours de formation continue et leurs expériences cliniques. Le patient a pour sa part développé son expertise de la vie avec sa maladie au fil du temps, mais a aussi acquis des savoirs scientifiques utiles à sa situation, savoir acquis de sa propre initiative et par ses contacts avec le système de soins.

Par le dialogue, la complémentarité de leurs savoirs permet des co-apprentissages et la co-construction d'un projet de soins personnalisé, inscrit dans le projet de vie du patient.

Le partenariat patient se fonde sur « l'intention d'une éthique de la relation à autrui qui l'anime » avec la volonté de ne pas confondre le sujet qu'est le malade avec l'objet qu'est sa maladie, de faire exister l'autre en tant que sujet dans la relation, et le souci de la singularité du sujet, soignant comme soigné.[32].

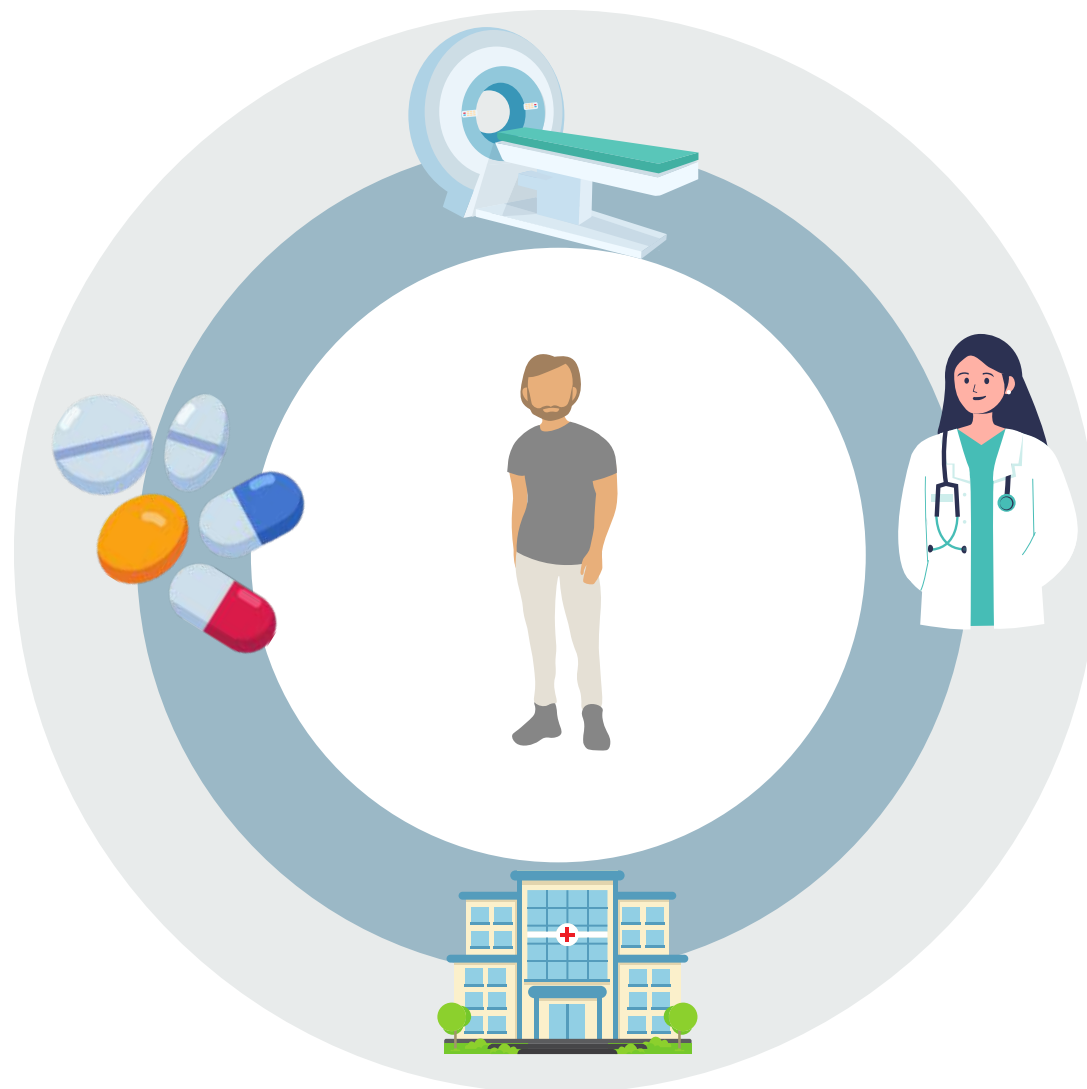


[31] MAISONMEDICALE.ORG, Le partenariat patient : une pratique collaborative innovante incluant le patient partenaire. Site consulté le 20.06.2024. URL : <https://www.maisonmedicale.org/le-partenariat-patient-une-pratique-collaborative-innovante-incluant-le-patient/>

[32] Lecocq, D., Lefebvre, H., Neron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. Soins, 816(1), 17-23.

---

# CONCLUSION



L'équité en matière de santé rejoint le principe éthique de justice et signifie que chaque personne a un accès égal aux possibilités de vivre en bonne santé grâce à des soins ponctuels, appropriés et de qualité, indépendamment de sa situation sociale, économique ou démographique. Les difficultés d'accès aux soins constituent un vrai problème de santé publique qui se traduit notamment par des inégalités territoriales et socio-économiques. Au niveau international, les Nations Unies demandent aux États de garantir aux personnes qui n'en ont pas les moyens un accès aux dispositifs de soins de santé pour éviter toute discrimination. Dans le domaine de l'accès aux soins, le droit est un instrument essentiel de lutte contre les inégalités et un instrument de justice sociale.

Mais dans la réalité, il y a des exigences de rentabilité et d'efficacité du système de santé qui ne doivent pas remettre en cause les principes fondamentaux de solidarité et de non-discrimination dans l'accès aux soins. Repenser l'exercice de la médecine dans un contexte d'offre de soins diminuée, modifiée du fait de la complexité de celle-ci et d'une demande d'offre de soins croissante paraît fondamentale. Aussi, les politiques de santé menées pour garantir l'accès aux soins à tous nécessitent un vrai débat public. Le respect du principe d'égalité d'accès aux soins ne pourra être assuré que par une lutte contre les inégalités socio-économiques et territoriales de santé.

# POUR ALLER PLUS LOIN



## NOS WEBINAIRES EN REPLAY

- ENJEUX ÉTHIQUES DE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE
- ACCÈS AUX SOINS EN PÉRIL : SYSTÈME DE SANTÉ À LA DÉRIVE ?
- PÉNURIE DES MÉDICAMENTS : QUEL IMPACT SUR LE PATIENT ?
- LA E-SANTÉ : LA SOLUTION POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS ?

ET BIEN D'AUTRES THÈMES ENCORE !



@espacedereflexionethiquebf1381



## NOS DOC'ÉTHIQUES À LIRE

- DÉSERTS MÉDICAUX
- E-SANTÉ

ET D'AUTRES SUJETS À DÉCOUVRIR !



[www.erebfc.fr](http://www.erebfc.fr)