



?



quelle  santé  après **PRÉSIDENTIELLE 2012 ?**



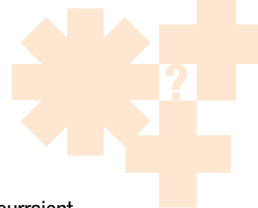
Longtemps le système de santé français a été cité en exemple. Il y a seulement dix ans, l'Organisation mondiale de la santé le plaçait au premier rang mondial !

Aujourd'hui, ce système de santé est en danger : dépassements d'honoraires exorbitants, difficulté grandissante à trouver un médecin en proximité de son domicile ou de son lieu de travail, refus de soins toujours opposés à certaines catégories de personnes, renoncements de plus en plus fréquents de certains de nos concitoyens qui n'ont plus les moyens de financer leurs soins, absence de coordination des soins pour des patients qui en ont pourtant grand besoin, trop faible attention aux malades de la part des professionnels de santé comme de notre société.

Du côté du financement des besoins de santé, cela ne va pas mieux. L'Assurance maladie rembourse de moins en moins les soins courants. Franchises et forfaits pesant sur le citoyen sont devenus monnaie courante. Malgré cela, l'endettement de l'Assurance maladie est considérable et nous ne faisons que peu d'efforts pour trouver de nouvelles ressources. De leur côté, les complémentaires se sont lancées dans une politique de sélection tarifaire : selon le montant de votre cotisation elles prennent plus ou moins en charge les frais de santé.

Autant de raisons pour que l'accès aux soins, absent de la présidentielle en 2007, soit à l'ordre du jour en 2012 !

Christian Saout,
Président du Collectif Interassociatif Sur la Santé



Y'a du monde dans les déserts médicaux !

Le terme « déserts médicaux » a fini par s'imposer. Il recouvre cependant des réalités différentes. Le désert médical n'est pas forcément en zone rurale. Ainsi, trouver un généraliste à tarifs opposables qui accepte de nouveaux patients, dans certains quartiers parisiens ou des grandes villes françaises, tient de la gageure. Et, dans d'autres territoires, trouver certains spécialistes conventionnés dans un rayon de moins de 80 kilomètres est parfois impossible.

Il y a trois solutions. Les **mesures incitatives**, autrement dit des bonifications financières offertes aux médecins pour s'installer dans les zones « sous-denses », là où il n'y a pas assez de médecins. La France a essayé, ça ne marche pas et c'est ruineux. On arrose le sable : des dizaines de millions d'euros dépensés en vain. La deuxième solution, c'est la **contrainte**. Mais il n'y a aucune raison que ce soit les jeunes médecins qui s'y collent. D'ailleurs la contrainte est ressentie comme inacceptable par tous les médecins, jeunes ou vieux. Reste donc la solution des **mesures désincitatives**. C'est, par exemple, le fait de ne pas conventionner de nouveaux médecins qui s'installent dans des secteurs déjà surdotés en médecins. C'est une solution qui n'a pas encore été essayée pour les médecins, mais qui en revanche est déjà appliquée avec un certain succès à d'autres professionnels de santé et en particulier aux infirmier(e)s libéraux/ales.

D'autres solutions, plus structurelles, pourraient être tentées :

- L'ouverture de **centres publics de santé** offrant des consultations et des actions d'accompagnement à une population donnée. Comme cela a pu être fait en France quand certains professionnels de santé ne voulaient pas s'installer dans les banlieues, dans les années cinquante. C'est tout à fait possible puisque le droit prévoit que dans le domaine de la santé, en cas de carence de l'initiative privée, les pouvoirs publics peuvent organiser eux-mêmes le service de santé.

L'accès de tous à des soins de qualité, pensé en 1945, dans une France appauvrie par la guerre, nous y renoncerions alors que nous sommes infiniment plus riches qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale ?



- Des professionnels déjà en place (pharmaciens, infirmiers,...) pourraient permettre l'orientation et le suivi des malades, leur évitant d'aller à l'hôpital ou dans une consultation éloignée. C'est ce qu'on appelle la **délégation de tâches**.

- Des **postes de santé avancés** pourraient aussi avoir leur utilité, s'appuyant sur les nouvelles technologies de la communication pour la consultation ou l'avis à distance.

- Un basculement vers une **rémunération majoritairement au forfait** des médecins de premiers recours, en particulier des généralistes, afin de les amener à s'installer naturellement en fonction de la répartition de la population sur le territoire. Bien entendu, le montant des forfaits appliqués pourrait être pondéré en fonction du volume et des caractéristiques de la patientèle. ■■■





■ ■ ■ **Désinciter, contraindre, innover dans l'organisation ?** En tout cas ne rien faire serait dramatique pour l'accès aux soins, pour la santé publique, et pour le respect de la vie.

Ma santé, mon porte-monnaie. . .

Aïe, Aïe, la santé coûte de plus en plus cher. Pour beaucoup de Français, la question n'est même pas de savoir où trouver un médecin, mais combien cela coûte ! Des enquêtes menées par les pouvoirs publics et par les associations montrent que de plus en plus souvent nos concitoyens renoncent aux soins. Pas seulement, mais souvent pour des questions d'argent. **Parce que l'on n'a pas assez de ressources pour payer une "bonne" mutuelle et que l'on est exposé aux dépassements d'honoraires. Y compris à l'hôpital.** Alors, on nous dira toujours que les dépassements d'honoraires sont concentrés en région parisienne et dans certaines spécialités. C'est curieux comme nos vies ne ressemblent jamais aux statistiques : pourtant qui n'a jamais eu pour lui-même ou dans son entourage cette question ?

Ce sont les Français qui pâtissent collectivement de l'incapacité à gérer correctement un système de santé.



Comme la santé n'est pas assez chère, voilà que certains veulent créer un troisième secteur, habilement appelé le secteur optionnel. Demain, il y aura donc trois tarifs : le tarif dit « de la sécu », le tarif à dépassement d'honoraires

libres, et le tarif à dépassements d'honoraires plafonnés. Quelle pagaille ! Et quel aveu : l'accès de tous à des soins de qualité pensé en 1945, dans une France appauvrie par la guerre, nous y renoncerions alors que nous sommes infiniment plus riches qu'en 1945 !!!

Sous le tapis, la dette

Nous avons tous oublié que l'Assurance maladie ne remboursait au départ que les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Ce n'est qu'au fil du temps et parce que la croissance était là, qu'elle a commencé à prendre en charge le remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux, par exemple. Mais, dès les années 1980, il a fallu recourir à l'endettement pour financer la dépense de santé. Pour finir, la dette a été englobée dans une caisse pour le remboursement de la dette sociale, la CADES. C'est pourquoi nous payons chaque mois une cotisation pour le remboursement de la dette sociale : la CRDS. Ce sont les Français qui payent collectivement par cet impôt qui ne dit pas son nom, l'incapacité à gérer correctement un système de santé. Nous tous aujourd'hui, et nos enfants demain, auront à éponger plusieurs milliards d'euros.

Dépenser mieux ?

Est-ce possible ? Incontestablement. Chacun a bien compris que la prescription de médica-

ment comme le prix du médicament étaient trop élevés. Aux médicaments anciens, peu coûteux ou génériques, les médecins préfèrent les molécules nouvelles, dont une partie ne justifie pas leur prix car elles ne comportent pas de réelles innovations. Mais ce n'est sûrement pas l'opération de nettoyage annoncée dans les médicaments qui va rééquilibrer les comptes de l'Assurance maladie.

Il faut envisager des mesures structurelles. Ce qui doit guider la réforme du système c'est l'idée du soin approprié aux besoins de la personne. C'est là que résident les économies. Dans **l'amélioration de la coordination des soins**, des liens entre la médecine de ville et l'hôpital, du chaînage entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale afin d'éviter l'errance des usagers du système de santé qui conduit trop souvent à des renvois non préparés au domicile et ensuite à des réadmissions coûteuses à l'hôpital. Des travaux viennent par exemple d'être conduits sur les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire le nombre de lits occupés de façon non pertinente. Façon polie de parler des personnes qui n'ont aucune raison d'être maintenues à l'hôpital : on apprend ainsi que 10 % des malades séjournent sans raison à l'hôpital, cela fait à peu près 3 milliards d'économies. Il y a aussi d'importantes économies à faire grâce à la lutte contre la iatrogénie. Commençons donc par cela. Au lieu de quoi, on vient de supprimer le remboursement à 100 % pour des pathologies graves comme l'hypertension artérielle sévère !

Dépenser plus ?

Cela va s'avérer nécessaire. Car à force de retarder les réformes, notre système de santé est en difficulté. Ce n'est que très récemment que nous avons accepté de créer des maisons et des pôles de santé où la coordination des soins est plus aisée. Mais cela ne suffit pas, plus nombreuses sont les structures qui sont dotées de personnels d'accompagnement. Or, nous visons une « transition épidémiologique » comme l'appellent les scientifiques : **l'explosion des maladies chroniques et des polyopathologies.** Bien sûr, nous avons toujours besoin de traitements ou d'une intervention chirurgicale à un instant donné, mais nous sommes de plus en plus nombreux à devoir **vivre avec des traitements au long cours**, et parfois pour plusieurs maladies en même temps. Pour ceux-là, une fois le diagnostic et la prescription passés, c'est l'abandon. Rares sont les « points de conseils », en dehors de la pharmacie, où l'on peut parler des effets secondaires ou bénéficier d'une orientation. Il n'y a **personne pour « accompagner » le malade** en dehors des initiatives associatives ou du seul programme de l'Assurance maladie pour les diabétiques. C'est le défi de demain.

Les innovations technologiques et cet accompagnement, indispensable pour des raisons d'efficacité et de dignité, constituent deux raisons de voir le coût de la santé croître encore.

Ce qui doit guider la réforme du système c'est l'idée du soin approprié.



Enfin, nous ne pouvons éternellement repousser **l'investissement dans la santé publique** sous prétexte que nous avons déjà assez à faire à financer les soins. C'est ne pas comprendre que les investissements d'aujourd'hui dans la prévention et la promotion de la santé sont les économies de demain sur le coût des soins. De nombreux experts estiment même que dans certains domaines le retour sur investissement est rapide, notamment dans le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

Où trouver l'argent ?

Franchement, on ne manque pas de solutions. La Cour des comptes en a fait la liste. Et il s'en trouve qui n'impacteront pas les entreprises, inutile donc de dire que cela va augmenter le coût du travail et rendre notre économie moins compétitive...

Plusieurs propositions sont sur la table : extension de la CSG à tous les revenus, augmentation de la CSG, TVA sociale sur certains produits, réduction de certaines niches fiscales...

Le système américain, qui est parmi les moins solidaires, est aussi le plus coûteux.



Qu'attend-on pour en débattre ? Un quinquennat s'est écoulé depuis que cela avait été promis par le président de la République en 2008 lors d'un débat qui se tenait au Sénat. À reculer ce type d'échéance on ne gagne rien. La preuve : les comptes de l'Assu-

rance maladie sont toujours déséquilibrés... alors qu'en Alsace-Moselle l'assurance-maladie est équilibrée. Étonnant non, ce serait possible à Strasbourg, Colmar et Metz et pas dans le reste de la France ?

Comment rester solidaire ?

Cela non plus n'est pas impossible. Au surplus c'est une exigence pour garantir la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Car le système américain, qui est parmi les moins solidaires, est aussi le plus coûteux. Plus de 16 % de la richesse nationale est consacrée à la santé... tout en produisant les plus grandes inégalités. **La solution ne passe donc pas par les assurances privées « à l'américaine ».** D'ailleurs, on le voit bien, nos concitoyens qui paient le plus lourd tribut à la domination des assurances privées sont ceux qui ne peuvent plus s'offrir une complémentaire : on ne cesse de relever le plafond de ressources pour l'aide à l'accès à la complémentaire santé ! Ces complémentaires, nous les avons vues augmenter chaque année depuis plus de dix ans comme si cela était naturel... alors que leurs prestations sont de moins en moins généreuses. Il faut y mettre bon ordre. **S'il y a un socle assurantiel privé, il doit être obligatoire sur la base d'un contrat type connu de tous.** Quitte à mobiliser la solidarité pour ceux qui ne peuvent pas se payer ce socle assurantiel en généralisant l'aide à la complémentaire santé. L'effort à conduire n'est pas si grand.

Et la dépendance alors ?

Après qu'elle a été annoncée et que l'on a mobilisé des milliers d'heures de réunion pour la préparer, la réforme de la dépendance a été reportée au printemps 2012 autant dire aux calendes grecques. Pourtant, de l'avis commun, **il ne suffisait que de réunir un milliard d'euros.** Quand on sait que le budget de la santé équivaut à près de 200 milliards d'euros, l'effort pouvait et devait être fait. Les niches fiscales, rappelons-le, coûtent 75 milliards d'euros. Toutes ne sont pas à supprimer car une part d'entre elles soutiennent la croissance, mais là aussi **des choix sont à débattre puis à opérer.**

Notre santé, notre bataille...

La solidarité pour l'accès de tous à des soins de qualité doit être au cœur de notre combat. Il faut penser à ceux qui sont le plus concernés : tous ceux qui ont un jour été contraints de renoncer aux soins de façon ponctuelle et qui de plus en plus sont contraints de le faire durablement. Nous avons su développer des solutions comme la Couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide médicale d'État, mais à force de générer des inégalités d'accès aux soins nous passons notre temps à courir après l'universalité. Si la consommation de soins des personnes bénéficiaires de la CMU est statistiquement

comparable à celle des autres Français, il reste encore des efforts à faire. D'abord parce que le renoncement aux soins n'est pas que financier, l'organisation du système de soins, les contraintes administratives, le manque d'information et les attitudes des soignants y conduisent aussi. C'est ainsi qu'on estime qu'un million de bénéficiaires potentiels de la CMU ne font pas ou plus les démarches pour l'obtenir sans qu'aucune politique d'ampleur nationale ne soit mise en place pour aller rattraper ces oubliés du système dont nous ne doutons pas que sans couverture santé complémentaire et avec des revenus inférieurs à 639 euros par mois, leur rapport au système de soins doit être pour le moins parcimonieux. Ensuite parce que **ce sont maintenant les populations disposant de revenus un peu plus élevés qui sont elles aussi affectées par le renchérissement de la santé :** alors que la retraite moyenne des femmes s'établit en France autour de 1 000 euros, comment s'offrir une complémentaire qui représente 10 % de son budget ou comment régler le dépassement d'honoraires pour une intervention chirurgicale ?

La solidarité face à la maladie doit guider nos choix collectifs. Pourquoi ? Parce que nous touchons là à des questions de vie, de survie, de dignité individuelle et de sens aigu de ce que veut dire la République. Et aussi parce que nous savons que l'impératif de solidarité est le plus à même de guider les choix collectivement les plus efficaces, tant en termes de coût que de qualité des soins.



LE CISS :

LES COMBATS DE LA SANTÉ, À VOS CÔTÉS

Le Collectif Interassociatif

Sur la Santé regroupe près de 40 associations nationales intervenant dans le champ de la santé à partir des expériences complémentaires de personnes malades et en situation de handicap, de consommateurs, de familles et de personnes âgées.

Nos missions :

- > **Représenter et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé.**
- > **Former les représentants des usagers.**
- > **Observer et veiller au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé, pour que l'organisation et la qualité des soins permettent une prise en charge optimale des personnes.**
- > **Informier et communiquer nos constats et nos revendications.**

Les associations membres :

ADMD - AFD - AFH - AFM - AFPric - AFVS
 AIDES - Allegro Fortissimo - Alliance du Cœur
 Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - AVIAM
 CSF - Epilepsie France - Familles Rurales - FFAAIR
 FNAIR - FNAPSY - FNAR - FNATH - France Alzheimer
 France Parkinson - Le LIEN- Les Aînés Ruraux
 Ligue Contre le Cancer - Médecins du Monde - ORGECO
 SOS Hépatites - Transhépatite - UAFLMV - UNAF - UNAFAM
 UNAFTC - UNAPEI - UNRPA - Vaincre la Mucoviscidose

Des collectifs existent aussi en région :

www.leciss.org/ciss-regionaux

Retrouvez-nous sur www.leciss.org, et pour toute question juridique ou sociale en lien avec votre état de santé contactez notre ligne **Santé Info Droits au **0 810 004 333** (numéro azur, non surtaxé, également joignable au 01 53 62 40 30).**



Collectif Interassociatif Sur la Santé