

Pour une véritable Assurance santé *solidaire* !



Pour passer du soin à la santé, non à la “contre-réforme” gouvernementale

La Sécu solidaire, celle de 1945, doit être défendue. Pour nous, la meilleure façon de la défendre c'est de renforcer son caractère solidaire.

A l'inverse la « contre-réforme » que veut nous imposer le gouvernement a comme objectif central de diminuer la prise en charge solidaire des dépenses assurée aujourd'hui par l'Assurance maladie obligatoire et d'étendre la place donnée aux lois de l'économie libérale dans le système de soins.

Pour faire passer sa contre-réforme, il réduit au maximum le temps de débat public et présente sa contre-réforme comme la seule possible. Nous savons que des alternatives, qui permettent de construire une véritable Assurance santé solidaire, sont possibles.

Un projet gouvernemental qui mène à une privatisation

Le but du gouvernement a été clairement énoncé : il faut diminuer le montant, dramatisé à souhait, des dépenses prises en charge par le système solidaire d'Assurance maladie obligatoire.

Une nouvelle gouvernance au service des assureurs privés

Le gouvernement met en avant une « nouvelle gouvernance » qui s'articule, en particulier, autour d'une **Union nationale des Caisses d'Assurance maladie**, d'une **Union nationale des organismes de protection complémentaire** et d'une **Haute autorité de santé**.

Cette gouvernance est construite autour du seul objectif d'organiser le retrait de l'Assurance maladie obligatoire.

C'est l'Etat qui « fixera les conditions de l'équilibre pluriannuel des comptes sociaux ».

La Haute autorité de santé « indépendante » aura pour rôle « d'évaluer les pratiques et les processus diagnostiques et thérapeutiques et de déterminer ce qui doit être admis au remboursement ».

L'Union des Caisses d'Assurance maladie (dont les directeurs seront nommés à tous les échelons par l'Etat) gèrera le périmètre de ce qui est remboursé. Si les dépenses sont trop importantes par rapport aux prévisions, l'Union des caisses aura à charge de faire varier les taux de remboursements dans un « couloir » défini à l'avance : ainsi le taux de remboursement de la consultation à 70 % qui ne peut être modifié aujourd'hui que par décret pourra demain être baissé si l'enveloppe budgétaire est dépassée.

Entre alors en jeu l' **Union nationale des organismes de protection complémentaire** regroupant mutuelles et assurances commerciales. Plus les régimes obligatoires seront en retrait et plus les citoyens devront cotiser à une assurance complémentaire dont les prix augmenteront. En proposant aux assurances complémentaires d'augmenter leur partici-

pation tout en leur donnant un nouveau rôle dans la gestion/régulation du système de soins.

On transforme un système basé sur la solidarité (Sécurité sociale de 1945) en un système de marchandisation du soin. Les mutuelles sont ici placées en situation de concurrence avec les assurances commerciales. Quelles que soient leurs proclamations, elles ne pourront résister longtemps aux pratiques tarifaires des assureurs commerciaux. Le fait que la *Mutualité française*, et certains syndicats de salariés, ne semblent pas hostiles à ce projet de co-gestion/co-régulation est un motif d'inquiétude important. L'ouverture à des pratiques commerciales dans le domaine du soin ne peut conduire qu'à l'aggravation des inégalités dans ce domaine.



Une réforme du système de soins en trompe l'œil

Le gouvernement présenté le « **Dossier médical partagé** » comme une baguette magique permettant de substantielles économies grâce à la coordination des soignants et à l'accompagnement des patients.

Ce « Dossier médical partagé », qui pourrait permettre aux assureurs commerciaux de récupérer les données médicales de chacun, est gros de risques pour les libertés individuelles.

Sur le fond, le projet de Douste-Blazy est simpliste et réducteur. Il veut faire croire qu'aujourd'hui les soignants ne savent pas échanger des informations et que c'est pour cela qu'il y a redondance des examens complémentaires, source de dépenses inutiles. Ce sont les pratiques individualistes, l'absence de confiance, la peur de la judiciarisation, la formation universitaire axée sur le biotechnologique qui sont sources de cette redondance. Le « Dossier médical partagé » tel qu'imaginé par le gouvernement ne permet pas de modifier ces comportements.

Nous avons besoin d'un véritable « **Dossier de Santé partagé** ». Il doit être la propriété de la personne. Il doit être le support de nouvelles pratiques coopératives de mise en commun des compétences sans hiérarchie et dans une approche qui articule les dimensions médicales et sociales du soin. Il doit améliorer la relation soignant/soigné, il doit donner de la visibilité aux conditions de vie des personnes, notamment par la notification de l'ensemble des risques (en particulier professionnels) auxquels elles sont exposées. Il doit donner de la crédibilité à la démarche collective du soin.

La coordination des soins : comment se coordonner sans en prendre le temps, ce qui est le cas dans le système actuel où les soignants en médecine ambulatoire sont payés à l'acte ? C'est une imposture de la part du ministre de parler de coordination et de critiquer la part de paiement forfaitaire liée actuellement au statut de « médecin référent ». C'est une aberration de proposer comme coordonnateur du dossier un « méde-

cin traitant » qui pourrait être un spécialiste ...

Les référentiels et recommandations de bonnes pratiques ne sont jamais que des outils. La qualité des soins dépend de la qualité des pratiques mises en place pour utiliser ces outils en fonction des besoins exprimés.

La prévention : le projet réduit la prévention à des consultations individuelles au lieu de construire une véritable politique de prévention au niveau de la santé au travail, contre les pathologies de l'environnement, sur les problèmes de santé liés à la situation sociale...



Ce projet reste dans le traitement des maladies et se garde bien d'oser agir sur la cause de celles-ci.

Aucune des propositions concernant la maîtrise médicalisée, la politique du médicament, le contrôle des abus... n'est réalisable sans véritable changement du modèle d'organisation des soins, ce que ne veut pas ce gouvernement.

L'instauration d'un système de filières : preuve que ce gouvernement ne veut par réellement mieux organiser les soins. D'une part existerait une filière encadrée et mieux remboursée où les patients passeraient obligatoirement par un « médecin traitant » avant de consulter un spécialiste ; d'autre part, il y aurait pour ceux qui peuvent se le payer, un accès direct aux spécialistes dont les honoraires seraient libres et mal remboursés. Il s'agit d'un cadeau à la fraction la plus rétrograde du corps médical, celle qui n'a toujours pas accepté l'Assurance maladie solidaire.

Les mesures financières portent essentiellement sur les ménages et vont dans le sens d'une privatisation du système

Le « retour à l'équilibre » tel qu'il est présenté repose essentiellement sur une poursuite des politiques de diminution de la prise en charge (augmentation d'un euro du ticket modérateur sur les consultations, poursuite des politiques de déremboursement, contrôle renforcé des Affections de Longue Durée (ALD), nouvelle hausse annoncée du forfait hospitalier...) et par des nouvelles recettes qui affecteront principalement les ménages (hausse de la CSG).

Il faut avoir en tête que ce plan de réforme n'est que le cheval de Troie de la privatisation progressive de l'offre de soin. Il entre dans le cadre plus global de

l'ouverture des services à la concurrence tant au niveau européen (projet de directive Bolkestein), qu'au niveau mondial (Accord Général sur le Commerce des Services).

Sous la pression du Medef, le gouvernement adhère à l'idée que la partition entre un système solidaire et un système concurrentiel est la bonne solution. L'objectif est ici de transférer sur le système concurrentiel une partie suffisamment importante du risque pris en charge actuellement par l'Assurance maladie pour sortir des déficits récurrents.



Bibliographie :

- Les inégalités sociales de santé, sous la direction de Leclerc, Fassin, Grandjean, - Kaminski et Lang, INSERM, la Découverte, sept 2000
- Geneviève Barbier, Armand Farrachi : La société cancérogène, lutte-t-on vraiment contre le cancer. Editions La Martinière - février : 2004
- Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique n°22 : La santé, un enjeu public, n° 23 : Ils vont tuer la Sécu
- Alternatives économiques : hors série 1^{er} trimestre 2003 ; numéro 24, avril 2004
- Main basse sur l'Assurance maladie : notes de la fondation Copernic

Il est possible de faire autrement :

Il faut passer du soin à la santé !



Nous affirmons qu'il est possible aujourd'hui de construire un authentique système de santé. Il faut pour cela transformer le système de soins organisé autour de la consommation et aller vers un système de santé organisé autour de la prévention.

Les causes des maladies sont pour la plupart connues. Les facteurs pathogènes collectifs et individuels ne sont jamais entièrement dus à la fatalité, ni même aux seuls comportements de la personne malade. Même les maladies infectieuses ne frappent pas au hasard. Le seul déterminisme qui existe, c'est celui des choix du développement social.

Un système de soins dans lequel des individus isolés rencontrent des professionnels solitaires ne peut être régulé que par des mécanismes marchands, toujours inégalitaires. Si nous voulons un système de soins solidaire, il nous faut donner toute leur place à des acteurs collectifs tant du côté des patients que du côté des professionnels.

Passer du soin à la santé

En finir avec le modèle biomédical qui fragmente la personne en une succession d'organes et la livre désarmée à la puissance du pouvoir médical.

Il faut passer de la notion de « citoyen-patient » à celle de « citoyen-acteur », ce qui nécessite information préalable et éducation à la santé. La relation soignant/soigné doit changer ; il faut reconnaître l'expertise de chaque citoyen sur ses propres conditions de vie et de travail. C'est ici qu'une autre conception du « Dossier médical partagé » peut avoir toute sa place.

Un système d'identification et de lutte précoce contre les facteurs pathogènes à l'origine des maladies doit être mis en place : maladies professionnelles et environnementales (problème des polluants atmosphériques, du bruit, des pesticides, éthers de glycol, saturnisme...), souffrance morale au travail, pathogénie liée à la précarité socio-économique croissante d'une partie de la population.

Ceci suppose :

- Le repérage et l'étude de ces causes grâce à l'instau-

ration d'un travail coopératif entre professionnels du soin, techniciens, associations, citoyens et caisses d'Assurance maladie. Au plan local doit être organisé un réseau d'alerte et de recueil des données de santé concernant la population vivant et travaillant dans le bassin de vie considéré afin de constituer des banques de données (mémoire collective, registres territorialisés des pathologies avec le suivi dans le temps du niveau de santé d'une population).

- La mise en place d'agences sanitaires et de professionnels de terrain (médecine du travail, scolaire, contrôle sur les risques industriels...) véritablement indépendantes des pouvoirs politiques et financiers.

- Des pouvoirs publics capables de s'opposer aux pressions de l'industrie (cas des industries alimentaires et des aliments sucrés, cas des OGM, des pesticides...) et de prendre des décisions de changement social dans les domaines du logement, des revenus, du travail, de l'environnement et des transports....

Organiser le système de santé pour permettre ce passage du soin à la santé

Construire la qualité des soins par l'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins exprimés par les personnes malades et les usagers du système de santé et non l'inverse. Il faut pour cela mettre en place d'autres modes de coordination en soins primaires (réseau de santé de proximité, pratiques coopératives entre professionnels du soin et professionnels sociaux, maisons de santé) et développer la coopération entre les différents lieux du système de soin.

Changer la formation initiale et continue des soignants pour leur permettre de sortir d'un modèle biomédical exclusif et de devenir eux aussi des acteurs de santé. Cette formation doit être indépendante des firmes pharmaceutiques. La formation continue doit être obligatoire et rémunérée. Elle doit être se faire dans tous les lieux de soins (système hospitalier et ambulatoire) et dans ceux où se mènent réflexion, débat et actions au niveau de la santé.

Promouvoir d'autres modes d'exercice permettant ce travail global, donner aux soignants la possibilité de travailler collectivement en se regroupant en cabinets de groupe et maisons de santé et en développant l'échange sur les pratiques et leur permettre de sortir du paiement à l'acte, véritable prime au rendement et à l'inflation des coûts.

Promouvoir une politique du revenu des soignants construite sur une forfaitisation prenant en compte le soin, la prévention, l'éducation à la santé, et la rémunération des activités de formation et de coordination.

Redéfinir la mission des hôpitaux publics, leur donner les moyens humains, d'organisation et financiers de prendre leur place dans la continuité des soins pour permettre à tous de bénéficier de l'excellence du soin. La répartition des hôpitaux doit être homogène et régulière sur tout le territoire de l'offre de soins, de sorte que chaque bassin de vie soit doté d'une première ligne hospitalière en quantité et en qualité suffisantes. L'hôpital doit être un lieu ouvert capable d'animer et d'organiser des conférences débats sur

tout sujet de préoccupation de santé de la population du bassin de vie concerné. Son organisation doit être revue et démocratisée au niveau du fonctionnement et de la direction des services ou unités de soins ainsi qu'au niveau de l'administration hospitalière.

La politique du médicament doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique et au service de la santé publique, contrôlée par des agences du médicament financées uniquement par l'Etat. Toute publicité sur les médicaments doit être interdite. Les médicaments doivent être commercialisés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI), et non pas sous nom de marques, et leur prescription se faire en DCI. Les Autorisations de Mise sur le Marché doivent être données en fonction du Service Médical Rendu ou de l'Amélioration du Service Médical Rendu et les médicaments inutiles doivent cesser d'être commercialisés. Il faut organiser une réflexion collective interprofessionnelle et avec les usagers sur la prescription et la relation thérapeutique. Enfin, c'est au niveau européen et si possible international, qu'il faut penser les politiques dans le domaine du médicament, si l'on veut pouvoir résister aux pressions des firmes pharmaceutiques.



Garantir à tous un égal accès aux soins

Si nous voulons mettre en place une réelle politique de prévention et d'éducation, alors nous devons également construire un système de santé plus égalitaire, qui facilite l'accès aux soins et qui permette aux professionnels de produire une meilleure qualité des soins.

Pour effectuer ces transformations, il faut élargir la place du régime obligatoire d'Assurance maladie et lui permettre de devenir un régime d'assurance santé, organisé non plus seulement pour gérer le risque maladie des assurés, mais pour les aider à rester en bonne santé.

- Cette assurance santé solidaire doit couvrir de pleins droits tout résidant sur le territoire français : ainsi deviendront caduques les prises en charges spécifiques à certaines catégories de population et donc plus facilement remises en cause telles que la CMU complémentaire et l'Aide Médicale Etat. L'assurance santé doit prendre en charge les soins à 100 % avec dispense d'avance de frais. Ceci pose la question de la place des mutuelles complémentaires. Elles pourraient soit être intégrées au régime obligatoire en devenant des complémentaires obligatoires (comme en Alsace où la couverture est de 90 %), soit se recentrer sur des missions de gestion d'établissements à but non lucratif, et d'or-

ganisation d'initiatives de coordination interprofessionnelle avec les usagers.

- Les tarifs doivent être respectés par les professionnels.

il faut interdire les dépassements tarifaires pour les soignants, outil d'inégalité sociale

et source de rupture dans la continuité des soins.

- Les inégalités de répartition démographique des soignants et des équipements doivent être corrigées dans le cadre plus large de l'aménagement du territoire et par des mesures incitatives à l'installation, des conditions d'exercice adaptées et des possibilités de choix de modes de rémunération autres que le paiement à l'acte.

- La permanence et la continuité des soins doivent être assurées. La permanence des soins est un service public et doit être obligatoire pour les professionnels de santé; elle doit être rémunérée par un salaire adapté et suivie d'un repos compensateur ; elle doit rentrer dans le cadre d'une véritable coopération ville-hôpital.



Pour mener à bien cette politique de santé, re-démocratisons l'Assurance maladie à partir du niveau local

Des conférences locales de santé regroupant usagers, gestionnaires et professionnels de santé et sociaux se réunissent régulièrement au niveau d'un territoire correspondant à celui d'une Caisse primaire d'Assurance maladie.

Les **Caisses primaires de l'Assurance maladie**, re-démocratisées et pourvues de nouvelles compétences, doivent être le chef d'orchestre de la régulation et de la concertation autour de toutes les questions ayant trait aux soins et à la santé publique du « bassin de vie » concerné. Il faut que leurs conseils d'administration, largement ouverts aux associations, deviennent des lieux de concertation et de suivi des actions décidées par les conférences

locales de santé. C'est au niveau local que les usagers et les professionnels du soin et du secteur social peuvent échanger et résoudre la grande majorité des problèmes liés à la santé publique et aux soins.

L'Assurance maladie doit être l'outil permettant de recueillir et de faire circuler les informations concernant l'état de santé de la population vivant dans le « bassin de vie ». A partir de données constamment réactualisées, il s'agira pour l'Assurance maladie, avec d'autres partenaires institutionnels (Etat, collectivités locales, Education nationale, Inspection du travail, etc.), d'organiser la concertation et les actions au plan local en matière de santé publique.

Au plan local doivent être représentées transversalement toutes les professions de santé du secteur en question : ambulatoire et hospitalier, secteur libéral et salarié, médicaux et paramédicaux, secteur social.

Au niveau de la région des chambres de santé doivent conduire les politiques de santé. Elles sont les parlements régionaux de la santé. Y sont représentés : les institutions de l'Etat, l'assurance santé, les mutuelles, les professionnels du soin et du social, les associations de malades et d'usa-

gers. Les chambres de santé coordonnent les missions institutionnelles et les actions provenant du terrain.

Au niveau national, nourri des débats locaux et régionaux, le conseil d'administration de l'assurance santé dirige l'institution et passe convention avec l'Etat qui lui fixe le cahier des charges de la politique de santé publique. Le conseil est composé de représentants élus des syndicats, des associations de malades et d'associations d'usagers. Les élections sont organisées tous les 5 ans.

Changer de politique économique pour financer une assurance santé solidaire

Il faut changer les politiques économiques pour conduire des politiques qui permettent le retour à l'emploi. La lutte contre le chômage entraînera l'augmentation des recettes pour la Sécurité sociale et la diminution des dépenses de santé par la diminution des maladies sociales.

Un mode de financement solidaire intègre nécessairement deux principes.

- Chacun contribue en fonction de ses ressources (et non de son état de santé) et reçoit en fonction de ses besoins. Le recours aux assurances santé commerciales, parce que

leurs tarifs prennent en compte directement ou indirectement (âge, handicap) l'état de santé, ne va pas dans le sens d'un financement solidaire.

- Par le biais de la qualité des produits et des conditions de travail les entreprises sont directement responsables de la santé de l'ensemble de la population. On peut débattre de la forme de leur participation au financement des dépenses de santé, mais elles doivent participer à ce financement.



Le SMG est un syndicat créé en 1975 qui a regroupé autour de sa charte des médecins généralistes voulant rompre avec le modèle bio-médical dominant pour le remplacer par un modèle de santé apte à lutter contre les inégalités et accessible à tous. Depuis, le SMG conduit une réflexion sur la santé et édite une revue *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique, mène des actions pour réorganiser le système de soins. Le SMG s'est ouvert en 2002 à tous ceux, professionnels du soin ou citoyens préoccupés des questions de la santé, qui se retrouvent dans ses idées et ses projets. Le SMG conduit des partenariats avec toutes les forces sociales et politiques qui sont attachées aux principes de justice sociale.

Le SMG est membre fondateur d'ATTAC.

Pour nous joindre, pour être informé, pour nous soutenir financièrement, vous pouvez adhérer au Syndicat de la Médecine Générale (SMG)



PRATIQUES, les cahiers de la médecine utopique

Pour diffuser et partager ses idées, le Syndicat de la Médecine Générale s'appuie sur sa revue "Pratiques, les cahiers de la médecine utopique". Le premier numéro date de 1975. C'est une revue trimestrielle qui s'adresse aussi bien à des professionnels du soin qu'à des lecteurs grand public.

Pratiques est une revue indépendante financée exclusivement par ses abonnements et ses ventes en librairie, sans l'aide de la publicité des laboratoires pharmaceutiques.

Issue de la réflexion des soignants de différents horizons (généralistes, infirmières, médecins de PMI, psychiatres...) c'est une revue de témoignage, de réflexion et d'élaboration d'alternatives. Pratiques se veut être un lieu de débat avec les citoyens sur les enjeux de la médecine, du soin et de la santé dans la société.

Prochains numéros à paraître : juillet 2004, n°26 : L'exil et l'accueil

oct. 2004, n° 27: Les alternatives pour notre système de santé

Pour avoir des renseignements complémentaires sur la revue Pratiques ou le SMG, laissez-nous vos coordonnées écrites ou électroniques. Nous vous répondrons par le moyen qui vous convient le mieux. Vous pouvez aussi consulter notre site internet : <http://www.smg-pratiques.info>

Nom et prénom.....
 Profession
 Adresse

 Code postal Ville
 Tél. :
 Fax :
 e-mail :

SMG / PRATIQUES
 52, rue Gallieni - 92240 MALAKOFF
 Tél.: 01 46 57 85 85
 Fax: 01 46 57 08 60
 e.mail : syndmedgen@free.fr
 revuepratiques@free.fr

Vous pouvez nous commander ce fascicule format papier ou électronique. Contactez-nous.