

DOSSIER REVENDICATIF 2021 de l'UNIR SOLIDAIRES

La SANTÉ des PERSONNES RETRAITÉES

1^{ère} PARTIE – Définition et bref historique

1° La santé, un bien commun, un bien précieux

Dans l'ensemble des cultures et des civilisations, la santé a toujours été une des préoccupations majeures et quotidiennes de chaque personne. Progressivement, grâce à des luttes sociales et politiques, ce souci individuel est devenu l'objet de recherches et de responsabilités plus ou moins collectives.

Les révolutionnaires français avaient érigé en principe d'assurer « les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler » (Article 21 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 23 Juin 1793). Ce droit à la santé est alors lié au droit au travail : la personne en bonne santé et sans ressources a le droit d'exiger un travail, celle qui en est incapable a droit à une aide ou à un secours. Mais ce seront les ouvriers eux-mêmes (textile, mine, SNCF, etc.) qui, les premiers, mettront en place et financeront des sociétés de secours mutuel.

Progressivement, le droit à la santé va devenir un puissant levier du progrès social. L'OIT (Organisation Internationale du Travail) revendique, dès sa création en 1919 : « un traitement décent des travailleurs ». Le travail n'est plus seulement la tâche à réaliser pour l'employeur, mais permet d'accéder à un statut, assorti de droits et de protections (santé, accident, retraite).

Au début du XIX^e siècle, en France et en Allemagne, le patronat a compris qu'il fallait protéger le corps des ouvriers car ils représentaient des investissements et des capitaux, comme les machines. Chaque année, les explosions dans les mines provoquaient des centaines de victimes et on comptait plusieurs dizaines de milliers d'accidents industriels.



Dès 1898, les attentes des travailleurs-ses en matière de protection commencent à être prises en compte, avec l'indemnisation des accidents du travail. C'est le 30 avril 1930, avec la loi sur les Assurances sociales, dite Loi Tardieu, que sont mises en place des assurances sociales obligatoires (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès). Avant la guerre de 1914-1918, de manière générale, les soins étaient prodigués gratuitement par des congrégations. L'hygiène manquait, les gens mouraient de la tuberculose, de beaucoup de maladies infectieuses. Le paternalisme de certains employeurs permit de mettre en place des assurances sociales d'entreprises (De Wendel, Michelin, etc.), qui, malgré les salaires très bas, fidélisaient les travailleur-ses.

Le 15 mars 1944, dans une France encore occupée par l'Allemagne nazie et gouvernée par un gouvernement Pétain de collaboration, le Conseil National de la Résistance (CNR) propose : « *Un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens les moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ». Alexandre Parodi, ministre du Travail et de la Sécurité sociale de septembre 1944 à octobre 1945, secondé par Pierre Laroque, vont bâtir les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 qui mettent en place la Sécurité sociale. La concrétisation sera ensuite l'œuvre du nouveau ministre du Travail et de la sécurité sociale, Ambroise Croizat, syndicaliste CGT de la fédération des Métaux et membre du Comité Central du Parti Communiste, toujours épaulé par Pierre Laroque. C'est plus ou moins le principe : « Chacun-cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins » qui est retenu et mis en application, avec de nombreux manques ; ainsi, c'est l'époque de la reconstruction, le chômage est inexistant et sera oublié par le législateur de 1945. Salarié-e-s et employeurs alimentent le pot commun.



La collaboration active du patronat pendant l'occupation nazie a discrédité cette frange réactionnaire de la société, qui ne peut s'opposer au compromis historique qui fonde des droits nouveaux. Cependant, ce programme ne va finalement pas assez loin, et ne garantit pas universellement tous les citoyens et toutes les citoyennes, mais seulement les salariés et salariées et leurs familles. Premier problème, ce programme ne remet nullement en cause l'exercice libéral de la médecine ni le paiement à l'acte et va jusqu'à conventionner des établissements privés lucratifs : les cliniques commerciales.

Au final la socialisation, partielle, ne porte que sur les cotisations et la gestion de la couverture sociale. Pas sur les dépenses. On cotise social, on dépense libéral et commercial. D'autant plus qu'au sortir de la guerre il n'y avait pas encore de médecins temps plein dans les hôpitaux. Par ailleurs, des réticences corporatistes permettront à certaines professions de conserver leur statut spécifique. De plus, le financement n'est pas assuré par tous les revenus, mais seulement par ceux du travail salarié.

Autre problème : au moment de la création de la Sécurité Sociale, les mutuelles de la fonction publique en refusent le principe - alors que les mutuelles ouvrières participent à sa création. Pour les gardiens de la mutualité, la Sécurité Sociale ne devrait protéger que les plus démunis, au moyen de cotisations obligatoires pour tou-tes les travailleur-ses. Les mutuelles n'œuvrent donc pas pour la prévoyance collective, mais, sur la base de cotisations volontaires, permettent une assurance complémentaire aux personnes selon leurs moyens - ici, le droit n'est plus universel, il permet de protéger les seul-es cotisant-es en fonction des contributions volontaires auxquelles ils et elles s'astreignent. Plus les cotisations sont importantes, plus l'assurance couvrira de frais. On est donc loin du principe de la Sécurité Sociale.

Avec les attaques répétées contre la Sécurité Sociale depuis le début de la V^e République, le désengagement progressif de l'Assurance Maladie va légitimer et accélérer le développement de trois types d'organismes complémentaires :

- Les mutuelles, à but non lucratif, qui sont gérées par les sociétaires, élu-es en AG. Elles doivent respecter le Code de la Mutualité, qui prône la solidarité entre tou-tes les membres sans sélectionner les risques. A noter que certain-es fonctionnaires ne dépendent pas directement de la Sécurité Sociale mais sont géré-es entièrement par une mutuelle.
- Les institutions de prévoyance à but non lucratif, qui sont gérées à part égale par le patronat et les organisations syndicales. Elles sont encadrées par le Code de la Sécurité sociale. A noter que des régimes spéciaux ne dépendent pas directement de la Sécurité Sociale, mais relèvent entièrement leur régime spécial.
- Les assurances privées, qui réalisent des profits sur le dos des assuré-es, dont une partie est reversée aux actionnaires. Elles sont encadrées par le Code des Assurances.



Ces complémentaires, en contrepartie de cotisations individuelles, vont rembourser tout ou partie de la différence laissée à la charge des assuré-es par l'assurance maladie. Le résultat est un transfert de compétences de la Sécurité sociale vers les complémentaires et une ouverture, plus grande et organisée, de la santé au marché. La mise en concurrence qui s'en est suivie a conduit progressivement les mutuelles à se rapprocher des pratiques des assurances privées (certaines mutuelles ont de moins en moins à voir avec des pra-

tiques solidaires) et à une concentration de ces organismes. Depuis 2001, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et celui des institutions de prévoyance par deux. Selon le rapport 2015 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé en 2014, la concentration du secteur de l'assurance santé, engagée depuis le milieu des années 1990, se poursuit dans le mouvement mutualiste.



La transposition en 2002 des directives européennes relatives aux assurances et de nouvelles obligations prudentielles à compter du 1^{er} janvier 2016 ont conduit les mutuelles à se restructurer pour renforcer leur solidité financière et leur compétitivité. En 2014, sur un total de 573 opérateurs d'assurance maladie complémentaire, on dénombre 453 mutuelles, 94 sociétés d'assurances et 26 institutions de prévoyance. Le rapport précise que si les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la couverture santé complémentaire, leur part de marché diminue au profit des assurances, mais elles restent « leaders » de l'assurance complémentaire santé avec 53 % de la part de marché globale en 2014.

Une autre conséquence particulièrement inquiétante de la concurrence est le rapprochement largement engagé, et qui se poursuit, entre mutuelles de la fonction publique, sociétés d'assurances et instituts de prévoyance.

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, à l'intitulé particulièrement ronflant « accord pour un nouveau modèle économique et social, au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés » (rien de moins, un « nouveau modèle social » avec, déjà, du « en même temps » l'intérêt des entreprises et l'intérêt des salarié-e-s !), veut présenter de nouveaux droits aux salarié-e-s par une assurance complémentaire obligatoire. Celle-ci doit théoriquement être prise en charge à moitié par les assuré-e-s, à moitié par les entreprises (cette « moitié patronale » étant en fait en partie compensée par des aides publiques, c'est-à-dire déjà à 50 % par celles et ceux qui acquittent la TVA). Dès lors que cette assurance est obligatoire, on aurait pu imaginer que ce soit une extension de l'assurance maladie ; justement, non, il s'agit bien d'introduire un peu plus le marché dans le secteur de la santé.

Mais, en Alsace et en Moselle, les salarié-es ne veulent pas de cette mesure. Leurs organisations syndicales protestent vivement et manifestent contre l'ANI. Les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin bénéficient d'un régime d'assurance maladie spécifique depuis 1884, qui permet à ses adhérent-e-s de bénéficier de versements complémentaires, en plus des remboursements alloués par l'Assurance maladie aux salarié-es inscrit-e-s au régime général. Ils et elles sont donc mieux couvert-es pour leurs dépenses de santé : la cotisation est proportionnelle aux revenus, sans fixation de plafond, ne varie pas selon le nombre d'ayants droit du foyer et n'augmente pas avec l'âge. Cette histoire est liée à celle de la région annexée par les Allemands entre 1871 et 1918. Ce territoire sous administration prussienne puis allemande, profita alors du régime de protection sociale allemand, qui offrait une forte socialisation de la prise en charge des dépenses médicales. En 1945, les populations de ces trois départements refusèrent la mise en place du ticket modérateur car leur régime était beaucoup plus intéressant : il couvrait presque totalement leurs dépenses de santé. (Un décret du 31 mars 1995 a actualisé la gestion de ce régime spécifique). L'ANI de 2013 n'intéressait nullement la population d'Alsace Moselle, qui était prise en charge quasi intégralement par le Régime spécifique obligatoire pour les salarié-es du privé. Les assurances complémentaires couvrent uniquement ce qui ne l'est pas. C'est bien la confirmation que les complémentaires-santé ne fonctionnent que grâce aux insuffisances de l'assurance maladie.

Cette mesure concernant l'assurance complémentaire privée obligatoire instaure une compétition féroce entre les entreprises du secteur, mutuelles et assurances privées. Les entreprises publiques, comme la SNCF (qui, parallèlement, démantèle ses propres services de santé), enfoncent le clou en faisant le choix, pour leur personnel contractuel, d'une assurance complémentaire privée (Humanis du Groupe Malakoff-Mederic) et non d'une vraie mutuelle à but non lucratif. Cela reflète la volonté des pouvoirs publics d'assurer au secteur privé de juteux bénéfices. Les Français-es sont attaché-es à la protection sociale ? Voilà l'occasion pour eux d'accroître leur protection, non dans leur réel intérêt, mais conformément aux vœux du patronat, en allégeant leur participation au financement de la Sécurité Sociale, et en transférant une partie de la prise en charge aux assurances privées.

Actuellement, dans nos cultures, l'état de santé de tout être humain n'est plus seulement considéré comme une conséquence de la fatalité, du hasard ou du sort, mais peut aussi découler d'un ensemble d'éléments dans lesquels interviennent des choix, des comportements individuels et des responsabilités collectives, notamment liées à l'activité professionnelle, à l'environnement sanitaire, alimentaire, etc. La santé demeure un élément primordial du bien-être physique et mental et du confort de vie de chacun-e, elle doit donc être protégée et préservée à tout âge de la vie. Elle est aussi un indice d'une société bien gouvernée, où les responsables politiques œuvrent pour que le bien être de chacun-e passe avant l'accroissement du capital financier.

2°/ L'état de santé, la conséquence de multiples éléments.

Si la santé de chacun-e dépend de multiples facteurs, génétiques notamment, il en est beaucoup qui améliorent ou dégradent la santé et qui sont directement liés à nos conditions de vie :

- un régime alimentaire sain ou nocif tout au long de la vie, qui dépend à la fois largement des conditions de ressources de chaque individu et des profits des groupes de l'industrie agro-alimentaire qui décident des conditions de production et de distribution des aliments et n'appliquent qu'avec réticence le peu de règles sanitaires que leur imposent les politiques publiques,
- un environnement général avec l'air de plus en plus pollué par les émissions de gaz toxiques, ou l'eau et les nappes phréatiques qui concentrent nitrates, métaux lourds, résidus radioactifs, pesticides et nombreux produits chimiques,
- un habitat de qualité, des logements d'accès facile, dans un environnement agréable ou non,
- des conditions de travail correctes ou mauvaises dues à la précarité, aux cadences infernales, aux risques d'accident, aux nuisances diverses, au stress, à la souffrance au travail,
- des conditions de vie liées au niveau de revenus et aux problèmes familiaux ou de voisinage,
- de l'âge de cessation d'activité, de plus en plus tardif, qui fait baisser l'espérance de vie en bonne santé et qui ouvre la retraite à des personnes plus âgées et plus fatiguées,



- des possibilités d'accès aux divers soins médicaux et aux services de santé plus ou moins accessibles, matériellement et financièrement,
- de la possibilité de continuer à vivre chez soi, dans de bonnes conditions, notamment grâce à l'intervention de services à domicile et à des aménagements de l'habitat abordables financièrement et en quantité suffisante, afin d'éviter le syndrome de glissement.

Il est évident que les politiques publiques ont un rôle important à jouer pour permettre à chacun-e de sauvegarder sa santé ou de l'améliorer en cas de besoin. Par conséquent, l'accès aux soins de qualité, égal pour tou-tes, partout et à tout moment, devrait être reconnu comme un droit fondamental. Face au risque de la maladie, de l'accident ou simplement au vieillissement, toutes les personnes âgées doivent donc être l'objet d'une préoccupation particulière. Nous resterons spécialement mobilisé-es contre la tendance lourde actuelle qui vise à "responsabiliser" individuellement les malades pour refuser ou limiter leur prise en charge.

3°/ Difficultés particulières des personnes âgées ou fragilisées en matière de santé.

Les personnes âgées ont « en moyenne » plus recours aux soins médicaux que les autres tranches d'âge de la population. C'est la conséquence « normale » du vieillissement (lequel, paradoxalement, est également dû à une amélioration générale de la situation sanitaire et à une espérance de vie plus longue). Le vieillissement se constate par de multiples aspects. Du fait de la cessation de l'activité professionnelle, des personnes retraitées ont moins d'activité physique. La sédentarité risque de conduire à une moindre résistance physique à l'effort, ce qui peut affecter les capacités fonctionnelles des personnes. Le muscle cardiaque peut être touché (troubles du rythme cardiaque, etc.), ce qui peut avoir pour effet de multiplier les risques de maladies cardiovasculaires. Du fait du vieillissement des organismes, les personnes âgées sont plus fragiles. Ainsi, les personnes âgées sont plus exposées aux chutes. La force musculaire diminue, l'amplitude des gestes est diminuée par l'arthrose qui, elle, est due à une dégénérescence du cartilage des articulations, laquelle est souvent liée au vieillissement. La précision des gestes peut être altérée (maladie de Parkinson, etc.).



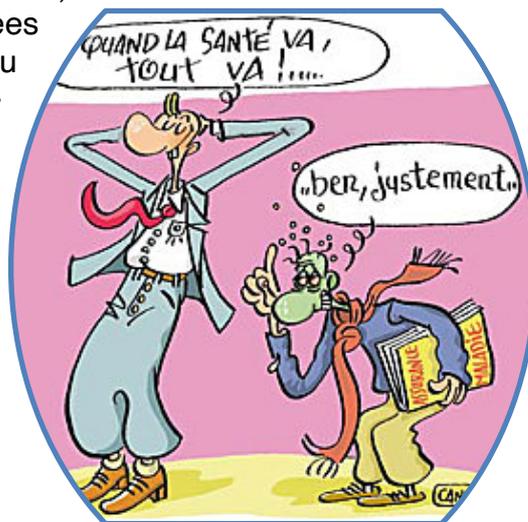
La marche peut être rendue plus difficile. Les troubles visuels et auditifs peuvent se surajouter qui vont diminuer l'aptitude à éviter les obstacles. Le résultat de tout ceci est que les chutes sont une cause importante de mortalité chez les personnes âgées (50 000 fractures du col du fémur chaque année en France). D'autres maladies peuvent caractériser la situation des personnes âgées : le diabète, la maladie d'Alzheimer (environ 3 millions de personnes sont concernées par la dégénérescence de certaines parties du cerveau), l'ostéoporose (les personnes devenant moins résistantes aux chocs, plus sujettes à des fractures, du fait de la diminution de la densité osseuse), etc. Les fortes prescriptions de psychotropes contribuent largement à ces désa-

gréments. Laboratoires, médecine libérale, biopsychiatrie ... : notre pays devient champion d'Europe de l'utilisation de la chimie pour répondre au mal-être, aux insomnies, à la solitude... La prévention reste le parent pauvre avec cette économie de la santé uniquement basée sur le paiement à l'acte et le curatif.

Pour toutes ces raisons, les personnes âgées subiront plus fortement les politiques publiques en matière de santé, et les économies que les gouvernements choisissent d'imposer toucheront en premier lieu ceux et celles qui en ont le plus besoin, et qui sont aussi les plus modestes, se passant du « confort » qu'offrent certains médicaments, à leurs dépens.

Suite aux différentes réformes de la protection sociale, et en particulier de l'assurance maladie, la population retraitée est de plus en plus confrontée à de multiples difficultés d'accès aux soins. Ces difficultés émanent de plusieurs facteurs, soit communs à toute la population, soit ayant un impact plus fort sur les personnes âgées :

- diminution de la prise en charge par l'assurance maladie et baisse des revenus résultant du gel des pensions ou de leur faible revalorisation, tout ceci consécutif aux politiques d'austérité menées à l'égard du plus grand nombre par la réduction du « poids des retraites dans le PIB » et par la limitation des dépenses de santé, le tout pour réduire « les charges » qui pèsent sur la compétitivité des entreprises, en fait, sur le niveau des dividendes des actionnaires,
- désertification médicale dans les campagnes, certaines banlieues et petites agglomérations,
- difficulté d'une mobilité autonome due à l'éloignement des grands centres (absence de voiture, de transports publics),
- coût des soins et dépassements d'honoraires,
- diminution de l'offre d'établissements de santé,
- fermeture de lits en gériatrie,
- franchises médicales,
- reste à charge et déremboursement des médicaments.



2ème PARTIE - BAISSÉ DES REVENUS ET DES REMBOURSEMENTS

1/ Les plans de « sauvegarde » de la Sécurité Sociale

Les Ordonnances de Gaulle de 1967

Dès 1964, des rapports « d'experts » se succèdent pour montrer que les dépenses de santé explosent (+ 1/3 en 10 ans) et que, du fait du « bon » remboursement des soins, les Français-es consomment des médicaments et des soins « inutiles ». C'est à ce moment qu'émerge ce principe du ticket modérateur, qui instaure une participation financière obligatoire des assuré-es à leur santé (en plus des cotisations prélevées sur leur salaire), et qui réduit le « tiers payant » aux hôpitaux (publics et privés conventionnés) : pour les autres structures, les personnes assurées doivent avancer le montant des frais des soins. La fracture de santé entre la population la plus modeste et celle la plus aisée va dès lors peu à peu se creuser au fil des mesures mises en place au cours des décennies suivantes. Pompidou exige du Parlement les pleins pouvoirs pour faire passer ses ordonnances qui voient notamment la création de 3 caisses de Sécurité Sociale au lieu d'une seule : maladie, famille et retraite. Le patronat obtient à cette occasion la mainmise sur le

budget de la Sécurité Sociale : les élections au Conseil d'Administration ont été supprimées, la gestion est devenue paritaire : 50 % de représentant-es du patronat, et 50 % des OSR (Organisations Syndicales représentatives). Dès lors, l'État accompagnera le patronat dans ses exigences de baisse des dépenses de santé (et donc du financement qu'il doit lui apporter). En 1967, le temps de la Libération est révolu depuis pas mal d'années, et le capitalisme a récupéré sa prééminence, modifiant le rapport de force en sa faveur. Le « Grand Homme » de 1940 – 1945 va préserver les intérêts de la classe capitaliste, conservatrice et antisociale. Une grève générale contre ces mesures débute le 16 mai 1967, suivie d'un autre appel en décembre et sera un peu aussi le prélude de Mai 68. Pendant les années 70, la modernisation et la reconstruction du parc hospitalier à l'échelle nationale poussent les hôpitaux à emprunter des sommes considérables. L'abandon du financement à faible coût par la Caisse des Dépôts et Consignations et son remplacement par des emprunts sur le marché bancaire font exploser la dette hospitalière. Ce système poussera beaucoup d'établissements vers les emprunts toxiques alourdissant la dette.

Loi du 31 décembre 1971 « portant amélioration des pensions du Régime général et du Régime des salarié-es agricoles, dite Loi Boulin (du nom du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale du Gouvernement Chaban-Delmas) revalorise de 5 % les retraites attribuées avant le 1^{er} janvier 1972, et augmente le taux maximum de la pension applicable au salaire moyen, qui passe de 20 à 25 % à 60 ans et de 40 à 50 % à 65 ans. Cette loi calcule la retraite sur les 10 meilleures années au lieu des 10 dernières. Pour garantir la pérennité du système, la durée d'assurance pour une pension complète passe progressivement de 120 trimestres à 150 trimestres (de 30 ans à 37,5 ans). Et des mesures sont prises en faveur des femmes mères de famille.

En 1975, le Plan Barre augmente les cotisations, impose un ticket modérateur sur les dépenses de transport, augmente celui déjà appliqué sur les actes d'auxiliaires médicaux, et



supprime le remboursement de médicaments « de confort ». Ainsi, les progrès que connaît la pharmaceutique, et qui ont pu exister grâce à la contribution de tout-es à la recherche médicale, à cause des déremboursements, ne vont plus bénéficier plus qu'aux seules personnes les plus aisées (les autres n'ayant plus les moyens de se les offrir).

En avril 1977, le Plan Veil (du nom de Simone Veil, la ministre de la Santé et de la Sécurité sociale du gouvernement Raymond Barre) prévoit des mesures drastiques d'économies des dépenses de santé, notamment par une nouvelle augmentation du

ticket modérateur sur les médicaments de « confort » (qui passe de 30 % à 60 % de reste à charge). Il s'agit de « responsabiliser » les assuré-es qui « consomment trop de médicaments ». Les remèdes irremplaçables continueront d'être remboursés à 100 %. Une politique de stabilisation, voire de réduction, du nombre de lits est instaurée.

1979, le Plan Barrot, invente « le trou de la Sécu » pour justifier de nouvelles réductions de prises en charge, et relaie l'exigence patronale de ne pas augmenter les ressources de la protection sociale. Un plan de 8 milliards d'économie est programmé pour l'hôpital.

1982, le Plan Bérégovoy, sous la présidence de François Mitterrand, crée une contribution de solidarité généralisée sur les revenus de toutes les personnes imposables. Plus de mille médicaments ne sont plus remboursés qu'à 40 %.

En 1983, le Plan Bérégovoy et Delors crée le forfait hospitalier, officiellement pour juguler les abus dont certains établissements hospitaliers se rendaient responsables en prolongeant le séjour des patient-es plus longtemps que nécessaire pour faire « rentrer de l'argent ». Ce forfait est censé représenter la participation financière des patient-es aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation (frais d'hôtellerie et de restauration, blanchisserie ...). Les responsables politiques décident donc de rançonner les seul-es malades pour corriger les dérives des gestionnaires hospitaliers. Ce forfait hospitalier sera repris par de nombreux gouvernements et augmenté (il est porté à 20 euros en 2018 : 6,7 fois plus qu'en 1983 - le PIB n'aura été multiplié que par 3,6 pendant la même période : ce qui montre bien quels choix sont faits par le patronat).

Le Plan Dufoix de 1985 impose la baisse du remboursement des soins infirmiers et des analyses biologiques.

Le Plan Seguin de 1986 supprime la « 26e maladie », ce mécanisme qui permettait aux assuré-es de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dès que la dépense restant à leur charge dépassait 80 F/mois ou 480 F/6 mois. Il réévalue le forfait hospitalier.

En 1987, le nouveau Plan Seguin organise une nouvelle baisse de revenus des retraité-es : les pensions du privé sont alignées sur les prix et non sur les salaires - elles vont donc croître beaucoup moins vite.

En 1988, le Plan Evin au cours du second quinquennat de Mitterrand, assouplit quelques mesures prises par la droite pendant 2 ans : retour à une prise en charge à 100 % des maladies de longue durée, baisse du prix des médicaments remboursés et des actes de biologie, etc.

Avec l'instauration de la CSG, **le Gouvernement Rocard** fait entrer l'impôt dans le financement de la santé : la notion de droits liés à des cotisations est progressivement distendue. De plus, la CSG n'améliore en rien les finances de la Sécurité Sociale. Les réformes des années 1990 attaquent à la fois le niveau des pensions (désormais calculées sur 25 « meilleures années » au lieu des 10) et le niveau des remboursements (qui passent de 70 à 65 %). De nombreux services d'urgence et de maternité d'hôpitaux publics vont disparaître, laissant la porte grande ouverte aux cliniques privées à but lucratif qui, peu à peu, vont s'emparer de tous les secteurs « rentables » de l'hôpital public, pour ne plus lui laisser que ce qui ne l'est pas, comme le traitement des maladies lourdes, chroniques ... Les soins journaliers sont sacrifiés. Et le prix des mutuelles explose pour faire face aux déremboursements de plus en plus importants.

Le Gouvernement Balladur et sa ministre des affaires sociales, Simone Veil, face au déséquilibre du système de santé, largement dû à un manque de ressources (emploi en baisse, refus d'emprunt d'État à long terme pour le financer ...), imposent un plan d'économie de 32 milliards de francs (4,7 milliards d'euros). Le ticket modérateur augmente de 5 % (il passe à 30 %) pour les honoraires de médecins, d'auxiliaires médicaux et médicales et les médicaments. Le forfait journalier passe à 55 francs.

1995 : si une partie du **plan Juppé** (celle portant sur la réforme des retraites) a été repoussée grâce aux grandes grèves de fin 1995, la mise sous tutelle de l'État est, elle, validée. Désormais, chaque année, le Parlement vote la loi de Financement de la Sécurité Sociale. Ceci veut dire que le pouvoir exécutif fixe *a priori* une limite aux dépenses de Sécurité sociale (en fonction de multiples critères, financiers, politiques, par exemple favoriser le développement du secteur privé ou favoriser la financiarisation du secteur de la santé, etc.), et, ensuite, les besoins de Sécurité sociale ne peuvent être satisfaits qu'à l'intérieur de ce plafond. C'est l'ONDAM, l'Objectif National de



Dépenses d'Assurance Maladie. On est loin de l'idée de quantifier les besoins pour mettre en place ensuite le financement et assurer le bien-être de tous et toutes. Le patronat se voit désormais offrir la possibilité de concurrencer la Santé publique et d'offrir dans certains domaines, des soins plus chers (mais pas forcément meilleurs) dans des cliniques privées où les dépassements peuvent être faramineux, et des assurances adaptées très chères pour ces soins particuliers, à celles et ceux qui auront les moyens de se les offrir - tout cela sous le prétexte de sauvegarder le système de santé ! Et ce qui est vrai pour les soins, l'est aussi pour la perte d'autonomie. Partout fleurissent les maisons de retraite privées, subventionnées par l'État pour les soins, dont les tarifs prohibitifs assurent de confortables dividendes aux actionnaires, tout en voyant s'accroître les cas de maltraitance des résident-es.

2/ Désertification médicale

Elle est réelle dans les campagnes, les petites agglomérations et les banlieues, c'est-à-dire les endroits les moins « riches », où le revenu des habitants nécessiterait un bon coup de pouce afin de les amener à ne pas renoncer aux soins, tant leurs urgences sont ailleurs. En 2017, 7,6% des personnes âgées vivent avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, un taux deux fois inférieur à la population totale, mais qui masque d'énormes inégalités entre territoires. Les retraité-es en Ile de France ont une pension moyenne supérieure de 23 % à la moyenne nationale. Elle est de 10 % inférieure en Corse, de 6 % inférieure dans les Pays de Loire, de 5 % dans l'Est, le Nord et Midi Pyrénées.

Le *numerus clausus*, c'est-à-dire la limitation dans l'admission aux études de santé, hérité de lois de l'avant-guerre, puis du pétainisme, lois de chasse aux étudiant-es en médecine étranger-es et particulièrement appliquée aux étudiant-es juifs et juives d'Europe Centrale, découle en France d'une loi de 1971 qui permet de fixer directement chaque année, par arrêté ministériel, le nombre d'étudiant-es pouvant être admis-es en deuxième année de médecine, d'odontologie, de pharmacie, de kinésithérapie, de sages-femmes. Ce sera une des principales causes de la désertification médicale de certains territoires, avec le principe de la liberté d'installation des professionnel-les. Ce *numerus clausus* a été supprimé de 20 mars 2019 par les député-es à l'Assemblée Nationale. Mais la sélection reste. Ce sont les ARS qui fixent le nombre de places après propositions des facultés de médecine.

Le phénomène de la désertification médicale fait l'objet d'études et d'articles de presse depuis le début des années 2000. Nombre de médecins en zone rurale partent en retraite et ne sont pas remplacés. Le statut de médecin de campagne ne fait plus rêver, certains territoires sont des repoussoirs. Les conjoints des jeunes diplômés ont leur propre carrière professionnelle, loin des campagnes. Les jeunes médecins ne sont pas attirés par ces carrières où tout le temps disponible, toute la vie ou presque, est consacré aux patients.



Le coût prohibitif de l'immobilier dans les grandes villes, et c'est tout particulièrement le cas pour Paris, incite les ménages les plus modestes à s'éloigner du centre, ou même de la banlieue proche, et à s'installer à la campagne. D'où, dans certaines régions, un repeuplement de bourgades auparavant désertées. Mais ce relatif repeuplement n'est pas suivi par une arrivée, ou un retour, des commerces, des services, des services publics, et des médecins.

Et dans ces zones qui continuent à se dépeupler, la fuite de tous les services ne fait qu'accélérer le vide. Dans de nombreuses petites villes, des structures de santé ont fermé, notamment les petits hôpitaux et les maternités, jugés de qualité insuffisante, arbitrairement, pour des raisons économiques.

Aucune mesure coercitive, voire seulement contraignante, n'est prise à l'égard du corps médical pour pallier ces déserts sanitaires. En outre, un cabinet de spécialistes dans les villes importantes assure des revenus et une vie professionnelle bien plus confortables que celui du médecin de campagne.

La création de Maisons Médicales et de Maisons de Santé dans les petites et moyennes agglomérations, assorties d'aides à l'installation pour les médecins, permettra-t-elle de pallier en partie la pénurie ? Ces structures sont organisées de manière différente : les Maisons Médicales sont des sortes de Cabinets regroupant des médecins libéraux, (et donc payés à l'acte) ; les Maisons de Santé regroupent des personnels, dits de santé, salariés. Dans ces deux types d'établissements, qui seront peut-être la norme dans une décennie, les médecins exercent leur profession en lien avec le personnel, paramédical (infirmières, kinésithérapeutes), ou des médecins généralistes ou spécialistes. On y pratique notamment la télé-médecine. La loi sur la modernisation de la santé a prévu d'instaurer des auxiliaires médicaux pour alléger les tâches des médecins. Cependant, cette généralisation d'auxiliaires médicaux normalise la médecine à deux vitesses : des médecins qui exercent en ville, et des professionnels de santé moins diplômés en campagne. Les maisons médicales, même si de nombreux spécialistes y consultent, ne remplacent ni l'hôpital public, ni les dispensaires d'antan, où les soins n'occasionnaient pas de reste à charge, quelle que soit la spécialité.

3/ Mobilité

Les senior-es, notamment dans les petites villes, ou en campagne, du fait de leur éloignement des grands centres où sont concentrées les offres de santé publique prises en charge à 100 % (hôpitaux publics), sont pénalisé-es. L'avancée en âge rend difficile l'usage de véhicules personnels, et même lorsque des aides sont mises en place pour permettre les déplacements, et donnent droit à des déductions d'impôt, ces services sont payants, et peuvent représenter un coût important pour les personnes devant suivre des soins réguliers (kinésithérapie par exemple). Les spécialistes reçoivent les patient-es dans leur cabinet, mais ne se déplacent généralement pas au domicile des malades.

De même, l'accès aux véhicules VSL a été réduit, et n'est plus systématiquement accordé, et ce depuis 2007, par exemple pour les personnes ayant à se déplacer pour une consultation ophtalmique - alors qu'elles ne peuvent se servir de leur véhicule au retour. Enfin, une franchise médicale est appliquée, de 2 euros par transport (soit 4 euros pour un aller-retour), généralement non pris en compte par les mutuelles.

4/ Coût des soins et dépassement d'honoraires

Les dépassements d'honoraires font désormais partie de notre cadre de vie, mais il n'en a pas toujours été ainsi. C'est en 1980, sous le gouvernement Barre, qu'ils ont été rendus possibles avec la mise en place d'un « secteur 2 » pour permettre aux médecins des revenus plus confortables sans endetter davantage la sécurité sociale. Les dépassements sont autorisés pour les médecins du secteur 2 et, exceptionnellement, pour ceux et celles du secteur 1 (déplacement à domicile, visites tardives, etc.). Parallèlement, le secteur 1 avait été institué, selon les tarifs fixés par la convention médicale et remboursés par l'assurance maladie (hors ticket modérateur).

Le secteur 2 dit « secteur conventionné à honoraires libres » : le dépassement d'honoraires n'est pas remboursé par la sécurité sociale mais le plus souvent par les complémentaires-santé, selon la tranche à laquelle souscrivent les patient-es. Au départ, 7 % seulement des médecins libéraux avaient choisi le secteur 2, mais déjà en 1989 un tiers des médecins exerçaient en secteur 2. Les dépassements d'honoraires ne cessaient de progresser et, afin d'accroître leurs revenus, de plus en plus de médecins optaient pour le « secteur 2 ». C'est pourquoi, en 1990, les pouvoirs publics ont décidé de « geler » l'accès des médecins au secteur 2, ce qui va ramener leur nombre aux alentours des 10 %. En 2004, la loi Douste-Blazy a autorisé tous les spécialistes à pratiquer les dépassements (en plus de la taxe de 1 euro par acte). Dès lors, certaines spécialités ne sont plus accessibles en secteur 1 (urologie, ophtalmologie, etc.).



Le secteur optionnel intermédiaire : en octobre 2009, l'assurance maladie, les complémentaires-santé et les syndicats de médecins se sont entendus pour mettre en place un secteur intermédiaire, dit « secteur optionnel », où les dépassements d'honoraires sont pris en charge par les complémentaires-santé à condition de rester limités. Le 23 octobre 2012, un nouvel accord est intervenu entre les représentant-es de la Sécurité sociale, les complémentaires-santé et les syndicats médicaux représentatifs, accord qui ne modifie pas la pratique des dépassements d'honoraires mais qui instaure un plafond fixé à 150 % du tarif de la Sécurité sociale, sorte de repère à appliquer avec « tact et mesure » à l'appréciation des praticien-nes.

Le nouveau « contrat d'accès aux soins » : c'est un nouveau secteur tarifaire qualifié de « contrat d'accès aux soins » qui permet la généralisation et la légitimation des dépassements d'honoraires plutôt que leur limitation. Il est évident qu'aucun médecin n'acceptera d'abandonner ses dépassements d'honoraires en secteur 2 par une prise en charge de ses cotisations sociales dans le cadre de ce « contrat d'accès aux soins », lequel bloque ses dépassements à 100 %. Ainsi, même des médecins du secteur 1 pourront pratiquer des dépassements d'honoraires dans le cadre de ce « contrat d'accès aux soins » qui leur est proposé.

Dans le cadre du « Grand Débat national » mis en place par le Président de la République après le séisme provoqué sur le gouvernement par le mouvement des « Gilets jaunes », beaucoup de Français-es ont déposé des contributions pour dire stop aux dépassements d'honoraires ou demander à les limiter. 6 % des généralistes réclament des dépassements d'honoraires, et 46 % des spécialistes. Ces dépassements ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale, et de moins en moins par les mutuelles et, quand elles le font, c'est bien entendu avec une forte augmentation de leurs tarifs.

En 2018, les Français-es ont payé 2,7 milliards d'euros de dépassements. Le chiffre peut paraître abstrait mais ces dépassements sont un obstacle réel pour certaines personnes, parfois obligées de renoncer à des soins. En 2016 et 2017, 26 % de la population a renoncé à des soins médicaux (pas ou peu remboursés, ou nécessitant une avance des frais impossible), 5 % des senior-es ont renoncé à une visite de spécialiste, 21 % à des soins optiques, 30 % à des soins dentaires.



Selon les études de la DREES, le reste à charge moyen annuel en santé serait de 214 €. Mais cela ne comprend pas « les dépenses invisibles » : matériels médicaux, produits d'hygiène et de stérilisation, frais de déplacement ou d'hébergement pour se rendre aux consultations de psychologue, ergothérapeute... pour un montant annuel moyen de 1 000 € par personne selon une enquête indépendante ! Au-delà de cette moyenne, près d'une personne sur 4 déclare un reste à charge de 1 500 € annuels. Plus de 50 % des personnes interrogées font part de difficultés financières du fait de ces dépenses avec, pour 25 %, l'obligation de solliciter, pour faire face à ces frais : un crédit à la consommation, ou l'aide des proches.

5/ Diminution de l'offre d'établissements de santé

Du fait de la fermeture ou du regroupement des hôpitaux, l'offre publique de santé a fortement diminué (380 hôpitaux et cliniques ont été fermés entre 1992 et 2003, et 83 000 lits d'hospitalisation complète sont fermés). Le nombre de maisons de santé où les frais médicaux sont pris en charge à 100 % n'a pas augmenté à la même vitesse que la population. En 1995, la France comptait 1 500 centres de santé pour 59 millions d'habitants, soit un centre pour environ 39 000 personnes ; aujourd'hui, elle en compte 1 600 pour 66,9 millions, soit un centre pour 41 000 personnes. En 2003, le nombre d'hôpitaux et cliniques publics et privés était de 2 938 structures et de 457 132 lits à temps complet (dont 64 % dans le public), 48 521 places à temps partiel (dont 62,1 % dans le public). En 2007, il n'y a plus que 2 877 structures, 449 643 lits d'hospitalisation complète, 44 986 places d'hospitalisation partielle. Certes, les méthodes et la durée des soins hospitaliers ont changé. Les hospitalisations en ambulatoire ont considérablement augmenté, faisant ainsi diminuer les dépenses, sans forcément augmenter le bien-être des patients.

Les plans Hôpital 2007 et 2012 et la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire), avec les « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT) organisent les regroupements excessifs des centres hospitaliers et la fermeture de nombreux établissements de proximité. Il s'agit en fait de réduire la place centrale de l'hôpital public au bénéfice du secteur commercial auquel seront proposées des missions de service public. Au nom d'une recherche de baisse du « coût du travail » et de la mise en concurrence, des emplois sont supprimés dans tous les secteurs et les activités qui ne rapportent pas assez sont abandonnées au profit d'autres jugées plus rentables (actes techniques, chirurgie). C'est une nouvelle sélection qui privilégie les patients à bas risques et conduit à l'exclusion des plus fragiles (personnes âgées, pauvres, poly-pathologiques, etc.).

Il faut attendre 2019, pour que le gouvernement annonce un grand plan pour l'hôpital, pour le sortir d'une situation catastrophique. Mais, pour désengorger les services et offrir de nouveau une grande quantité de soins facilement et rapidement accessibles pour tous et toutes, il faudrait bien plus qu'une reprise de dette et le déblocage d'un crédit de 1,5 milliard d'euros pour l'équipement, d'autant que l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) est figé. Il s'agit donc juste d'un redéploiement des dépenses. Par ailleurs, le transfert vers le secteur privé de nombre de patients consultant aux urgences (du fait notamment qu'ils et elles ne trouvent pas rapidement de consultation privée prise en charge à 100 %) n'est pas assorti d'un moratoire sur l'application des dépassements d'honoraires, par exemple - ce qui risque d'augmenter encore le renoncement aux soins des personnes les plus modestes.



L'arrivée sur le territoire français du virus Covid-19, au début de l'année 2020, va montrer au grand public l'une des conséquences des politiques libérales de casse du service public de santé. Le pays se retrouve avec des moyens d'hospitalisation et un personnel très nettement insuffisants. Par ailleurs, la liberté de circulation des capitaux sans limites ni contrôles a permis aux actionnaires d'aller investir là où ils trouveraient le meilleur rendement pour leur capitaux : la concurrence « libre et non faussée » peut donner libre cours au dumping social, fiscal, environnemental, réglementaire, etc. Le pays est donc sous la



dépendance d'importations pour des besoins qui se révèlent vitaux, comme du matériel médical, des médicaments, du matériel de protection (masques, blouses, etc.). Pendant quelques semaines, le mensonge va être la ligne de conduite du gouvernement dans la « gestion » de cette situation, et le confinement sera d'autant plus strict que les services hospitaliers n'ont pratiquement aucune marge de manœuvre. Ceci est aussi le résultat d'une politique de gestion « à flux tendu » y compris pour les lits d'hôpitaux, qui ne devaient jamais être vides : pour éviter qu'ils le soient, chaque année, les gouvernements, depuis le début des années 2000, n'ont pas cessé d'en supprimer et s'en faisaient gloire lors de leurs conférences de presse annonçant le prochain PLFSS. Quand « la crise » survint, ils ne pouvaient pas dire « qu'ils ne savaient pas » : c'était une politique délibérée, qui a fait que les personnels et leurs

syndicats ont, à de multiples reprises manifesté leur désaccord vis-à-vis de ces choix politiques, sous les quolibets des expert-es officiel-les et des éditocrates médiatiques. Et même au cours de l'année 2020, malgré le discours quasi « altermondialiste » du Président de la République le 12 mars (« *il faut laisser certains biens et services en dehors du marché, etc.* »), les fermetures de lits vont se poursuivre. Le « Ségur de la santé » viendra seulement relever légèrement les revenus de certain-es personnel-les hospitalier-es (tout en les laissant en-dessous de la moyenne OCDE), mais la Loi de financement de la Sécurité sociale 2021 entérinera des fermetures de lits !

6/ Fermetures de lits en gériatrie

Les services de santé touchant tous les âges de la population n'ont pas été les seuls à être attaqués. Les personnes âgées en mauvaise santé subissent, depuis de nombreuses années, une diminution des moyens alloués à leur état sanitaire. Les personnes âgées ont fortement recours à l'hôpital pour des cas souvent complexes, poly-pathologiques. Et si 1 hospitalisation sur 5 leur est dédiée actuellement, d'ici 15 ans, il s'agira d'1 hospitalisation sur 3.

Sur les 241 359 lits ou places disponibles dans les hôpitaux en France, seuls 4,8 % (11 585) sont dédiés à la gériatrie. Pour répondre aux exigences démographiques, il faudrait augmenter de plus de 100 000 le nombre de possibilités d'accueil en hospitalisations dédiées aux personnes âgées d'ici 2030. Pourtant, d'ici 2024, l'APHP prévoit la suppression de 30 à 50 % des lits dans ce secteur. Cette politique est appliquée partout en France. La tarification à l'activité, T2A, ferme peu à peu l'accès à l'hôpital public pour les patient-es poly-pathologiques, tout particulièrement les personnes âgées. Accusées d'obscurcir les lits et de ralentir la course effrénée à la multiplication des actes rentables, les

personnes âgées sont abandonnées dans les services d'urgences, des heures, des jours, parfois plus d'une semaine avant qu'un lit soit parfois finalement disponible. La plupart seront renvoyées à domicile sans réelle prise en charge extra-hospitalière faute de moyens financiers ou d'offre de soins en ville ou pire, à la campagne. D'autres seront renvoyées vers les EHPAD qui, d'une part ne sont pas en capacité d'assurer les soins nécessaires, n'ont pas les personnels qualifiés nécessaires ni les équipements et, d'autre part, ne sont pas pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale - occasionnant ainsi des restes à charge importants pour les familles. En supprimant des lits en gériatrie, les gouvernements font le choix d'augmenter le « marché des EHPAD », et en ne créant pas assez d'EHPAD publics, ils mettent de fait en place une situation qui permet aux investisseurs privés de mieux rentabiliser leurs investissements dans « l'or gris ».

7/ La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2020 (LFSS 2020)

Elle a organisé une progression des dépenses de santé limitée à 2,3 %, la moitié moins que l'augmentation naturelle (et sans compter les retards et insuffisances cumulés depuis 2010). Malgré l'attachement des Français-es à leur système de santé, de nouvelles exonérations de cotisations sociales sont prévues. La ministre de la Santé déclare l'hôpital public « trésor national » mais son programme participe à le dilapider. Avec l'augmentation de la population, son vieillissement, le coût des traitements innovants, il est normal que les dépenses de santé progressent. C'est ce que constate la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale en septembre 2019, qui évalue à 4,4 % l'évolution naturelle de l'ONDAM, soit 8,8 milliards pour 2020. L'ONDAM 2020 lié à l'épidémie de COVID a été porté à 215,7 milliards d'euros (contre 205,6 milliards d'euros initialement prévus).

8/ La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2021(LFSS 2021)

Ce PLFSS prévoit 4 milliards d'économie et s'inscrit dans une politique libérale où le système de Sécurité sociale n'a plus pour objectif de répondre aux besoins de tou-tes ; il octroie un minimum pour les plus précaires et pousse la grande majorité vers le système assurantiel et la capitalisation.

Quant aux mesures concernant le médicament, aucune régulation du marché n'est prévue et l'industrie pharmaceutique peut continuer à engendrer des profits monstres financés par la Sécurité sociale, à l'instar de Sanofi qui a distribué 4 milliards d'euros de dividendes en 2020.

Pour 2021, de nouveaux coûts ont été anticipés pour l'achat de vaccins ou encore de tests et de masques. L'estimation de l'ONDAM pour 2021 a été fixée à +3,5 %, le portant à 224,6 milliards d'euros. Cela sera nettement insuffisant pour faire face aux enjeux sanitaires et entraînera inéluctablement de nouvelles fermetures de lits à cause du manque de personnels. 3 400 lits ont été fermés en 2019 et les fermetures se poursuivent dans de nombreux hôpitaux malgré la crise. Beaujon, Bichat et l'Hôtel Dieu sont sur la sellette (les urgences de l'Hôtel Dieu ont fermé début novembre, en pleine 2ème vague).

Le PLFSS confirme la reprise par la CADES d'un tiers de la dette des hôpitaux actée par la loi du 7 août 2020, ce qui aboutit à transférer à la Sécurité sociale une dette de 13 milliards d'euros dont le remboursement sera financé par les assuré-es à travers la CRDS, alors qu'il s'agit d'une dette de l'État.

Le PLFSS 2021 introduit une participation forfaitaire via le forfait patient urgence (FPU), qui remplace l'actuel ticket modérateur proportionnel pour les patient-es en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation. Il sera pris en charge par les complémentaires santé et appliqué à un montant minoré pour les patient-es bénéficiant d'un régime d'exonération de ticket modérateur. Or, de nombreux soins réalisés aux urgences ne nécessitent pas d'hospitalisation, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne sont pas urgents et sérieux. Ce recours aux urgences témoigne et compense en premier lieu la déficience de la permanence des soins, depuis la levée de l'obligation des gardes par les médecins de ville décidée à l'époque où Madame Bachelot était Ministre de la Santé. Le secteur libéral

bloque tout éventuel retour de cette obligation. Le fait de faire payer les soins aux urgences risque d'encore aggraver la renonciation à des soins indispensables notamment des assuré-es les plus fragiles. Le Gouvernement doit renoncer à ce projet scandaleux.



Au niveau du financement, la Sécurité sociale connaîtra un déficit inédit, actuellement évalué à 45 milliards d'euros en 2020 et à 20 milliards d'euros les années suivantes. Pour financer ce déficit, le Gouvernement prévoit de mettre à contribution les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, assurance santé) en les taxant à hauteur de 1,5 milliard d'euros. Cette mesure entraînera inévitablement des augmentations de cotisations, car elles sont les ressources exclusives des mutuelles. Dans le même temps, les entreprises vont bénéficier de 20 milliards d'euros de réductions d'impôts. Finalement, contrairement à ce que M. Macron a déclaré au printemps, la Santé a un prix, et c'est toujours les mêmes qui le payent.

Le déficit de la Sécurité Sociale, artificiellement créé, principalement par une insuffisance des recettes et des cotisations délibérément retenues (alors qu'une augmentation des cotisations salariales et patronales, la fin des exonérations patronales, et une vraie politique d'emploi auraient apporté les ressources manquantes), permet aux libéraux d'imposer la diminution des dépenses de Santé et de Retraite. Pourtant, le « trou de la Sécu » est un mensonge. Il n'y a pas d'explosion des dépenses de Santé, il y a un assèchement des ressources : des choix idéologiques qui provoquent l'augmentation du chômage (car, lui aussi, est très globalement « organisé » : un taux de chômage important continue de faire pression sur celles et ceux qui ont encore un emploi et les rend moins revendicatif-ves), de la précarité, des exonérations de cotisations non compensées pour soi-disant inciter les employeurs à créer des emplois en rendant le coût du travail plus attractif ... et les incitent surtout à créer des emplois précaires, mal payés, qui leur permettront de diminuer encore le montant de leurs cotisations.

La défense de la santé publique est un choix politique. A chaque crise sanitaire ou économique, les responsables politiques se félicitent de l'existence en France d'un « État providence » qui atténue leurs conséquences - et se précipitent pour en taillader de nouvelles parties. L'actuelle crise du Coronavirus a encore montré la déconnexion entre les promesses présidentielles et les stratégies mises en oeuvre pour y parvenir : le système de santé est un bien précieux ... et la baisse des financements continue à en diminuer les moyens.

Mais de quel État Providence parle-t-on, en fait ? Ce sont les cotisations des citoyen-nés qui financent la protection sociale (ce que l'on appelle « charges patronales » ne sont que des retenues faites sur la rémunération des salarié-es, ce ne sont pas les patrons qui sortent cet argent de leur propre tirelire). Ce sont les impôts payés par les citoyen-nés qui financent une partie des services publics et les aides - puisqu'entre l'évasion fiscale légale, la fraude fiscale, les cadeaux fiscaux ... les entreprises et les personnes les plus aisées sont de moins en moins imposées, de moins en moins contributrices.

9/ Les orientations en matière de santé des personnes âgées pour 2022

Dans les CHU, où les effectifs (infirmier-e et personnel-le paramédical-e) fondent comme neige au soleil, on se limitera aux interventions chirurgicales (souvent en ambulatoire). Le Ministère a instauré le PARPE : plan d'aide pour le retour des personnes de plus de 75 ans à leur domicile. Cela va passer par le retour dans les différents territoires des maisons de convalescence, des unités de moyens séjours dans les hôpitaux ruraux. Le retour au domicile doit se préparer : des équipes paramédicales et de travailleuses sociales et travailleurs sociaux vont se mettre en place. De bonnes intentions qui auront un coût (22 milliards d'Euros).

Dans les orientations ministérielles, la psychiatrie est un autre parent pauvre. Que faire des personnes âgées rencontrant des déficiences psychologiques et mentales ?

De plus en plus, devant un reste à charge important dans les EHPAD, on met en route le séjour en EHPAD en journée, et au domicile la nuit. Un VSL vient chercher les patient-es à leur domicile pour un séjour de quelques heures dans un EHPAD. Face aux maladies dégénératives qui augmentent avec le vieillissement de la population, cette solution peut-elle être une bonne alternative ? L'EHPAD est-il le bon endroit pour ces malades, même de jour, puisque ces établissements n'ont pas vocation à soigner, mais seulement à « garder » ? C'est avant tout une solution économique, gestionnaire - qui a peu à voir avec le soin des personnes.

10/ Franchises médicales et honoraires de dispensation

Les franchises médicales sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (mesure votée dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008 par un gouvernement Sarkozy). Elles ont été présentées comme un moyen de « responsabiliser » les malades, c'est-à-dire comme un moyen de freiner leurs « consommations » de soins, de services médicaux, de médicaments, etc. Ce qui laisse entendre qu'une bonne partie de la population abuserait de la Sécurité sociale. Ce sont des sommes d'argent qui restent à la charge de l'assurée sociale dans le cas où



un remboursement d'assurance maladie est réalisé. Elles s'appliquent sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (ambulances, etc.). Ce sont donc des sommes qui sont déduites des remboursements effectués par la Caisse d'Assurance maladie.

Les franchises médicales sont actuellement de 0,50 euro pour chaque boîte de médicaments, de 0,50 euro pour chaque acte paramédical, prestation et consultation assurée par certain-es professionnel-les (kinésithérapeutes, infirmier-es, orthophonistes, pédicures, etc.) et de 2 euros pour chaque transport sanitaire (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi conventionné, sachant que pour un aller-retour il y aura application de deux fois la franchise de 2 euros). Les actes de prélèvement (prises de sang, etc.) ne font l'objet d'une franchise médicale que lorsqu'ils sont réalisés par un-e auxiliaire médical-e (infirmier-e), ce qui est très fréquemment le cas, ce qui veut dire que nous payons aussi cette « franchise » pour nos prises de sang. Ces franchises médicales pourraient atteindre des sommes très importantes pour des malades ayant souvent besoin de soins et de médicaments (ce qui est le cas de nombre de personnes âgées). Actuellement, un plafond de 50 euros par an est retenu : les franchises cumulées sur une année pour une personne ne peuvent pas dépasser 50 euros. Dans la quasi-totalité des cas, les complémentaires-santé ne prévoient pas la prise en charge des franchises médicales.

Prétendument destinées à limiter les dépenses de santé, ces franchises vont surtout augmenter les dépenses des patient-es et renforcer les inégalités. Si les personnes hésitent, ou renoncent, du fait de la franchise, à avoir recours aux soins primaires, il y a un risque

sérieux que la pathologie dont elles souffrent s'aggrave. Elles auront recours aux soins plus tard et ces soins seront plus onéreux, la pathologie s'étant aggravée, et pour un résultat sanitaire moins bon. On connaît déjà ce phénomène : les catégories socioprofessionnelles les plus modestes utilisent moins la médecine de ville – les dépenses de médecine ambulatoire des cadres sont supérieures de 16 % à celles des ouvrier-es –, et ce moindre recours à la médecine ambulatoire conduit à un recours plus important à la médecine hospitalière. Ainsi, les dépenses de médecine hospitalière des ouvrier-es sont supérieures de 13 % à celles des cadres. Le résultat final étant, avec des pathologies plus graves prises en charge plus tard, une dépense totale plus importante.



Ces franchises médicales ne doivent pas être confondues avec la participation forfaitaire de 1 euro qui s'applique pour tout acte médical sur une personne majeure : consultation médicale par un généraliste ou un spécialiste, examen radiologique, analyses médicales. Cette participation est portée à 24 euros pour tout acte médical d'un coût supérieur à 120 euros. Dans le cadre d'une hospitalisation, c'est le forfait hospitalier qui s'applique, facturé à 20 euros par jour en hôpital et en clinique.

Tous ces frais se cumulent avec le ticket modérateur, qui est la part de dépense restant à la charge des patient-es du fait d'une non-prise en charge par l'assurance maladie : si, pour une certaine prestation, la prise en charge par la Sécurité sociale est de 70 %, le ticket modérateur est donc de 30 %.

A ces coûts supplémentaires qui viennent rendre plus onéreux l'accès aux soins, il faut ajouter le coût des médicaments. La crise sanitaire liée au virus Covid-19 a rappelé au grand public l'importance pour un pays, pour une population, de disposer de sa souveraineté sanitaire. Ce qui n'est pas du tout la situation de la France actuellement. Non seulement l'industrie pharmaceutique est aux mains des détenteurs de capitaux et des « investisseurs », mais la totale liberté de circulation des capitaux permet de délocaliser toutes les activités pour la recherche d'un maximum de profits. Tout ceci permet aux actionnaires de l'industrie pharmaceutique d'amasser de faramineux dividendes, pendant que les « client-es » (les malades, avec leurs cotisations sociales et leurs versements faits aux complémentaires-santé) supportent tout ceci. Si la santé n'est pas une marchandise, ceci implique certainement que le secteur du médicament échappe en tout ou partie au marché. Ce n'est pas du tout la voie suivie depuis des décennies par les gouvernements. Bien au contraire, de multiples décisions sont venues renforcer la rentabilité financière du secteur, depuis la recherche jusqu'au niveau ultime de la distribution finale aux « consommateurs ».



Ainsi, un arrêté du 28 novembre 2014 est venu modifier la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciennes titulaires d'officine et l'assurance maladie. De ce fait, depuis le 1^{er} janvier 2015, les pharmaciennes perçoivent, sur chaque boîte de médicaments remboursables délivrée, des honoraires de dispensation : l'honoraire de dispensation, c'est la rémunération que perçoit un-e pharmacien-ne pour la délivrance de médicaments ordonnancés.

Officiellement, il s'agit de reconnaître, et de rémunérer, le travail des pharmaciennes pour leur mission de conseil dans la délivrance de médicaments prescrits par ordonnance (vérification de l'ordonnance, substitution par des médicaments génériques le cas échéant, bonne compréhension du traitement par les patient-es, etc.). En réalité, il s'agit de consolider la rémunération des pharmaciennes, et de pérenniser la valeur de leurs fonds de commerce.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les tarifs des honoraires de dispensation ont été modifiés à plusieurs occasions. A compter du 1^{er} janvier 2020, les pharmaciennes reçoivent 1,02 euro par boîte de médicaments délivrée à partir d'une ordonnance. Pour chaque ordonnance dite « complexe » (comprenant au moins 5 médicaments ou spécialités pharmaceutiques délivrés en une fois), les pharmaciennes perçoivent, en plus de ce qu'ils ont pour chaque boîte de médicaments, 0,31 euro. Pour une ordonnance « classique », ils ont 0,51 euro. Par ordonnance qui s'adresse à des enfants jusqu'à 3 ans et à des personnes de plus de 70 ans, les frais passent de 0,51 euro à 1,58 euro (soit une majoration de 209 %). On peut se demander où est la justification de ce tarif plus élevé pour les personnes de plus de 70 ans : il faut plus de temps pour leur expliquer quelque chose ? Car ils entendent mal ? Car ils comprennent mal ? Car ils tremblent et mettent plus de temps à ranger leurs papiers et leurs médicaments ? C'est une discrimination supplémentaire à l'égard des personnes âgées.

Par ailleurs, pour chaque ordonnance de médicaments dits « spécifiques » (qui figurent sur une liste établie en annexe de la convention nationale), les frais passent à 3,57 euros par ordonnance. Dans cette liste figure un médicament aussi répandu que le Kardégic. 700 nouvelles références ont été récemment ajoutées à la liste des médicaments « spécifiques », c'est dire que les 3,57 euros vont être facturés de plus en plus souvent. Tout ceci conduit à des sommes considérables. Il faut savoir qu'environ 2,5 milliards de boîtes, flacons, etc., sont délivrés chaque année par les officines de ville et remboursés par tous les régimes, soit plus de 40 boîtes par assuré-e par an. Ces frais sont remboursables par la sécurité sociale à hauteur de 70 %, et à hauteur de 30 % par les mutuelles (pour celles et ceux qui en ont, et qui vont voir leurs cotisations augmenter ; pour les personnes n'ayant pas de complémentaire-santé, ces 30 % seront à leur charge). Ces majorations s'appliquent « seulement » aux médicaments ordonnancés et remboursables. Elles ne s'appliquent donc pas aux médicaments achetés sans ordonnance et aux médicaments prescrits par ordonnance mais non remboursables.

Tout ceci peut conduire à des rentes de situation très confortables : le Kardégic est le 6^e médicament le plus vendu en France. Il n'est délivré que pour un mois, sous la forme d'une boîte de 30 sachets (il n'y a pas d'autre conditionnement). Au total, ceci fera un coût non négligeable pour l'assurance maladie, et pour les mutuelles, et pour les assurés-es.

11/ Restes à charge sur les médicaments et déremboursements

Le principe, c'est le remboursement à 65 % de tous les médicaments figurant sur la liste des spécialités remboursables. D'autres taux sont appliqués (30 % et 15 %, selon le service médical rendu). Les patient-es n'ont pas le droit de refuser un médicament générique, sauf si leur praticien-ne a expressément précisé qu'il n'était pas échangeable. Mais les choix faits par les pouvoirs publics n'ont pas réellement grand-chose à voir avec le service médical rendu. Le déremboursement, en 2015, de 5 médicaments anti-arthrosiques, peu efficaces pour un traitement de fond, mais apportant un réel mieux être aux patient-es et sans effets indésirables importants, en est un exemple. Ce type de mesure, qui fait augmenter les prix (les laboratoires vendent moins à cause du déremboursement, et augmentent les prix des remèdes non remboursés), va conduire les malades à se faire prescrire des anti-inflammatoires ou du paracétamol, plus dangereux pour la santé. C'est exactement le type de décisions qui ne fait pas baisser la consommation de médicaments remboursés, mais la déplace vers d'autres produits plus nocifs, et risquant de provoquer des affections graves.



Autre décision, qui concerne là aussi majoritairement les personnes âgées : en 2018, le gouvernement annonce le déremboursement de plusieurs médicaments anti-Alzheimer, sous prétexte qu'ils ne guérissent pas de la maladie. Pourtant, ces médicaments présentaient un effet bénéfique sur les symptômes de la maladie. Pour les familles qui entendent, malgré tout, continuer à avoir recours aux médicaments, cela signifie mettre la main à la poche. Le déremboursement entraînera une iniquité entre les familles les plus aisées et les plus démunies, soumises à des restes à charge très importants, rares sont celles qui pourront, en sus de leurs dépenses actuelles, assumer les 30 euros mensuels équivalents au coût du traitement - qui se rajoutent à tous les autres frais médicaux non remboursés.

3ème PARTIE - PRESIDENCE MACRON : UNE POLITIQUE DE LIQUIDATION DE L'ETAT SOCIAL

1/La sécurité sociale dans le viseur de la politique libérale du gouvernement

Les mesures d'écrasement frénétique de tout ce qui constitue la protection sociale des travailleurs-ses sont prises tambour battant par un pouvoir politique hors sol, qui ne dirige pas la France comme un pays, mais comme une entreprise, où les « meilleur-es » seront récompensé-es - et les autres devront attendre que « ça ruisselle ». Il n'est plus question de « mettre un pognon de dingue dans les minimas sociaux ». Les victimes des économies à faire sont désignées d'entrée, et les services publics, les outils de solidarité, et la Sécurité sociale ont été très rapidement visés par les mesures d'économies budgétaires.

Les décisions gouvernementales ont eu pour effet de placer la Sécurité sociale dans une tenaille qui ne peut que compromettre les comptes de cette dernière. L'accumulation des baisses et des exonérations de cotisations sociales, au prétexte fallacieux d'aide à la création d'emplois, exonérations de plus en plus souvent non compensées par le Budget de l'État, compromettent les recettes de la sécurité sociale. Ce qui devient ensuite un argument gouvernemental pour réduire des prestations sociales pour cause de risque de déficit. Et c'est une aide très directe aux complémentaires-santé qui vont enregistrer de nouveaux et nouvelles client-es, lesquel-les devront payer des tarifs plus élevés, tant que ceci leur sera possible.

L'attaque contre le système de retraite, avec la nouvelle réforme « à points », devait être un élément décisif dans la réduction du « coût » des personnes retraitées, et une menace supplémentaire sur le pouvoir d'achat de toute cette partie de la population. Malgré plusieurs mois de grèves et de manifestations, malgré quelques reculs du gouvernement, la contestation de la réforme restait majoritaire dans l'opinion début mars 2020 quand la crise sanitaire devint telle que le gouvernement décida d'une longue période de confinement qui devait s'accompagner d'une « suspension de la réforme ». Mais nous savons que tout ceci reste dans le programme des détenteurs de capitaux et de celles et ceux qui les servent.



2/ La pandémie du Coronavirus

Pour ce que nous en savons aujourd'hui, fin 2020, cette épidémie, apparue en Chine, à Wuhan, en décembre 2019 s'étend en 3 mois sur l'ensemble de la planète. Dès début mars 2020, les marchés boursiers internationaux s'affolent. L'économie mondiale risque d'entrer en crise, des mesures doivent être prises pour la sauver - du moins est-ce ainsi que nous pouvons raisonnablement le voir, car les mesures d'aides prises par le chef de l'État concernent essentiellement les entreprises (aide au chômage partiel, report des impôts ...), mais pas l'hôpital public, en crise depuis des années, faute de moyens, de personnels, qui est pourtant essentiel dans la prise en charge des victimes de cette épidémie.

Aucun moyen supplémentaire n'est annoncé pour les services de santé - les personnels de santé sont « remerciés » pour leur implication et bénéficieront d'une petite prime de salaire (183 euros en 2 fois). Depuis un siècle, la France, voire l'Europe et la planète, ont déjà connu de graves crises sanitaires: il y a eu la grippe espagnole, l'épidémie du sida (avec le scandale du sang contaminé), la vache folle, l'amiante, le médiateur, la canicule de



2003 ... auxquelles les services de santé publique ont dû faire face. Mais tout ceci n'a pas empêché les gouvernements successifs de réduire les budgets publics affectés à la santé et à l'hôpital, de fermer des services, voire des établissements entiers, de fermer des lits, etc. Le 15 mars 2020, dans son « Adresse aux Français-es », le Président de la République déclarait que la crise sanitaire nous montrait que certains biens doivent être hors du marché, notamment la santé. Le « Ségur de la santé » et la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2021 (LFSS 2021) nous ont rapidement montré qu'il s'agissait, là encore, d'une « promesse qui n'engage à rien ». Il est probable qu'il en sera de cette crise comme il en a été de la dernière crise économique de 2008, où les financiers avaient juré qu'ils ne recommenceraient plus, mais à la suite de la-

quelle les mesures de contrôle n'ont pas été suffisamment contraignantes pour empêcher ce qui nous menace de nouveau aujourd'hui : une crise économique encore plus grave que la précédente.

A l'occasion de cette crise sanitaire, les citoyen-nes ont appris que la France a perdu sa souveraineté en matière de médicaments et est régulièrement confrontée à des pénuries de médicaments aussi essentiels que les anticancéreux, les antibiotiques et les vaccins. 80 % ou 85 % de principes actifs pour les médicaments sont produits en Chine ou en Inde, de nombreux matériaux médicaux également. C'est le cas des masques chirurgicaux : la moitié des masques fabriqués dans le monde avant la crise, l'étaient en Chine. Cette externalisation de la production de matériels de santé indispensables, pour des motifs uniquement comptables, est irresponsable et dangereuse ; la société entière devra y réfléchir rapidement.

Il faut exiger la relocalisation de la production de médicaments et de matériels médicaux. Sur les 45 milliards annoncés par le gouvernement, la plus grande part est allouée au soutien aux entreprises. S'il est nécessaire de faire en sorte que les petites entreprises ne soient pas englouties par la crise économique, priorité est d'abord de redresser la situation catastrophique de notre système de santé. Le gouvernement annonce quelques milliards pour financer la lutte contre la crise sanitaire, mais derrière ce montant sont regroupés le financement des arrêts maladie et le soutien direct aux besoins des hôpitaux. Le financement des besoins hospitaliers doit être garanti, clairement énoncé et chiffré. Il y a urgence, en effet, mais pas de sauver encore une fois le capitalisme qui ne sait que faillir à protéger les individus des crises en tout genre qu'il a lui-même provoquées.

3/ Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

Créé en 2003, cet organisme remet chaque année au gouvernement et au Parlement un rapport sur la situation et l'évolution de l'assurance maladie. Ce n'est pas une structure critique : si elle préconise des améliorations du système, elle n'en approuve pas moins le développement des assurances complémentaires, ne défend pas la gratuité des soins, approuve les restes à charges pour les patient-es (RAC), même si elle critique par ailleurs l'inégalité d'accès aux soins, par exemple. Il s'agit bien pour le HCAAM de favoriser l'assurance privée, et cela a peu à voir avec ce que les Français-es entendent par Assurance Maladie : la Sécurité Sociale. Ainsi, en 2013, le HCAAM a prôné la généralisation de la complémentaire-santé (plutôt qu'un meilleur remboursement de l'assurance médicale obligatoire). C'est certes un plus pour les salarié-es n'ayant pas de mutuelle, mais cela occasionne des frais supplémentaires aux ménages pour des besoins de santé primaires (optique, dentaire), et sans forcément offrir une prise en charge conséquente des restes à charge.

En 2018, face à la montée des inégalités territoriales de santé, le HCAAM, qui s'est autosaisi de la volonté de transformation de l'Hôpital public du gouvernement, a proposé une rupture de l'organisation hospitalière en réorganisant le système de santé autour des services à rendre à la population et en favorisant le service de proximité par l'intermédiaire du déploiement de plateaux techniques à faible activité. Le rapport recommande de regrouper, dans des établissements publics, au niveau du département, de la région, voire de « l'inter-région », « certaines activités de pointe » nécessitant des équipements lourds très spécialisés. L'objectif est notamment de limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds.

Mais, si, dans le rapport, l'analyse des dysfonctionnements du système est opportune, les propositions ne répondent pas aux problèmes. Tout d'abord, des hôpitaux de proximité existent déjà - ce qu'il faut, c'est instaurer une meilleure coopération des professionnel-les de santé. Celles et ceux-ci critiquent d'ailleurs cette accumulation de structures, alors qu'il serait opportun de mettre les moyens nécessaires pour que celles existant déjà fonctionnent ensemble, et non en concurrence, comme c'est parfois le cas, afin d'accroître l'offre de soins des structures publiques, et non pas seulement diminuer le budget de la santé.

4/ Les Agences Régionales de Santé

Créées le 1er Avril 2010, avec la loi «Hôpital, patients, santé et territoire» (HPST) de Roselyne Bachelot, ce sont des établissements publics chargés de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau des régions. Elles ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.»

Concrètement, un des rôles des ARS est de moderniser et rationaliser l'offre de soins et de veiller à la bonne gestion des dépenses hospitalières et médicales. Plus largement elles sont chargées de transformer le système de santé en développant la coopération, la transversalité et les parcours de santé.

La crise du COVID a mis au jour l'inadaptation des politiques mises en œuvre en région, alors que les besoins en soins explosaient. La mission affichée de ces agences d'être au plus près des territoires - et « en même temps » d'appliquer les mesures d'économies préconisées en haut, ce qui crée des situations où les élu-es se plaignent des décisions de fermeture de services prises localement par les ARS. De plus en plus, les directeurs et directrices des ARS apparaissent comme des super préfet-es de la santé, chargé-es d'appliquer autoritairement les directives du gouvernement. Ainsi, les ARS appliqueront les mesures exigées par le gouvernement, et les fermetures de services et suppressions de lits vont continuer, malgré l'épidémie. Le limogeage du directeur de l'ARS Grand Est consécutivement à ses déclarations sur la « poursuite de la trajectoire d'économies » n'aura trompé personne. Les ARS ont des missions « régaliennes », et sont au service de l'État, pas à celui des malades.

C'est donc l'organisation de ces structures qu'il faut revoir, soit elles ont un rôle de développement et d'amélioration des services de Santé publique pour toutes et tous au plus près des besoins locaux (ce qui serait souhaitable); soit elles ont pour mission de « faire rentrer dans un budget fixé nationalement » les dépenses de santé régionales - ce qui est le cas aujourd'hui, et qui en fait des organismes de coercition sociale.

4ème PARTIE - NOS REVENDICATIONS

1°/ Notre corps, notre santé ne sont pas des marchandises.

La personne humaine n'est pas une marchandise, notre corps n'est pas à vendre et la santé ne devrait pas faire l'objet d'une marchandisation, mais être une organisation et un outil tournés vers l'intérêt de tout-es. La préservation de la santé passe d'abord par une politique active de prévention. Ce versant a été volontairement balayé par la course à la marchandisation des soins et des actes curatifs. La casse des services de santé scolaire et des services de santé au travail montre quel choix est privilégié par les politiques libérales de gauche comme de droite.

Les personnes âgées sont totalement oubliées dans le domaine de la prévention et n'ont d'ailleurs que difficilement accès aux soins curatifs après un accident aigu médical ou chirurgical. On préfère laisser s'installer la maladie car c'est son traitement qui rapportera aux laboratoires pharmaceutiques, aux pharmaciennes, aux médecins de ville ou aux établissements de santé. Contrairement à la prévention, qui suppose une action collective peu rémunératrice, le soin amène à des actes quantifiables marchands qui s'harmonisent parfaitement avec le développement du capitalisme libéral. La santé doit être préservée à tous les âges de la vie, et améliorée en prenant notamment en compte le vieillissement de la population (en assurant par exemple la prise en charge à 100 % des ateliers "mémoire" et « équilibre »).

Dans le domaine spécifique de l'accès aux soins, une société démocratique et solidaire ne devrait pas admettre que les inégalités et les exclusions



perdurent et que les soins médicaux soient soumis aux règles ultra libérales de l'offre et de la demande, mais elle devrait œuvrer, avec tou-tes les responsables politiques, sociales et sociaux, à la mise en place d'un réel service de santé universel et solidaire afin de participer à la construction d'une société plus juste, plus humaine et plus solidaire.

Notre système de santé a été basé, en 1945, sur le concept : chacun-e cotise selon ses moyens, et reçoit selon ses besoins. C'est le principe de base sur lequel il faut revenir. C'est l'exact contraire de ce qui se passe avec les mutuelles et les assurances privées où les cotisations sont calculées en fonction des besoins potentiels - ceux et celles qui n'ont pas les moyens de payer devant s'en passer.

En restant dans l'esprit du Programme du Conseil National de la Résistance, il faut transférer la gestion de la totalité des mutuelles et assurances privées à la Sécurité Sociale qui désormais assurera 100 % de la Protection sociale et sanitaire de la naissance au décès de la personne.

Ceci signifie que la perte d'autonomie soit prise en charge à 100 % par la branche maladie de la Sécurité Sociale - car la perte d'autonomie est un « aléa » de la vie, au même titre que la naissance ou la maladie. L'UNIRS reviendra sur ce sujet dans un autre Cahier Revendicatif.

Soigner, ce n'est pas seulement faire des diagnostics, des pansements, prescrire des médicaments et des examens, et percevoir le prix des consultations. Soigner, c'est d'abord développer des politiques de préventions systématiques. Soigner, c'est prendre en charge des personnes avec leurs maladies ou des situations « non rentables », qui nécessitent de la présence, de l'écoute, pas simplement d'acheter des médicaments. Soigner, c'est fonder de la maladie, de son origine sociale.



Le soin est destiné à ce-partient pas à celui ou une récompense qu'on inflige. Il ne peut être ni chandé, ni imposé.

lui ou celle qui souffre et n'appelle qui le délivre. Ce n'est ni accorde, ni une punition qu'on délivré sous condition, ni mar-

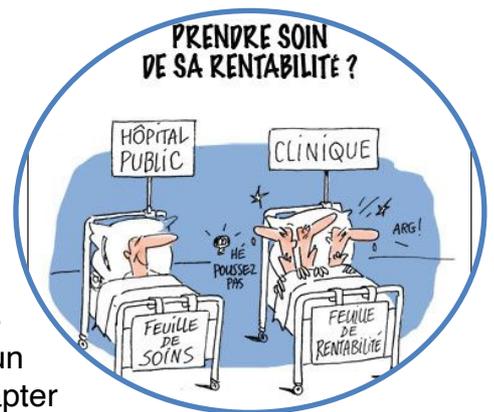
Soigner, c'est partager le savoir. Ce savoir permet d'identifier des souffrances ou de les éviter, de les traiter pour, au mieux, les guérir, au moins les soulager. Ce savoir n'est pas un savoir sacré et jalousement gardé comme l'était celui des sorcier-es. Il n'y aurait pas de progrès médical si les biologistes, les pathologistes, les praticien-nes de terrain gardaient leurs connaissances pour eux. C'est parce que les chercheurs-ses et les soignant-es de toutes spécialités partagent leurs connaissances et leurs découvertes que le soin peut progresser. Partager le savoir, ça ne se résume pas à échanger des informations entre soignant-es, mais surtout à partager le savoir avec les premier-es intéressé-es eux-mêmes : ceux et celles qui sont soigné-es

Pour le droit à choisir sa fin de vie : En France ce problème de la fin de vie est « réglé » par la loi Clayes-Léonetti qui en cas de souffrances incontrôlables donne droit à une déshydratation du corps et à un endormissement d'une durée aléatoire donc à une agonie inutile, douloureuse. Cela fait quarante ans que des associations en France luttent pour acquérir cette liberté d'avoir le droit de choisir sa fin de vie.

Ainsi chaque année des centaines de Français-es vont chercher en Suisse ou en Belgique le soulagement définitif à leurs souffrances physiques ou psychiques ou à leur choix d'en finir avec la vie . Ce qui leur est refusé dans leur propre pays. Et malheureusement, ce sont encore les femmes, majoritaires dans les EHPAD, qui sont réduites à attendre que la maladie les emporte sans que ne soit pris en compte leur désir de « partir » si des « directives anticipées » n'ont pas été rédigées. Quel sens peut encore avoir une vie accomplie quand elle a perdu sa qualité et son intensité ? Alors que font nos élu-es et nos dirigeant-es quand on sait que un tiers des personnes qui se suicident souvent violemment sont des personnes âgées de plus de soixante ans ? Les Belges , les Hollandais-es ,les Suisses, les Canadien-nes, les Colombien-nes, les Néo-zélandais-es depuis octobre 2020 ont voté par référendum à une large majorité une loi de liberté comme celle q u e nous réclamons . Pourquoi pas nous ?

2°/ Se réappropriier notre système de Santé.

Il s'agit tout d'abord de reprendre la main sur la gestion des cotisations et de tous les fonds de la protection sociale. Il s'agit aussi d'établir une réelle démocratie dans la définition des besoins de la population, l'élaboration et le suivi des projets, associant usager-es, professionnel-les, élu-es, sur un plan d'égalité. Décentraliser la prise de décision, afin d'adapter au plus près des citoyen-nes les réponses de santé. Ainsi, par exemple, les Agences Régionales de Santé changeraient de statut, pour aboutir à une gestion paritaire (usager-es, professionnel-les de santé, élu-es et administratif-ves), diminueraient leur périmètre et ne seraient plus chargées d'appliquer des directives ministérielles, mais d'étudier la situation sanitaire locale et d'y apporter les mesures adéquates dans le respect du budget. L'État et le ministère n'auraient pour rôle que de vérifier l'égalité de l'accès aux soins, par exemple, ou d'intervenir pour organiser les actions dans le cas de graves crises sanitaires qui nécessitent une intervention coordonnée sur tout le territoire.



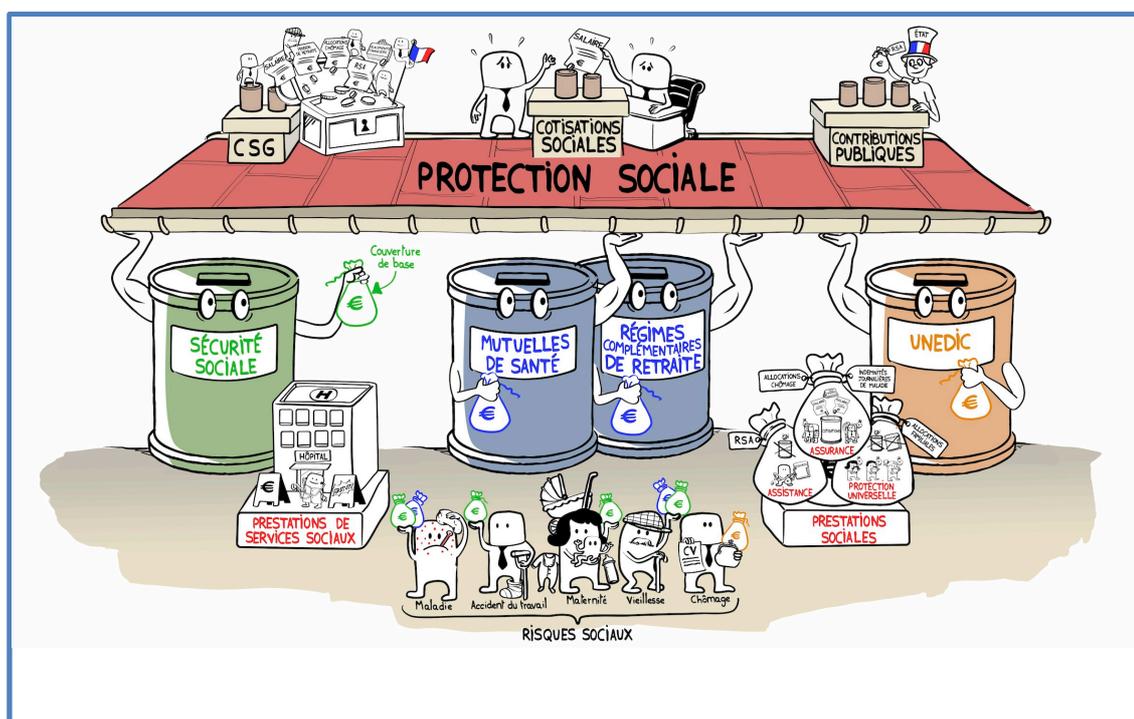
Assurer à toutes et à tous le même accès aux soins publics et gratuits sur tout le territoire, quelle que soit la gravité, la complexité des pathologies, cela suppose de ne pas réunir systématiquement, « doctrinairement », en de grandes entités multirégionales les structures existantes, qui éloignent les patient-es de leurs centres de soins. Mais opter prioritairement pour la mise en place progressive de centres de santé - aux côtés des hôpitaux - comme processus d'organisation de collaborations entre les professionnel-les et tou-tes les acteurs et actrices des secteurs médicaux et sociaux.

Il s'agit aussi de regrouper autour de la Sécurité Sociale toutes les mutuelles et assurances, associatives ou privées. Les services de santé et de protection sociale doivent être gérés à 100 % par la Sécurité Sociale - ce qui aura aussi pour conséquence de diminuer les dépenses de Santé des assuré-es, et de supprimer les frais de gestion et de correspondance entre les différentes structures existantes. Par exemple, en 2016, 3,5 milliards d'aides publiques aux entreprises ont été versés pour les mutuelles obligatoires et 7,5 milliards d'euros de frais de fonctionnement en 2018 (plus que la Sécurité Sociale), alors qu'elles n'assurent que 13,2 % des dépenses totales de santé. Ces 11 milliards d'euros gaspillés, c'est un tiers de la « dette » des hôpitaux, c'est 14 fois le Plan Hôpital de Mme Buzyn !

Ceci implique aussi de mettre en place des mesures, incitatives ou contraignantes, à l'égard des professionnel·les de santé pour que soit assurée une égale couverture du territoire et pour éviter les déserts médicaux.

Il s'agit encore de réorganiser la complémentarité des soins, sous toutes ses formes (santé, social, prévention) entre l'hôpital et la médecine de ville et de coordonner leurs actions. La Santé, devenant un service totalement public, les rémunérations y seraient contraintes, freinant l'appétit de ceux et celles qui veulent faire fortune sur la maladie et la souffrance.

Cette revendication du « Tout Sécu » implique que l'on ait des débats sur le devenir des structures et des personnels des Mutuelles et Assurances du secteur privé, et aussi des mutuelles historiques existant dans la fonction publique : quel rôle leur donner ? Quelle approche devons-nous avoir avec ces acteurs et actrices qui aujourd'hui jouent un rôle en matière de gestion de la santé et qui représentent un nombre important de salarié·es. A ce jour, la réflexion n'a pas été menée au sein de l'UNIRS. Mais de multiples pistes existent, parce que de multiples manques existent. Qu'il s'agisse de l'accompagnement des patient·es dans leur parcours de santé, afin de leur faciliter les démarches, les prises de rendez-vous, les informations sur les structures de soins de proximité. Ou encore d'assurer une information claire sur les remèdes et médicaments, leur interaction, les possibilités de choisir des médecines « douces », ou des séances de kinésithérapie, d'ostéopathie, par exemple, pour certains maux, plutôt que la prise d'anti-douleurs ou d'anti-inflammatoires aux effets secondaires importants. Quant aux campagnes de prévention, notamment dans le domaine alimentaire, elles manquent cruellement de visibilité et de logique. La dangerosité d'une nourriture industrielle trop riche en graisses saturées et surtout en sucre, en sel ... est niée par les industries de l'agro-alimentaire, malgré l'augmentation régulière de la population en surpoids. De même, la pollution de l'air, la dissémination de pesticides ... ne font pas l'objet de mesures visant à réduire au strict nécessaire des pratiques nuisibles à la santé publique.



Il faut nationaliser, ou plutôt socialiser l'industrie des produits de santé, largement financée par des subventions publiques, afin de répartir les profits réalisés dans la recherche publique, d'une part, et d'autre part d'empêcher ces entreprises d'imposer leur seul souci de profit boursier à la politique de santé, en cherchant plus à soigner le plus longtemps possible, plutôt que de chercher à guérir rapidement, car cela est moins rémunérateur. En outre, les scandales sanitaires couverts, voire provoqués par les laboratoires (Médiator, Dépakine, Levothyrox ...) montrent assez qu'en termes de santé publique, il est difficile de faire une confiance aveugle au secteur privé.

3°/ Les mesures à prendre d'urgence.

- Rétablir le remboursement à 100 % par la Sécurité de tous les médicaments et équipements dits « de confort » dont la prise en charge a été supprimée ou réduite, à partir du moment où l'efficacité de ceux-ci est attestée par les services sanitaires compétents.
- Supprimer toutes les franchises médicales, le forfait hospitalier et tous les dépassements d'honoraires en médecine de ville ou publique.
- Supprimer immédiatement tous les honoraires de dispensation.
- Mettre en place systématiquement le tiers payant pour toutes consultations médicales qui seront dès à présent remboursées à 100 % par la Sécurité Sociale,
- Bloquer immédiatement tous les plans en cours de fermetures de lits, de services, de réductions d'effectifs ... dans les structures publiques de santé. Toutes les fermetures, créations et fusions de services ou d'établissements doivent être démocratiquement débattues et tranchées dans un cadre associant les personnel-les, la population concernée, les élu-es locales et locaux et les représentant-es des pouvoirs publics, qu'il s'agisse des services médicaux ou médicaux-sociaux.
- En matière de santé publique et de régime alimentaire : les recommandations qui concernent la nécessité d'une nourriture équilibrée et variée - avec des produits bio et du terroir - doivent aussi concerner les plus âgées, en leur assurant des revenus au minimum égaux au SMIC revendiqué.
- Les conditions de logement ayant également des conséquences sur la santé des personnes, il faudra s'assurer que la loi Elan (Evolution du logement, de l'aménagement et du numérique), qui prévoit notamment que 20 % des logements neufs seront affectés aux personnes âgées et handicapées (article 18) soit respectée et que cette proportion soit rapidement augmentée pour répondre au rallongement de l'espérance de vie.
- Arrêt du paiement à l'acte en médecine libérale de ville et arrêt du financement par la T2A dans les établissements de santé. Instauration du salariat pour les professions médicales (médecins et paramédicaux libéraux). Arrêt de l'exercice libéral à l'hôpital public.
- Nationalisation, sans indemnités ni rachat, du secteur marchand commercial de la santé, cliniques, cabinets libéraux...



4°/ Le financement de la Santé.

La Santé doit rester dans sa totalité au service de la collectivité, comme l'ensemble des autres services publics - ou qui le furent : énergie, communication, transports peu polluants, éducation, équipement, eau, etc.

Pour que le système de Santé soit efficace, universel et juste, il ne doit en subsister qu'un seul, la Sécurité Sociale, à laquelle tous les citoyen-nes devront cotiser, quelle que soit leur profession, en proportion de leurs revenus et bénéficieront donc tous et toutes des mêmes droits.

Les cotisations devront être calculées sur la création des richesses, de toutes les richesses, pas seulement sur les salaires, mais aussi sur les dividendes et actions versés par les entreprises aux individus, et qui sont tous, de fait, des revenus du travail (le sien propre, ou celui des autres).

En complément de cette cotisation, des actions devront être menées sur le financement de la sphère publique en général, et des services publics en particulier, tout spécialement primordiaux pour assurer aux plus fragiles, et parfois les plus âgé-es, l'accès aux services sociaux et sanitaires dans de bonnes conditions. Cela impose une autre répartition de la fiscalité à l'égard des individus et des entreprises, où, là aussi, des mesures d'urgence drastiques doivent être prises pour redonner des moyens aux institutions collectives de fonctionner :

- rétablir les 14 tranches d'impôt sur le revenu existant avant 1986,
- supprimer toutes les contributions annexes qui ont remplacé pour les citoyen-nes (et surtout pour le patronat) les cotisations sociales, et ne cessent d'augmenter (RDS, CASA, CSG),
- prendre des mesures rendant illégale l'évasion-optimisation fiscale en Europe, et militer pour instaurer une collaboration effective de tous les pays de l'OCDE,
- lutter réellement contre la fraude fiscale en mettant à disposition le personnel nécessaire au contrôle fiscal des entreprises et des contribuables les plus riches,
- exiger le remboursement intégral du CICE versé de la part de toutes les entreprises qui n'auront pas utilisé ces fonds pour créer des emplois stables et rémunérés normalement en fonction du travail rendu.



Janvier 2021