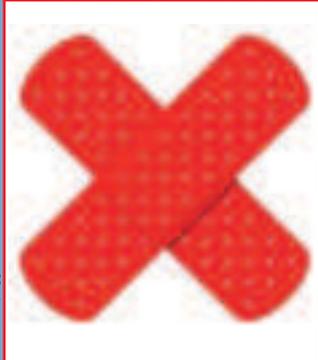


DOSSIER

Programmer la reconquête

Chère *santé*



Dossier coordonné par Carole Condat et Elizabeth Labaye ;

réalisé par Jean-Paul Beauquier, Claudine Bezol, Monique Daune, Elizabeth Labaye et Thierry Pétrault

Les débats autour des questions de santé ont du mal à sortir des cénacles institutionnels. Pourtant, la santé fait partie des premières préoccupations des Français, après l'emploi, et devrait être davantage posée dans un débat de société.

La campagne électorale nous donne l'occasion de porter nos propositions et de participer à la réflexion pour construire un système public de santé de qualité, permettant l'accès de tous aux soins et financé solidairement à la hauteur des besoins. Longtemps reconnu comme l'un des meilleurs du monde, notre système est en train de se dégrader : mauvaise organisation, inadéquation entre l'implantation des cabinets médicaux, des spécialistes et les besoins des patients (aggravée par une démographie médicale pourtant prévisible) ; surconsommation de médicament trop prescrits, crises sanitaires de plus en plus fréquentes. L'hôpital est en difficulté, entre la T2A et la loi HPST qui accélère les fermetures sans discernement d'hôpitaux de proximité et de maternités. Les scandales récents (Mediator, implants... mais d'autres vont suivre) mettent en évidence le manque de contrôle et de transparence des instances médicales censées garantir notre santé. Là comme ailleurs, il semble que le marché veuille faire sa loi, au détriment des malades. Financièrement, la santé coûte de plus en plus cher à chacun : déremboursements, franchises, dépassements d'honoraires, hausse des cotisations mutualistes... Dans un contexte de stagnation des salaires et de chômage qui explose, les renoncements ou retards aux soins deviennent monnaie courante, tant les « reste à charge » sont importants. Il faut transformer notre système de santé et ouvrir le débat du financement qui devra être augmenté pour répondre aux besoins : élargissement des cotisations à la valeur ajoutée des entreprises, CSG progressive taxant davantage le capital et les revenus du patrimoine, suppression des exonérations de cotisations... Il faut en tout cas mettre un vrai coup d'arrêt au démantèlement de la Sécurité sociale et entreprendre sa reconquête avant qu'il ne soit trop tard.



Le coût de la santé

Renoncement *aux soins*

En 2010, la consommation de biens et services médicaux a été financée à 75,8 % par la Sécurité sociale, 13,5 % par les organismes complémentaires et 9,4 % directement par les ménages.

Le « reste à charge » est donc élevé : en médecine de ville, l'assurance maladie ne rembourse qu'un peu plus de 50 % de la dépense, près de la moitié est donc à la charge directe ou indirecte (complémentaire) du patient.

Alors que l'assurance maladie est en principe universelle depuis la création de la CMU, les renoncements aux soins s'accroissent donc depuis plusieurs années (y compris chez les malades ayant une complémentaire, d'autant que le niveau de prise en charge peut être très différent en fonction de la couverture choisie – et de son coût). Les soins dentaires sont les premiers à en faire les frais, suivis de l'optique. Mais y compris dans les classes moyennes aujourd'hui, on tarde aussi et davantage à aller chez le médecin généraliste, plus encore chez le spécialiste, surtout s'il pratique des dépassements d'honoraires élevés.

Même pour les personnes en ALD⁽¹⁾, le reste à charge peut être très élevé car les soins de ville ne leur sont pas remboursés à 100 %.

La santé : un luxe pour les jeunes

Selon l'OMS, « La santé est un parfait état de bien-être physique, mental et social », ce qui diffère de « ne pas être malade »... Aussi, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité en « bonne » ou « très bonne » santé⁽²⁾.

Leurs principales préoccupations, même s'ils s'estiment assez bien informés, concernent :

- les comportements à risques : consommation régulière de tabac (identique filles-garçons), d'alcool (trois fois plus fréquente chez les jeunes hommes), le suicide ;
- l'équilibre alimentaire, pour lequel ils s'estiment peu informés, même s'ils ont connaissance des risques liés à l'obésité : diabète, maladies cardio-vasculaires...
- la sexualité (MST, sida et contraception...). Malgré les campagnes d'information, le nombre d'IVG chez les jeunes a augmenté.

Se soigner grève fortement le budget : 19 % des étudiants (contre 6 % de la population) sont sans complémentaire santé⁽²⁾. Celle-ci devient indispensable face aux remboursements successifs et autres franchises. Plus d'un étudiant sur trois⁽²⁾ est contraint de renoncer aux soins, ceux-ci étant trop coûteux. Les étudiants demandent donc le gel de leur cotisation Sécurité sociale et la mise en place d'un chèque santé permettant d'avoir une complémentaire.

(1) L'état de santé de la population française, publication n° 747 du 17/01/2011, DREES

(2) Enquête LMDE, mai 2011

Et que dire des chômeurs ?

18 % des chômeurs n'ont pas de complémentaire santé. Beaucoup méconnaissent leurs droits et n'ont pas demandé à bénéficier de la CMU-C. Pour d'autres, l'effet de seuil les en a empêchés : revenus trop élevés pour avoir droit à la CMU-C, mais trop bas pour cotiser à une mutuelle. La population des

zones urbaines sensibles serait deux fois plus importante qu'ailleurs à ne pas avoir de complémentaire. De plus, selon une enquête de l'IRDES⁽²⁾, près de 10 % des praticiens auraient refusé un patient en CMU, et 38 % des praticiens en secteur 2 (ne pouvant dans ce cas pratiquer de dépassements, ils choisissent des patients plus « lucratifs ») !

Le renoncement financier peut être aggravé par la faible densité médicale de certaines régions rurales ou périurbaines.

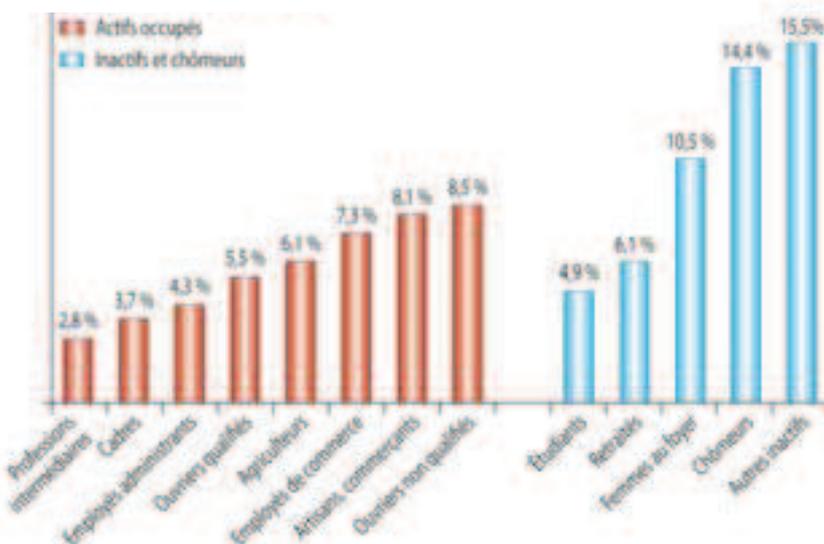
Le renoncement est plus fréquent chez les jeunes adultes, augmente jusqu'à 40 ans, se stabilise à la cinquantaine et diminue ensuite. Les déterminants sociaux de santé sont cruciaux et dès le plus jeune âge ; caries plus fréquentes chez les enfants d'ouvriers que de cadres, une tendance à l'obésité plus fréquente en ZEP, moins de consultations médicales (et la médecine scolaire sinistrée ne peut prendre le relais)...

On sait que l'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre connaît un différentiel de 6,3 ans en faveur des cadres. Bien sûr, conditions de travail, de logement, l'alimentation, le suivi de la santé... resteront des facteurs majeurs tant que de vraies politiques de prévention ne seront pas mises en œuvre. ■

(1) Affections Longue Durée, prises en charge à 100 %.

(2) Institut de recherche et documentation en économie de la santé : www.irdes.fr

Taux de personnes non couvertes



Chiffres

75,8 %

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la consommation de soins et biens médicaux a reculé d'un point entre 2005 et 2010, passant de 76,8 % à 75,8 %.

9,4 %

Sur la même période, le reste à charge des ménages est passé de 9 % en 2005 à 9,4 % en 2010.

13,5 %

La part des organismes complémentaires a augmenté de façon continue, passant de 13 % en 2005 à 13,5 % en 2010.

Les mutuelles, *une cible pour masquer la chasse aux malades*

Le gouvernement a décidé de doubler la taxation sur les contrats d'assurance santé complémentaire responsables : en deux ans, cette taxe est passée de 0 à 3,5 % puis à 7 %, auxquels s'ajoute la taxe CMU (Couverture maladie universelle) : aujourd'hui sur 100 euros versés par mutualiste, 11,72 euros vont à l'État. Inscrite dans le plan Fillon de réduction des dépenses publiques, cette mesure correspond de fait à une hausse des prélèvements masquée par une campagne bien orchestrée sur les richesses cachées des mutuelles qui « peuvent payer »⁽¹⁾ et l'assimilation des contrats responsables à une niche fiscale⁽²⁾. Le SNES et la FSU avec toutes les organisations syndicales ont condamné cette mesure et réclament son abrogation, car derrière les mutuelles, c'est bien le malade qui est visé. Outre les difficultés financières auxquelles sont et vont être confrontées les mutuelles, tenues d'augmenter leurs tarifs ou/et de limiter l'amélioration des prestations pesant ainsi sur les malades, cette attaque gouvernementale est préoccupante sur le fond : la volonté de ne pas distinguer les complémentaires entre elles (mutuelles non lucratives et assurances privées), de délimiter un panier de soins entre assurance maladie et assurance complémentaire, de transférer toujours plus le « petit » risque sur l'assurance de chacun (c'est-à-dire selon sa capacité financière à se couvrir)... vont dans le sens



C'est bien le malade qui est visé

d'une privatisation de la santé, un secteur qui échappe encore trop au « marché ».

Mobilisés ensemble

S'il peut y avoir débat sur les erreurs ou limites du mouvement mutualiste, et notamment sur les dernières années de la FNMF⁽³⁾, il s'agit aujourd'hui de faire face ensemble : mutuelles et organisations syndicales doivent se mobiliser autour d'engagements forts pour peser dans le débat public sur l'égalité d'accès aux soins, la qualité et l'organisation du système de santé, l'arrêt des désengagements de l'assurance maladie. C'est un combat majeur. ■

(1) Les mutuelles sont contraintes de constituer des réserves par la réglementation européenne et nationale afin de sécuriser leurs engagements de long terme pris envers leurs cotisants ; elles doivent aussi anticiper des difficultés, couvrir de nouveaux besoins, des risques non prévisibles... Les réserves ne sont pas des « trésors cachés » !

(2) Les contrats solidaires et responsables offrent des garanties de remboursement définies par l'État, pour limiter les dérives assurantielles. Aujourd'hui un contrat « non responsable » est taxé à 9 %, une bien faible différence qui n'incitera pas à la « responsabilité ».

(3) Depuis l'arrivée d'Étienne Caniard à la tête de la FNMF fin 2010, les relations avec le mouvement syndical ont repris de manière positive.

Dépassements d'honoraires : et pourquoi pas la rigueur ?

Les dépassements d'honoraires ont doublé en vingt ans et sont évalués à 2,5 milliards d'euros. Selon une étude de la DREES, ils représentent en moyenne 11,7 % des honoraires totaux des médecins libéraux en 2010. Ils varient selon la spécialité : de 46 % pour les stomatologues, 30 % pour les gynécologues, 25 % pour les ophtalmologues et 23 % pour les chirurgiens, ils tombent à 4 % chez les omnipraticiens, pneumologues et radiologues.

Ces dépassements pèsent financièrement sur les malades qui ont de moins en moins le choix du praticien compte tenu des déséquilibres territoriaux et de la démographie médicale. Mais la DREES relève qu'ils ont aussi une influence sur l'installation des médecins et donc sur l'égalité d'accès aux soins sur le territoire : « pratiquer des dépassements d'honoraires permet aux médecins de continuer à s'installer dans des régions déjà très fortement dotées en médecins, puisque leurs tarifs plus élevés compensent la moindre activité résultant d'une forte densité médicale ». Limiter

drastiquement ces dépassements aurait donc une influence bénéfique sur la répartition des praticiens.

Refusant de prendre des mesures rigoureuses afin de ne pas fâcher des électeurs potentiels, le gouvernement a décidé de mettre en place un secteur optionnel pour limiter à 50 % les dépassements d'honoraires des chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs et pour les seuls médecins du secteur 2, à honoraires libres, qui réaliseraient un minimum de 30 % d'actes sans dépassements. En contrepartie, l'assurance maladie paierait une partie de leurs cotisations sociales ! Et ces dépassements encadrés seraient obligatoirement pris en charge dans les « contrats responsables » des complémentaires santé ! On banalise les dépassements et c'est le malade qui paie une nouvelle fois. Si ce dispositif était généralisé, il pourrait entraîner à moyen terme la disparition totale du secteur 1 (tarif Sécurité sociale). C'est donc une très mauvaise solution.

Vocabulaire

CMU

Couverture maladie universelle permettant à toutes les personnes non couvertes par l'assurance maladie de bénéficier d'un panier de soins. Le fond CMU est financé par une taxe sur les complémentaires !

DREES

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Sa mission est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

EHPAD

Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Il peut être public, privé associatif ou privé commercial. Sa création est soumise à une procédure d'autorisation préalable du président du conseil général et du directeur général de l'Agence régionale de santé.

HPST

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009.

Politique publique

L'hôpital en danger

La loi HPST a profondément modifié le système de santé et notamment l'hôpital.

Dans la logique du « *new public management* », l'hôpital est devenu un établissement de santé géré par un directeur/patron qui a pour mission de rester « dans les clous » des dépenses sous la tutelle du tout-puissant directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), véritable préfet sanitaire : réductions de postes, suppressions de lits et de services, rapprochements entre établissements, la règle qui s'impose est désormais le partenariat public/privé. Les fermetures d'hôpitaux et de maternité se multiplient. Ainsi on est passé de 1 379 maternités en 1975 à 584 en 2008 et 540 aujourd'hui ; en parallèle, de nombreux centres d'IVG disparaissent, rendant plus compliqué l'accès à l'avortement. Avec la Tarification à l'activité (T2A), la maladie est cotée très précisément par acte médical, avec la durée de séjour prévue. L'hôpital recevait précédemment une « dotation financière globale » chaque année, quels que soient ses résultats (ce qui pouvait d'ailleurs être discuté car ne prenant pas forcément en compte les évolutions). Désormais, son financement dépend des actes réalisés. Il devient plus difficile de soigner des

personnes en difficulté sociale et sanitaire avec plusieurs pathologies, supposant des hospitalisations plus longues, ce qui nécessiterait une « T2A adaptée ». Si l'hôpital choisit de remplir sa mission, il risque de ne pas « boucler son budget » et de se faire épingler par le directeur de l'ARS. Il est plus simple et plus « rentable » de réaliser uniquement des actes techniques (certains fort coûteux d'ailleurs et qui pourraient être évités par la prévention). C'est ce qu'ont bien compris les cliniques privées qui s'efforcent de récupérer les actes lucratifs et simples à réaliser, pour laisser à l'hôpital public les actes lourds et les maladies à guérison longue.

Concurrence

Mais l'hôpital est aussi soumis en son sein à la concurrence. Le secteur lucratif (lits privés) y prospère, jouant de la détresse des malades. Comment obtenir une opération plus rapidement ? Payer pour un lit « privé » que tous les malades ne peuvent évidemment pas financer ; une inégalité d'accès aux soins qui s'ajoute à bien d'autres. Élargissant encore la brèche, la loi HPST crée le statut de « clinicien hospitalier » : il s'agit d'un CDD de trois ans renouvelable une fois, dont le salaire comporte une part fixe et une part qui varie en fonction d'objectifs réalisés.

Encore des économies !

L'assurance maladie a décidé de généraliser en 2012 un programme actuellement expérimenté dans 29 départements : Il s'agit de faire sortir plus tôt les mères (volontaires) et les bébés des maternités, leur offrant en contrepartie un accompagnement à domicile par des sages-femmes libérales. La durée moyenne de séjour à la maternité, qui est de 4,3 jours en France (3,1 dans les pays de l'OCDE), ne cesse de diminuer, particulièrement en Île-de-France, car la tarification à l'activité rémunère les hôpitaux et cliniques 2 200 euros pour un accouchement, quelle que soit la durée du séjour à la maternité... ce qui pousse les établissements à les écourter !

Recentrer l'hôpital sur les patients et sur la qualité des soins est urgent, ce qui suppose que des moyens suffisants lui soient alloués. Une politique claire et ambitieuse de santé publique doit être définie. Il faut réinstaurer aussi de la démocratie pour permettre aux professionnels et aux usagers de s'exprimer sur les besoins, sur ce qu'il est souhaitable et possible de faire. De nombreuses batailles locales sont menées et des succès obtenus (réouverture de services, non-fermetures de maternités...). Le SNES et la FSU, membres du collectif « notre santé en danger » soutiennent les luttes des personnels hospitaliers et participent aux actions organisées pour défendre l'hôpital public. ■

Fin de vie

Ehpad, maisons de retraite, au risque de la privatisation

Marché profitable pour les uns, service public avec des normes strictes pour les autres !

En France aujourd'hui plus de 10 000 établissements accueillent des personnes âgées, plus ou moins dépendantes. Mi-décembre, incendie à Marseille, six morts : visite de la ministre, réaffirmation que quatre personnes de garde la nuit pour 182 pensionnaires ce sont les normes légales ! Qui a dit plan Alzheimer ?

Une donnée

Pour l'INSEE, 22,9 % de la population totale a plus de 60 ans, 8,8 % plus de 75 ans ; en 2050, ces pourcentages devraient atteindre respectivement 31,9 % et 15,6 %. Des projections plus rapprochées, 2029, font apparaître une augmentation rapide du nombre des 75 ans et plus à partir de 2020 (arrivée à ce seuil des baby-boomers) et que les plus de 85 ans connaîtront la croissance la plus rapide.



Ces populations sont précisément celles susceptibles d'avoir recours aux services d'un établissement d'accueil.

Un besoin

Si l'on s'en tient aux seuls EHPAD, le nombre de places en France est de 71,5 %, en PACA de 51,41, mais 41,88 dans les Bouches-du-Rhône, 70,03 dans le Nord, 44,72 dans les Hauts-de-Seine. Ces écarts considérables laissent ouvertes des possibilités de constructions ou d'investissements pour des sociétés spécialisées dans ce type d'activité de service. Sur un plan plus général, 60 % des établissements accueillant des personnes âgées sont publics, propriétés des communes ou des départements, sous l'autorité de CCAS, de l'Assistance publique ou d'un centre hospi-

Une augmentation rapide du nombre de 75 ans et plus à partir de 2020

telier. Tarifs moins coûteux, listes d'attente plus longues.

Dans un département comme les Bouches-du-Rhône, il existe 224 Ehpad pour 17 447 places, à rapprocher du nombre de plus de 75 ans (166 153) et de bénéficiaires de l'APA (25 981). Le sous-équipement du département est pointé dans le schéma départemental en faveur des personnes âgées et il faudra

ouvrir des milliers de lits. Donc investir. Les priorités portent, dans de nombreux schémas départementaux, sur une meilleure structuration des dispositifs de maintien à domicile (services d'aide, image du métier d'intervenant, services de nuit, soutien aux aidants, transport adapté, habitat inter-générationnel). Nous revendiquons un cadre public national, dont le statut est à débattre, prenant en charge

ces questions. Il s'agit de fixer des normes d'encadrement plus conformes à la sécurité de personnes âgées aux capacités motrices réduites, de contrôler leur respect, de contractualiser avec les CT la formation de personnels qualifiés habilités à travailler en EHPAD ou dans les associations intervenant à domicile, d'évaluer les besoins en capacités d'accueil en relation avec les ARS et les ORS... ■

Scandale

Le médicament *n'est pas une marchandise*

Le scandale du Mediator et plus récemment celui des prothèses mammaires PIP confirment que la marchandisation de la santé a des conséquences terribles sur les malades.

Le Mediator, prescrit durant plus de 30 ans en France contre le diabète et comme coupe-faim, a fait des milliers de victimes. Vingt cas de cancers ont été signalés en France chez des porteuses d'implants mammaires PIP et on découvre aujourd'hui que l'entreprise trompait les contrôles et utilisait un gel industriel frelaté en remplacement du gel médical. Ce gel serait à l'origine d'un taux anormal de ruptures de la prothèse et le gouvernement a recommandé aux 30 000 femmes concernées de se faire retirer ces implants. Et la Sécurité sociale se doit de porter réparation aux victimes. Dans le monde, c'est l'angoisse pour plusieurs centaines de milliers de femmes concernées. Secteur économique de pointe qui utilise des technologies sophistiquées, l'industrie pharmaceutique est puissante, avec un chiffre d'affaire faramineux : sa rentabilité s'appuie sur un marché en expansion constante car les besoins à couvrir sont immenses. Les entreprises de ce secteur sont très souvent multinationales et leur marché dépasse le cadre des frontières.

Suite à l'affaire du Mediator, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis sévèrement en cause la politique du médicament, affirmant qu'il n'y avait pas à proprement parler de politique publique du médi-

cament en France. Elle a proposé une vaste réforme du système de pharmacovigilance, de sécurité sanitaire et de la gouvernance de la politique du médicament.

Bien public

Le projet de loi « *relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé* » a été adopté de manière définitive par l'Assemblée nationale le 19 décembre dernier.

Cette réforme, qualifiée de « radicale » par le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, vise à redonner confiance aux Français dans le système national du médicament. L'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) est remplacée par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament), établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Sa mission consiste à évaluer régulièrement les bénéfices et à surveiller les risques liés à l'utilisation des produits. L'agence pourra prononcer des sanctions financières. Son directeur pourra demander des études supplémentaires de sécurité et d'efficacité au moment de l'octroi de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) et cette autorisation pourra être suspendue, retirée ou modifiée si son détenteur ne respecte pas les conditions d'octroi. Un nou-



Il n'y a pas à proprement parler de politique publique du médicament

veau médicament ne sera remboursé que s'il est au moins aussi efficace que les produits déjà existants sur le marché.

Si cette loi présente quelques avancées, on est très loin d'une véritable politique publique de la santé et du médicament ! Transparence, contrôle indépendant, développement d'une recherche publique... doivent être à l'ordre du jour. ■

Aux Pays-Bas, la loi du marché ⁽¹⁾

Avant 2006, il existait aux Pays-Bas une assurance maladie financée par des cotisations salariales et patronales réservée aux plus démunis et aux plus de 65 ans. Les autres devaient cotiser volontairement à une assurance privée, dont la couverture « standard » (panier de soins) était fixée en prix et prestations par l'État.

La réforme de 2006 a supprimé la distinction entre assurance publique et privée. Les assureurs ont été mis en concurrence au nom de la régulation des coûts, de la baisse des prix : mieux soigner pour moins cher était l'objectif affiché. Certes l'État définit un panier de soins, interdit la sélection des risques et finance désormais les soins des moins de 18 ans. Mais les recettes (primes des adhérents de plus de 18 ans, cotisations salariales et patronales) sont versées directement aux assureurs : la moitié pour financer les dépenses, l'autre pour alimenter un fonds de péréquation. Les assureurs peuvent verser des dividendes

aux actionnaires. Le système étant anti-redistributif, l'État verse une compensation (aide au paiement de la prime pour les plus modestes) mais l'assistance, qui se substitue à l'assurance, ne garantit pas l'égalité d'accès aux soins. De plus les assureurs privés n'ont pas fait la preuve de leur maîtrise des coûts : l'augmentation est même plus importante depuis la mise en œuvre de la réforme.

En Allemagne les caisses d'assurance maladie ont également été mises en concurrence à la fin des années 1990, et sont autorisées à demander des surcotisations indépendantes des revenus à leurs adhérents.

La loi du marché ne fait pas dépenser moins, comme le prouve d'ailleurs le système américain, le plus coûteux du monde. Mais elle fait payer davantage les malades !

(1) D'après une note de l'Institut Européen du Salarial, décembre 2011.

Entretien

« Soigner les gens devient aujourd'hui un défi »

Médecin de famille au vrai sens du terme depuis 32 ans dans le quartier difficile du Francs-Moisins à Saint-Denis (93), **Didier Ménard** vit au quotidien l'aggravation des conditions de vie des habitants.

L'US : *Il y a vingt ans, un diagnostic sur l'état de santé des habitants de votre cité constatait que pour les personnes en difficulté sociale, l'accès aux soins et aux droits sociaux était compliqué, ce qui aggravait leur situation. Ce diagnostic est-il toujours d'actualité ?*

Didier Ménard : Absolument. Mais le grand changement réside dans la massification. La CMU avait considérablement amélioré les choses. Depuis 2004, sans changer la loi, par des réglementations successives, on a perdu tous ses bénéficiaires. Nous sommes désormais en face d'un véritable parcours du combattant des droits. La multiplication des démarches, des documents à fournir, a réintroduit la notion de parcours, soit autant de contraintes pour les gens en grande difficulté. Sa validation prend des semaines, un délai non seulement décourageant mais incompatible avec les urgences médicales.

Le manque de personnels fait que l'Assurance maladie n'est plus en mesure de traiter des demandes toujours plus nombreuses. Avant il existait une polyvalence chez ces personnels, capables de prendre en charge un dossier de A à Z. Avec l'introduction de « la spécialisation », autrement dit la même tâche pour un même fonctionnaire, rentabilité oblige, l'absence d'une seule personne dans la chaîne paralyse le traitement d'un dossier.

L'US : *Vous vivez au quotidien la difficulté des malades à se soigner*

D. M. : Je vois de plus en plus de patients avec une histoire chronique qui traîne depuis longtemps. Les gens n'ont pas l'argent pour engager ces dépenses. Ils ont pris les médicaments du voisin pour se soigner mais cela n'a fait qu'empirer. Dernièrement, j'ai reçu un patient, dont le genou avait doublé de volume et comme il ne bénéficiait toujours pas de la CMU, trois mois après le dépôt de son dossier, il attendait, faute de moyens, pour consulter. Bilan, une hospitalisation en urgence et un coût très supérieur à ce qu'il aurait dû être. Il est reparti avec des béquilles que je lui ai fournies. Car au problème des médicaments déremboursés s'ajoute celui des produits de santé non remboursés. Des béquilles, une attelle, deviennent du luxe. Si je ne m'étais pas constitué, de ci de là, un stock pour les dépanner comment feraient-ils ? Et que dire pour ce patient du prix d'une consultation – de l'ordre de 60 euros – chez un spécialiste ! Donc je l'ai envoyé aux urgences avec tout ce que cela comporte, délai d'attente, diagnostic plus aléatoire et surcharge des services hospitaliers.



L'US : *Et ces patients sont de plus en plus nombreux...*

D. M. : Les précaires, immigrés sans papier et chômeurs, ont été les premiers frappés. Désormais, les personnes en insertion fragile comme les femmes à temps partiel et plus particulièrement celles élevant un enfant seules le sont aussi.

Les cinq dernières années ont vu les personnes âgées basculer dans ce renoncement aux soins. La retraite ne suffit plus et avec la cherté des loyers elle ne permet même plus de toujours bien s'alimenter ! Les jeunes aussi. Car travailler n'est pas non plus une garantie. Avec 1 600 euros par mois il faut faire des choix. La priorité va au logement, à se nourrir après on voit ce qu'on peut faire.

Se soigner ? C'est faire une croix sur les

vacances, dire adieu à une nouvelle voiture. Je reçois donc des patients qui me demandent de plus en plus d'évaluer le coût de leur maladie. Certains en viennent à emprunter pour se soigner ! La hantise de tomber malade se généralise.

Bref, les inégalités sociales de santé ont considérablement augmenté. Accompagnées d'un certain fatalisme d'ailleurs. J'entends des discours de plus en plus désabusés du style « on est du mauvais côté de la barrière », « docteur vous vous donnez trop de mal pour moi, je ne mérite pas ça ». Un discours de culpabilisation, lancinant qui finit par être intégré. La société a fait comprendre que se soigner est devenu un luxe, que ça se mérite.

L'US : *Une logique de la rentabilité ?*

D. M. : On y glisse. On va vers la privatisation du système de santé. Avec un panier de soins pris en charge par la Sécurité sociale et tous les autres, bien évidemment les plus rentables, par le secteur privé. Le discours tourne donc autour du « Pour être bien soigné, il faut payer ! ». Il entre dans les consciences collectives. Voyez la stigmatisation des fraudeurs, des abus. L'assurance maladie ne s'inscrit plus dans une logique médicale mais bien dans celle de la diminution des coûts. Et que dire des dépassements d'honoraires. Ils accompagnent justement cette disparition de la protection sociale solidaire. Je dis souvent à mes collègues, « 60 euros la consultation, tu abuses ! ». Ils me répondent que les charges ont augmenté avec la judiciarisation de la médecine et le prix exorbitant des assurances ou celui de l'immobilier. Ce à quoi je leur réponds qu'ils ne sont pas pauvres ! Il y a conflit entre les valeurs humanistes de la médecine et les réalités économiques. Il ne leur viendrait pas à l'esprit de remettre en cause leur système d'assurance.

Et l'assurance maladie ferme les yeux sur ces dépassements. Il est plus facile d'aller embêter un généraliste sur un arrêt de travail que de s'attaquer à ce que je qualifie de sabotage de la protection sociale ! ■

Propositions du SNES-FSU

Programmer la reconquête

Le SNES revendique avec la FSU une couverture maladie universelle prenant à charge 100 % des soins médicalement nécessaires en même temps que l'exigence d'une véritable démocratie sanitaire pour décider de ces choix, et de l'indépendance des organismes comme la Haute Autorité de Santé. Cela suppose de programmer une longue reconquête du régime obligatoire tant les désengagements ont été importants ces dernières années.

Le système de santé doit reposer sur le service public et un financement solidaire par la Sécurité sociale, dont les représentants doivent être élus.

La perte d'autonomie, le handicap, quels qu'en soient la cause ou l'âge de la personne concernée, doivent relever de la solidarité nationale dans le cadre de la sécurité sociale tout au long de la vie.

Transformer le système de santé

Le système de santé doit se transformer pour lutter contre les inégalités d'accès à la santé, répondre aux nouveaux besoins, à l'aggravation des maladies chroniques, à la multiplication des cancers professionnels et des pandémies. Cette transformation doit aller de pair avec de nouvelles politiques publiques, la lutte contre les méfaits dus à la dégradation de l'environnement et des exigences fortes envers les employeurs publics et privés en termes de santé au travail.

Il est de plus en plus nécessaire et urgent de transformer la logique de soin en logique de santé, en plaçant et finançant la prévention à tous les âges de la vie, rendant plus efficace la médecine curative, à l'intérieur du système de santé.

La création des Agences Régionales de Santé, dont les directeurs sont nommés en Conseil des ministres, permet à l'État déconcentré de prendre la main sur l'ensemble des politiques sanitaires et sociales, et met sous tutelle les organismes de sécurité sociale, dont le rôle est marginalisé. La logique comptable prime sur la politique de santé. L'hôpital public, soumis à la T2A (tarification à l'activité) est asphyxié financièrement.



La politique du médicament, dans tous ses aspects, doit être placée sous la responsabilité d'une autorité indépendante

Le SNES a demandé l'abrogation de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, pilotée par la RGPP, et qui modifie la gouvernance de l'hôpital, attribuée aux cliniques privées des missions de service public. Menacés de fermeture ou transformés en structure de gériatrie ou de soins de suite, les hôpitaux ont du mal à assumer correctement leur rôle au cœur du système de santé. Il est indispensable de lui redonner des moyens (personnels, matériel) et de favoriser la coordination avec les autres professionnels de santé ; de maintenir et de développer des structures de proximité : centres de santé, centres d'IVG, centres médico-psychologiques, centres d'accueil d'urgence... En médecine de ville, il faut interroger la

libre installation et le paiement à l'acte, forfaitiser une partie de la rémunération du médecin, en particulier pour les maladies de longue durée et pathologies chroniques, intégrer la formation continue, poser la question du salariat des médecins.

La politique du médicament, dans tous ses aspects, doit être placée sous la responsabilité d'une autorité indépendante, garante d'une politique transparente de santé publique, qui assurerait une maîtrise et un contrôle réels des organismes d'évaluation et de décision. Cela suppose de donner des moyens pour la recherche publique.

Ces pistes – et bien d'autres – nécessitent d'être débattues avec les autres organisations syndicales, la mutualité, les associations. La santé, et donc l'organisation du système et son financement relèvent de choix qui doivent être arbitrés par les citoyens en toute connaissance de cause. Il faut donc porter ces questions dans le débat public. ■

La logique comptable prime sur la politique de santé

