

MANIFESTE EGSAM

**VERSION ADOPTEE le 22/10/06
lors de la 4ème Rencontre nationale
de Bobigny**

ETATS GENERAUX DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE-MALADIE (EGSAM)

MANIFESTE ANTI-LIBERAL
POUR LE DROIT A LA SANTE ET A L'ASSURANCE MALADIE

Faisant le constat des actes de résistance au néolibéralisme dans le secteur de la santé et de l'assurance maladie, unis par notre refus de ces politiques néolibérales, nous pensons que le temps est venu pour le mouvement social de proposer des pistes alternatives à la marchandisation et la privatisation de ce secteur en partant des besoins sociaux des citoyens et de leurs familles.

La santé est malade du libéralisme, il y a urgence face aux attaques en cours et à venir. C'est un enjeu pour toute la population que de défendre ce bien commun de l'Humanité.

Nous avons pris l'initiative, par un processus d'éducation populaire tournée vers l'action, de discuter au sein des Etats généraux de la santé et de l'assurance maladie (EGSAM) décentralisés dans les départements sur ce texte. Nous continuerons à élaborer ensemble un texte pour interpeller tous les candidats et formations politiques lors des élections de 2007 et 2008.

Nous nous engageons collectivement à faire de ces élections un vrai débat populaire dans le secteur de la santé et de l'assurance-maladie.

Nous ne soutiendrons aucun candidat en particulier, mais nous prenons l'engagement d'éclairer par tous les moyens à notre disposition (réunions publiques, ateliers de lecture, communiqués de presse, etc.), les citoyens des fondements et des conséquences de chaque programme politique proposé aux électeurs.

Réunis les 21 et 22 octobre à Bobigny (93), nous prenons l'engagement de :

- dénoncer les attaques libérales contre le système de santé et d'assurance-maladie
- continuer à travailler au sein des EGSAM dans le pluralisme le plus large possible
 - renouer avec le principe du Conseil national de la Résistance qui a mis la santé et la protection sociale au cœur du projet politique en s'appuyant sur les besoins sociaux des citoyens et de leurs familles.
- de préparer les mobilisations nationales et européennes qui s'imposent pour un véritable changement de politique (ou de logique)
- rompre avec les logiques néolibérales, initiés par plusieurs rapports (Coulomb, Chadelat,...) et passées en force (Plan Hôpital 2007, le nouveau code de la mutualité de 2001, la loi Douste-Blazy, Loi sur la prévention de la délinquance,... doivent être abrogés)
- de développer des synergies dans toute l'Union européenne pour pouvoir mener le travail d'éducation

populaire et les luttes contre les directives européennes néolibérales dans le domaine sanitaire comme dans le domaine social et médico-social (SSIG, **Annexe 1**)

- de travailler à l'émergence, sous contrôle citoyen, d'un droit à la santé européen, et d'un financement public.

Le passage des Pays-Bas à une logique totalement assurantielle depuis le 1^{er} janvier 2006 montre l'urgence d'une action européenne concertée. (**voir annexe 2**)

A) LA POLITIQUE DE SANTE QUE NOUS VOULONS

1) Actualiser les besoins de santé des citoyens et de leur famille.

Préserver, améliorer et étendre un système de santé solidaire.

Passer d'une logique de soins à une logique de santé

A la Libération, et pendant la période « des 30 glorieuses », le système de soins a permis de réelles avancées.

Aujourd'hui, le retour et le développement des maladies chroniques et de véritables épidémies dans notre pays (cancer, sida, obésité, diabète etc.) nous oblige à penser le passage d'une logique de soins à une logique globale de santé fondée notamment sur une politique de prévention (éducation à la santé, diminution des facteurs de risque, dépistage) intégrant autant les facteurs de risques sanitaires qu'environnementaux, sociaux et professionnels. Cela nécessite que les services de santé scolaire et au travail aient des moyens réels (financiers et humains) nécessaires à leurs missions redéfinies.

Cela nécessite une nouvelle politique en matière de recherche (maladies professionnelles, pathologies liées au vieillissement, etc.)

La question de la santé apparaît ainsi comme une question globale liée intimement au bien-être physique et moral de l'humain dans tous les espaces de la vie. L'assurance-maladie doit devenir une assurance-santé dont la mission et les actes doivent être dépourvus de but lucratif.

2) L'accès aux soins

La tendance à l'accroissement de la pauvreté et des inégalités sociales nous oblige à repenser le système de santé pour que nous puissions dire que notre système procure la prévention et les soins de qualité pour TOUS quels que soient les conditions de vie.

Le système de santé ne doit pas être utilisé à des fins de contrôle social.

La prévention et l'accès aux soins doit être abordée comme un droit fondamental de tout être humain, quelles que soient sa nationalité ou ses conditions sociales.

Ce droit doit être opposable (**Voir annexe 3**).

Pour cela il est nécessaire de passer d'une logique de soins à plusieurs vitesses à une prise en charge de 100 % par la sécurité sociale de la prévention et des soins, à une sécurité sociale sans exclusion, le seul critère étant la présence sur le territoire.

B) LES MOYENS DE NOTRE POLITIQUE DE SANTE

Les pathologies nouvelles connues et futures ainsi que l'allongement de la durée de la vie et des progrès de la médecine moderne nous amènent à faire le choix d'une augmentation de l'offre de santé. Nous sommes donc appelés dans les années à venir à relever le défi qui nous est lancé de trouver les moyens d'équilibre financier de notre système de santé et sa pérennité pour les générations futures. Les solutions préconisées à ce jour en France et en Europe ne visent qu'à un seul objectif, livrer la protection sociale aux assurances privées institutions spéculatives mondiales, l'inscrire dans des logiques concurrentielles ouvrant la voie à la marchandisation de la santé, avec une réduction des dépenses publiques, un encadrement autoritaire de leur évolution et le transfert du financement socialisé sur les usagers, en laissant à l'Etat les dépenses non rentables.

Nous refusons de considérer la santé comme un marché rentable, mais au contraire comme un investissement profitable aux citoyens et à la société.

1) les moyens financiers (**annexe 4**)

Il sera dégagé des moyens nouveaux pour financer une politique de prévention et de promotion de la santé.

Le financement de la sécurité sociale ne peut pas fonctionner à budget constant , mais plutôt en pourcentage de la richesse produite par tous les travailleurs.

Financée par le travail, la protection sociale est rongée par le chômage, la précarité, les bas salaires et l'exonération des cotisations sociales accordée massivement au patronat.

La création d'emplois et l'augmentation des salaires sont au cœur d'une réforme progressiste pour répondre à l'augmentation des besoins en matière de santé.

De ce point de vue, nous préconisons de rompre avec une logique de diminution de la part des revenus du travail et des cotisations sociales dans la valeur ajoutée (10% du PIB en un quart de siècle soit plus de 170 milliards d'euros par an) pour favoriser une logique de financement public et solidaire basé sur la cotisation sociale. Une taxe sur les profits financiers non réinvestis dans l'investissement productif abondera la cotisation sociale.

Il est donc nécessaire d'entrer dans un cycle de reconquête de la part des revenus du travail et des cotisations sociales dans la richesse produite aux fins de répondre aux besoins sociaux globaux pour toutes

les caisses de sécurité sociale(santé et assurance-maladie, retraites, familles, handicap).

Nous proposons que soit étudié le système obligatoire d'assurance-maladie d'Alsace-Moselle.

L'Etat ne sera pas autorisé à prélever sur le budget de la sécurité sociale les moyens financiers nécessaires à équilibrer les comptes de la nation.

2) la démocratie sanitaire (**annexe 5**)

Le caractère efficace et nécessaire de la prévention et des soins pris en charge à 100% ne peut être défini que dans le cadre d'une démocratie sanitaire. Pour que les besoins soient le seul moteur du système de santé, nous préconisons de passer d'une double logique de privatisation et d'étatisation de la Sécurité Sociale à une Sécurité Sociale solidaire gérée dans la transparence par les représentants élus des assurés sociaux sur listes syndicales et associatives en concertation avec les élus locaux et les professionnels de santé.

Toutes les pratiques médicales devront être testées, contrôlées avec transparence par la nouvelle démocratie sanitaire. Les innovations et les choix ne sont pas à laisser aux Ordres et experts autoproclamés(HAS,...). C'est l'affaire de tous et toutes au plan local, régional et national: personnels, usagers des associations militantes, représentants des salariés,... pour l'élaboration collective de la politique de santé et le contrôle des structures administratives(actuellement ARH, URCAM,...)

3) les moyens humains

Nous proposons que la densité médicale et paramédicale soit adapté aux besoins sociaux évalués pour les générations futures et que la répartition de ces professionnels se fasse sur une base sociodémographique. Il sera donc nécessaire de remettre en cause la liberté d'installation qui nous a conduit à une impasse.

Par ailleurs, nous préconisons que l'ensemble des formations relèvent du secteur public.

4) l'organisation déconcentrée de la politique de santé

L'Etat assurera la coordination sur l'ensemble de la protection sociale, car il est le garant de l'égalité des citoyens à l'accès aux soins sur tout le territoire.

L'organisation régionale des services de santé doit permettre de mieux connaître les besoins de santé ; elle doit cesser de déléguer à des « experts » hors du contrôle citoyen, l'organisation de la politique médicale, médico-sociale et hospitalière selon des critères qui ne sont pas la satisfaction des besoins de santé.

C) UN NOUVEAU SYSTEME DE SANTE

Pour transformer notre système de santé, nous proposons les pistes suivantes :

1) Prévention

Il nous faut promouvoir la prévention sans vouloir imposer la santé.

1a) Prévention et Promotion de la santé

(**annexe 6**).

Nous préconisons de faire de la prévention un des axes stratégiques de notre système de santé, par l'éducation à la santé, la diminution des facteurs de risque et le dépistage. Les actes de prévention doivent être proposés à intervalle régulier et pris en charge à 100%.

Il faut se donner la volonté politique et les moyens d'y parvenir notamment en encourageant la recherche publique et la stricte application du principe pollueur/payeur.

1b) Santé au travail (**annexe 7**)

Faire de la santé au travail un acteur à part entière du système de santé. Ce qui suppose de repenser « la médecine du travail » et ses statuts. Elle devra participer à la lutte contre la précarisation des salariés et la dégradation des conditions de travail. Il faudra mettre fin à sa gestion par les employeurs pour l'intégrer dans le service public. Cela va de pair avec une démocratisation des structures représentatives des salarié(e)s à l'entreprise et une indépendance financière et professionnelle des services de santé au travail.

La prise en charge financière en AT ou MP est assurée exclusivement par les employeurs, c'est la raison pour laquelle les employés subissent des pressions pour ne pas déclarer leurs accidents de travail et maladies professionnelles, ou pour les déclarer en maladie.

La législation des MP doit être respectée et réactualisée pour reconnaître plus largement ces risques.

La prise en charge à 100% doit être totale dès le premier mois. Le préjudice financier, moral et professionnel (évolution de carrière...) ainsi que les revenus de remplacement doivent être évalués et réparés totalement et systématiquement. Il faut adapter en conséquence les conditions de travail reconnues à l'origine des AT et MP.

1c) Santé scolaire

Il faut rompre avec la pénurie et la situation déplorable des services de santé scolaire.

Nous proposons une visite annuelle obligatoire de tous les élèves de l'éducation nationale et du personnel en milieu scolaire, ainsi qu'un accompagnement dans l'accès aux soins et à la prévention. Ce qui nécessite d'augmenter en conséquence l'ensemble des postes médicaux, paramédicaux, et sociaux ; et de préserver leur autonomie professionnelle.

2) la recherche et l'industrie pharmaceutique, biomédicale et biotechnique (**annexe 8**)

Passer d'une recherche pharmaceutique financée principalement selon une logique capitaliste à l'émergence d'un pôle public de recherche du médicament et d'information médicale financé par des fonds publics, dans l'attente d'un dispositif européen de recherche de médicaments en charge des orientations, de la gestion, de la recherche et du contrôle. Ce pôle sera financé lui aussi sur les fonds publics.

Les procédures d'autorisation de mise sur le marché, l'évaluation et le remboursement des médicaments devront être plus transparentes et réalisées par une structure publique.

Il convient de simplifier et faciliter la déclaration des effets secondaires des médicaments et de tenir compte de ces déclarations lors de la révision tous les cinq ans de l'autorisation de mise sur le marché.

L'agence européenne du médicament devra permettre une utilisation publique des découvertes.

3) Formation et information médicale et paramédicale
Nous exigeons la transparence et l'indépendance vis à vis des forces commerciales et de l'industrie pharmaceutique :

- en créant une structure publique d'information médicale.

- en assurant l'indépendance de la formation médicale et professionnelle initiale et continue à l'égard de l'industrie pharmaceutique en interdisant le financement direct par l'industrie pharmaceutique de ces actions de formation. Prévoir un financement public de la formation continue.

Renforcer les moyens de contrôler la publicité sur les médicaments, et assurer la transparence de l'information sur les médicaments en direction du grand public.

4) Propriétés intellectuelles

Nous oeuvrerons contre le brevetage du vivant.

Un débat concernant les médicaments génériques et copies sera organisé.

5) L'hôpital (**Voir annexe 9**)

Passer des restructurations - privatisations de l'hôpital public, accélérées par le plan hôpital 2007 à un véritable service public hospitalier.

S'opposer à toute privatisation rampante de l'hôpital.

Obtenir le retrait du plan hôpital 2007 et de la tarification à l'activité et élaborer un nouveau schéma régional d'organisation sanitaire et sociale. Le financement des établissements hospitaliers ne doit plus se faire par le système exclusif de la tarification à l'activité favorisant les services se spécialisant dans des activités hautement techniques (donc rentables par ce système) et défavorisant les services devant prendre en charge aussi les besoins médico-sociaux. Nous devons séparer la dotation du contrôle de l'activité ; le contrôle et l'évaluation doivent se faire à posteriori. Il ne faut pas, non plus, revenir au budget global dont l'effet pervers était de favoriser l'immobilisme de certains et en conséquence la mauvaise qualité des soins. Nous voulons que l'évaluation des besoins soit faite par les professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs, les élus locaux et représentants des assurés sociaux comme des usagers.

Le financement des établissements hospitaliers doit se faire à partir d'une évaluation des besoins fondée à la fois sur le coût des activités techniques et sur des objectifs de prise en charge médico-sociale. Cela ne sera réalisable que par la mise en place d'une authentique démocratie sanitaire nécessitant évaluation et contrôle.

Un programme d'intégration progressive des cliniques privées dans le secteur public doit être établi pour supprimer la rémunération des actionnaires de ces établissements.

Enfin le maillage des établissements hospitaliers doit se faire par l'élaboration d'un Schéma d'Organisation Sanitaire opposable établi tous les 5 ans par un processus de concertation impliquant tous les acteurs (usagers, professionnels, assurance maladie

et organismes d'état) et dont la décision doit être prise en lien avec les élus politiques.

Revaloriser l'ensemble des professions de santé (salaires, conditions de travail, etc.).
Instituer une véritable démocratie à l'hôpital associant usagers, personnels et élus aux prises de décision (projets médicaux, budgets, etc.)

6) Psychiatrie (annexe 10)

La psychiatrie est susceptible, particulièrement dans le contexte social actuel, de renforcer le contrôle social, au service de l'idéologie dominante.

Il faut rappeler que la fonction première de la médecine, et donc de la psychiatrie et des acteurs de soins, consiste à prendre en compte et à soulager la souffrance des individus, sans discrimination ; Elle ne doit pas être utilisée comme auxiliaire de justice, ou utilisée comme garant d'une prétendue paix sociale (voir les articles concernant la psychiatrie dans la loi dite de prévention de la délinquance).

Pour autant il convient de dénoncer les facteurs sociaux et environnementaux qui interviennent dans l'émergence de la souffrance psychique et l'évolution des troubles mentaux : précarité économique, dégradation des conditions de travail (chômage, stress, harcèlement, ...) dégradations des conditions d'existence (logement...), et de l'environnement, discrimination sociale et raciale....

La stratégie agressive des laboratoires pharmaceutiques, qui tend à proclamer les psychotropes comme traitement privilégié de l'ensemble des troubles mentaux et à imposer une surconsommation médicamenteuse, doit être combattue.

En conséquence, il est urgent non seulement de sortir la psychiatrie du rôle d'outil de contrôle social que le système sécuritaire néo-libéral voudrait lui attribuer, mais surtout de la requalifier, avec ses acteurs soignants, dans sa fonction thérapeutique ; il faut la doter de moyens humains et matériels en correspondance avec les besoins de la population - et non uniquement en concordance avec une masse budgétaire « au rendement », « valorisée » par l'activité ! Il apparaît urgent de restaurer et d'actualiser la politique originelle du Secteur Psychiatrique : mise à disposition d'un groupe de population, sans discrimination, d'une équipe de professionnels en accès libre, gratuit et anonyme dans le respect des missions de service public en évitant toute psychiatrie de la société.

6bis) Toxicomanies

Nous voulons contribuer à l'émergence d'une autre relation de la société aux drogues et aux toxicomanies, et refonder, avec l'ensemble des acteurs concernés (associations généralistes et spécialisées, élus, professionnels, citoyens...), le sens d'une action politique en la matière.

Il faut initier des politiques publiques novatrices de prévention, respectant les personnes.

En matière de réduction des risques, il est temps de se donner les moyens de développer des expérimentations nouvelles, et d'encourager les dispositifs d'accompagnement faisant place à la parole. Il faut aussi renforcer l'aide sociale.

7) Développement du système de santé de premier recours

Développement d'un système de santé de 1ère recours avec création de centres de santé de proximité, d'hôpitaux et de maternités de proximité. La tendance à la fermeture des hôpitaux, des maternités et des centres de santé doit être inversée : c'est bien grâce à la création de nombreux établissements de proximité que nous obtiendrons une meilleure carte sanitaire dans notre pays. Les personnels paramédicaux seront affectés dans ces centres. Les postes médicaux et para médicaux dans ces centres de proximité seront soit des postes salariés à temps plein ou à temps partiel. Cette proposition part du principe que le paiement à l'acte ne favorise pas l'intégration de tous les actes de prévention (éducation à la santé, diminution des facteurs de risque, dépistage) dans le cadre du système de santé. Une coordination loco-régionale assurera le développement des réseaux de santé organisés dans les établissements de proximité. Nous aurons donc dans la période de transition deux filières de soins, l'une avec des médecins salariés ou payés au forfait, l'autre en médecine de ville payée à l'acte. Une évaluation au bout de 5 ans sera débattue au sein des instances de la nouvelle démocratie sanitaire pour amender ce système dual. Pour certains postes médicaux (gynécologues, chirurgiens etc.), ils seront rattachés au CHU le plus proche et pourront intervenir sur plusieurs centres pour répondre aux besoins des populations.

8) Centres hospitaliers de deuxième recours
Les centres hospitaliers de deuxième recours (CHU notamment) auront à leur charge la gestion des personnels médicaux des centres de proximité.

9) Médecine de ville (ambulatoire) (annexe 11)

Pour la médecine de ville, nous proposons :

- la suppression de tous les dépassements d'honoraires et la suppression du secteur 2.
- l'augmentation de la prestation de secteur 1.
- le remplacement progressif du paiement à l'acte par un autre mode de rémunération sera nécessaire et fera l'objet d'un débat public.
- le développement des réseaux de santé, lieu des pratiques coopératives non hiérarchiques entre les acteurs de la santé ; en y associant l'expérience et les savoirs des usagers.

10) Centre de santé (annexe 12)

Le paiement à l'acte, les tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie ne permettent pas la viabilité des centres de santé de proximité. Il sera recherché, aux côtés des collectivités territoriales, d'autres formes de financement pour permettre l'équilibre financier et l'extension de ces centres de santé, notamment pour les investissements et le fonctionnement matériel de ces établissements. Un statut des personnels médicaux et paramédicaux propre à chaque type de centre de santé sera négocié avec les organisations syndicales.

Il sera mis en place le Conseil National des Centres de Santé.

11) Handicap et vieillissement (**annexe 13**)

Répondre aux besoins liés au handicap et au vieillissement des populations en développant un service public de maintien à domicile et de l'hébergement, de soutien aux familles et en assurant la prise en charge à 100% de la perte d'autonomie par l'assurance maladie et non par la CNSA.

12)laïcité économique

Conformément au principe de laïcité économique de séparation de la sphère publique et de la sphère privée hospitalières, nous proposons :

- la suppression des consultations de secteur privé et des lits de secteur privé dans l'hôpital public
- la suppression radicale de toute sélection par le risque (sélection par l'âge, par le dossier médical, etc.) qui entraînera l'éviction des multinationales des assurances privées.
- suppression du financement socialisé aux établissements privés lucratifs.
- Nous refusons que le maintien et le développement des services publics de protection sociale soient amalgamés avec les SSIG (Services sociaux d'intérêt général). Cette catégorie n'existait pas auparavant. Elle vise à soumettre les services publics à la concurrence et les soustraire au contrôle citoyen. Nous avons dit NON à la marchandisation des services publics en refusant le Traité constitutionnel européen et la directive Bolkestein. La Commission européenne tente aujourd'hui de la réintroduire par le biais de ses SSIG.

13)Equipements publics

Un plan pluriannuel de constructions d'équipements publics devra être mis en place par la nouvelle démocratie sanitaire pour les personnes âgées, les personnes dépendantes, les personnes souffrant de démence, les personnes handicapées, les personnes en fin de vie.

Des structures dans un cadre de services public seront créées pour permettre l'aide au maintien au domicile, ou une alternative à l'hospitalisation pour les personnes dans l'incapacité temporaire ou permanente de subvenir seules à des besoins essentiels.

14)Secteur dentaire (**Voir annexe 14**)

L'état déplorable de la santé buccodentaire reflète de manière d'autant plus intolérable les inégalités de santé qu'il est possible de prévenir et de palier ces problèmes en associant la mise en place d'un véritable système de santé publique dentaire à une amélioration de la prise en charge des dépenses qu'ils occasionnent.

Cela suppose une prise en charge à 100% des soins conservateurs, comme préventif, prothétiques, orthodontiques,... par une nouvelle nomenclature correctement rémunérée et opposable aux praticiens par convention. Elle doit permettre à tous l'accès aux nouvelles techniques et une pratique médicale digne de notre temps. Il faut mettre un terme à la privatisation de ce secteur qui laisse aux seuls partenaires sociaux le soin de définir les besoins en matières de santé publique dentaire.

Il faut se donner les moyens d'avoir un véritable service public de soins dentaires, notamment hospitalier, très insuffisamment développé en France. Il faut créer une filière spécifique odontologique de prise en charge des personnes dépendantes. Il faut enfin se doter d'un véritable programme national de prévention buccodentaire collectif, et individuel en cabinet, durant toute la vie, ceci en prenant en compte les populations à besoins spécifiques.

15) IVG, contraception et Droits des femmes (**annexe 15**)

Nous exigeons une prise en charge à 100% de tous les moyens contraceptifs. Un développement des structures de proximité, de planning familial et d'orthogénie (qui doit rester dans le service hospitalier public mais indépendantes des services de gynéco obstétrique) pour répondre aux besoins d'éducation, d'IVG et de contraception ainsi qu'à l'accueil des femmes victimes de violences.

16)La mutualité(**Voir annexe 16**)

Le remboursement à 100% des soins efficaces et nécessaires entraîne la suppression progressive de la complémentaire santé. Aussi, nous préconisons :

- la création d'un nouveau Code de la mutualité solidaire en lieu et place du Code de 2001 assis sur une logique assurantielle.
- un plan pluriannuel de développement d'une mutualité ouverte à tous autour d'une pratique solidaire
- le développement des centres de santé mutualistes
- le développement de la mutualité dans l'aide médicale et paramédicale à domicile
- le développement de la mutualité dans les actions de prévention.

Une concertation régulière des associations d'usagers et du mouvement mutualiste permettra de mener une réflexion sur l'ensemble des conditions de la santé

17) Autorités de santé (**annexe 17**)

Nous appelons à la transformation de l'ensemble des autorités de santé existantes pour répondre à nos exigences et à la démocratie sanitaire.

18) L'Europe (**voir annexe 18**)

La France doit œuvrer au sein des structures européennes à une politique qui permette d'offrir une alternative sociale, humaniste, solidaire et écologique. Elle doit agir pour que l'Europe mette en place une harmonisation par le haut et définisse un cadre commun public de protection sociale obligatoire pour l'ensemble de la population.

19)Structures internationales

Dans le cadre d'un OMS rénové et indépendante de l'OMC, la France contribuera à :

- Création d'un observatoire mondial de l'invention des médicaments structure universitaire sous la forme d'un observatoire des modes d'invention. Toutes les procédures concernant la manière dont chaque médicament est inventé seraient archivées.
- Création d'un observatoire mondial des essais

cliniques

- Création d'une agence mondiale des médicaments.

20) Ethique et droit des patients

Au-delà du secret professionnel ou médical, il faut garantir le droit de la personne vis-à-vis des soins qui la concernent et le respect de son intimité et de son intégrité physique et mentale.

Il convient de réaffirmer notamment la nécessaire appropriation, par le patient, des informations médicales qui l'intéressent et de rechercher son consentement pour tout stockage, échange ou partage de ces données, par quel que moyen que ce soit (carte vitale, fichiers informatisés, dossier médical personnel, ...).

Le droit de mourir dans la dignité doit être légalement reconnu.

L'accompagnement des personnes en fin de vie doit être facilité et organisé, notamment par le développement de structures de soins palliatifs (ambulatoires et hospitalières).

Les prestations à la personne seront étendues, tant sur le plan matériel que médical, paramédical et psychologique, pour les personnes concernées et leur entourage (à l'image des protocoles existant déjà dans d'autres pays européens).