

Communiqué du groupe d'animation du Collectif national contre les franchises et pour l'accès aux soins pour tous

Le 25 mars 2008

Le groupe d'animation, se félicite de la convergence d'initiatives locales « Contre les Franchises » qui se traduisent, dans toute la France, par des rassemblements **samedi 12 Avril prochain**, avec pour la région Ile-de-France un rendez-vous à 14H devant le Ministère de la Santé.

Le groupe d'animation appelle toutes les organisations, membres du Collectif national, à soutenir cette démarche et à faciliter l'expression de cette juste colère en multipliant ces actions dans toute la France ce jour là.

Le 16 avril prochain, à l'occasion de sa réunion nationale, le Collectif fera le point sur ces manifestations et sur la suite à donner pour une nouvelle impulsion nationale Contre les Franchises.

Franchises
médicales

**COUPABLES
D'ÊTRE
MALADE**



EDITO

Les élections municipales et cantonales viennent de dresser le constat de l'urgence de répondre aux besoins de la population.

A l'inverse, Sarkozy, Fillon et Bachelot poursuivent la préparation en grand secret de la future loi dite de modernisation de la Santé qui devrait être promulguée dans le courant de l'été. C'est-à-dire comme d'habitude avec la droite à l'heure des mauvais coups décidés lorsque les possibilités de réactions et de mobilisations sont les moins faciles à mettre en œuvre.

D'après quelques indiscretions et les discours du président comme de la ministre, le contour de cette loi serait le suivant.

Tout d'abord haro sur le statut de la fonction publique ! Il est clair que le travail idéologique est en route depuis quelques temps pour caractériser le statut de la fonction publique de « ringard », d'archaïque, d'inadapté aux enjeux actuels. S'il est vrai que dans la concurrence déloyale que le secteur privé lucratif mène au service public, ce dernier est souvent handicapé et moins réactif, ce n'est pas essentiellement du fait du statut. De plus, plusieurs organisations syndicales ont clairement demandé une vraie négociation sur la modernisation du statut. Ce n'est pas en le liquidant que la situation sera améliorée.

Le contrat de gré à gré donné comme perspective pour le recrutement des personnels médicaux et non médicaux. En clair, l'éclatement de l'unicité de traitement et de reconnaissance des formations et compétences. Si un établissement a plus de moyens, il pourra « se payer » plus de professionnels ou les payer plus cher !!!

La territorialisation de la santé. Il s'agit d'aller vers la mise en place d'établissement territorial. C'est-à-dire de passer d'environ 1500 hôpitaux à 300 établissements. Cela se traduira forcément par une diminution de la réponse aux besoins de la population.

Enfin la mise en place des Agences Régionales de Santé chargées de piloter ensemble l'hospitalisation, l'ambulatorio, le médico-social financé par l'assurance maladie et la santé publique. Une hyper centralisation de pouvoir entre les mains d'un super préfet, nous sommes bien loin de la démocratie sanitaire à laquelle aspire les usagers.

A l'inverse, il est urgent de se mobiliser pour imposer d'autres choix. Pour notre part, nous proposons un grand service public rénové, moderne et attractif pour les professionnels de santé. Nous portons l'exigence d'un plan massif de formation pour rattraper le retard accumuler du fait des décisions iniques des nombreux clausus pour enfin doter notre pays des professionnels dont il a besoin.

Enfin nous prôtons la mise en place d'une vraie démocratie qui permette d'exprimer les besoins de santé, de déterminer les réponses à y apporter, de contrôler leur mise en œuvre. Nous rejetons tous les projets de technocratie qui éloignent les usagers, les ayants-droits des lieux de décisions.

Plus globalement, nous optons pour une sortie de la santé de la loi de la rentabilité financière qui ne peut être une réponse aux besoins de la population. Nous sommes pour l'augmentation des dépenses remboursées d'assurance maladie.

Jean-Luc GIBELIN

Le Globule Rouge

COMMISSION SANTE - PARTI COMMUNISTE FRANÇAIS

NUMERO 23

sante@pcf.fr - 01 40 40 12 78

APRÈS LES MUNICIPALES , LA CASSE DE LA PROTECTION SOCIALE CONTINUE, SANCTIONNONS LES POLITIQUES ULTRA-LIBÉRALES.

LE RAPPORT ATTALI VEUT CRÉER DES MARCHÉS POUR LE PRIVÉ ET ÉCONOMISER SUR LES DÉPENSES SOCIALES

CATHERINE MILLS

I) La santé considérée comme une chance pour faire monter le privé et réduire les dépenses de santé solidaires.

L'allusion à la prévention, vise ici à responsabiliser les assurés. Les problèmes de démographie médicale sont évoqués mais sans analyser leurs causes et sans présenter de solutions véritables. La formation continue des médecins est ridiculement réduite à l'accès à Internet. On vante l'hospitalisation à domicile sans préconisations concrètes. Concernant les affections de longue durée (ALD), il s'agirait de mettre en relation « l'assureur principal » et le patient (sic. La prétendue valorisation des métiers d'infirmière et d'aide-soignante, est réduite à l'augmentation des quotas des soins à domicile. Les services à la personne sont présentés comme l'avenir des emplois et de la croissance, mais rien n'est dit sur les moyens d'une mise en œuvre. Concernant la médecine de ville, on incite aux maisons médicales, à la médecine de groupe, sans garantie sur l'avenir des centres de santé et du tiers payant, ni sur la suppression des dépassements d'honoraires, du secteur 2 et des effets pervers du paiement à l'acte. L'objectif revendiqué étant de « libérer la croissance » pour de nouveaux biens et services de santé.

La dépendance : un marché juteux

Le nombre de personnes dépendantes va s'accroître de 25% d'ici 2020 . Le rapport considère que le risque dépendance doit satisfaire de nouveaux marchés, il préconise de créer une nouvelle branche de la Sécurité sociale, de relever le plafond pour les déductions fiscales concernant les services à la personne et veut inciter les assureurs privés et les mutuelles à s'investir dans le développement des contrats d'assurance dépendance, sans faire allusion à une revalorisation de l'APA. Rien sur les emplois à créer, la formation des personnels, leur statut, leur rémunération et leur promotion. Rien n'est proposé, sur l'équipement du domicile, la mise en cohérence des institutions concernées, les financements. Rien non plus n'est avancé concernant l'hébergement et l'hospitalisation de long séjour

A l'hôpital, à l'instar d'autres rapports en préparation on veut développer la sous-traitance, notamment la restauration, la blanchisserie. Le rapport souhaite même accroître l'offre d'accueil pour les clients étrangers fortunés couverts par des formules assurantielles, en estimant que les prestations hôtelières payantes dégageront des ressources nouvelles. Pour la recherche et le financement de l'hôpital, l'objectif est d'attirer les fonds privés, en privilégiant les créneaux rentables.

II) « Responsabiliser les administrations sociales » pour limiter les dépenses publiques de santé Le rapport veut les faire participer à la réduction de la part des dépenses publiques et sociales

Le rôle du Comité d'alerte prétendant stopper la « dérive » des dépenses de santé serait renforcé. Les agences régionales de santé (ARS) viseraient à fusionner plusieurs institutions : Agences régionales d'hospitalisation (ARH), DDASS, Unions régionales des Caisses d'assurance-maladie (URCAM). Sous prétexte de meilleure coordination médecine de ville-hôpital, de « rationalisation », de suppression des redondances, on veut accélérer les fusions et fermetures d'établissements

L'objectif de rapprocher le sanitaire et le médico-social, notamment pour la dépendance, vise ici à gommer les différences entre les statuts, au risque de les dévaloriser, afin « d'assouplir les rigidités ». La mesure de l'efficacité et de la qualité du système de soins reviendrait par l'affichage d'indicateurs coûts-résultats, à stigmatiser les hôpitaux publics, qui accueillent les malades trop malades, trop vieux, trop pauvres, pour être rentables... alors que la tarification à l'activité (T2A) vise surtout à mieux doter les activités « rentables ».

Face aux déficits criants des hôpitaux publics, en raison d'une sous-dotation à laquelle le rapport ne fait pas allusion, on invite aux fusions, aux rapprochements public-privé sous domination des critères privés de rentabilité. Les hôpitaux publics devraient abandonner leur statut public et opter pour un statut d'hôpitaux privés à but non lucratif avec, comme en Grande-Bretagne, plus « d'autonomie », ce qui aurait des conséquences pour les statuts des personnels. Pour rapprocher la gestion de l'hôpital de celle de l'entreprise, le rapport préconise un recrutement des directeurs d'hôpitaux ouvert aux cadres et dirigeants du secteur privé comme du secteur public. La formation à l'École nationale de santé publique (ENSP) serait adaptée au management. Le directeur d'hôpital exercerait ses responsabilités en présidant un directoire et un conseil de surveillance en lieu et place de l'actuel conseil d'administration, ce qui effacerait la présidence du conseil par le maire de la commune et le rôle des élus du personnel et des syndicats. Une plus grande transparence tarifaire et le développement de la concurrence prétendent lutter contre les « rigidités », notamment le code de déontologie médicale et les règles des ordres professionnels. Les complémentaires santé sont invitées à jouer un plus grand rôle, elles pourraient diffuser des informations sur les données dont elles disposent.

Les prix des médicaments seraient libéralisés et toutes les restrictions sur la publicité levées, la vente libre de médicaments dans les grandes surfaces au nom de la « lutte contre les rentes » serait encouragée, il s'agirait de lever toute barrière à la liberté d'installation et d'appliquer aux produits pharmaceutiques la directive européenne sur les services, la santé serait alors une marchandise comme une autre.

III Le financement du modèle social français considéré comme un obstacle à la croissance .

Le rapport préconise ce qu'il considère être « un financement du modèle social français plus favorable à la croissance » Un monument de pensée unique, marqué par le dogme du « handicap » que la protection sociale serait sensée exercer sur l'économie. Selon ce raisonnement, les cotisations sociales sont à la fois coûteuses pour l'employeur et supposées priver le salarié de 55% de pouvoir d'achat, Le rapport refuse de prendre en compte le rôle positif pour l'économie des prestations sociales financées par les cotisations, alors que celles-ci contribuent au renouvellement en dynamique de la force de travail, à côté du salaire. Dans le rapport, les cotisations sociales comme l'ensemble des prélèvements publics sont présentés comme des charges pesant sur le coût du travail et freinant la croissance.

On prétend que le coût du travail est beaucoup plus élevé qu'ailleurs, ce qui est faux, et qu'il faut accélérer les exonérations de cotisations patronales ainsi que la fiscalisation du financement de la protection sociale en supprimant 3 points de cotisations sociales employeur, substitués par 0,6 point de CSG et 1,2 points de TVA.

Le rapport mise largement sur les réductions fiscales, le crédit d'impôt sur l'emploi d'auxiliaires de vie devrait être doublé pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, des malades, des handicapés. Les seuls engagements chiffrés concernent les réductions d'impôts et les exonérations pour les entreprises et d'encouragement à l'épargne ainsi que l'objectif de réduire la part des dépenses publiques de 1 point du PIB par an (environ 20 milliards d'euros par an). Cette cure drastique concernerait chaque acteur public : État, collectivités territoriales, Sécurité sociale. La fusion entre la loi de finances de l'État (LOLF) et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) est envisagée, la révision générale des politiques publiques (RGPP), et la programmation à moyen terme des dépenses publiques visent l'austérité budgétaire.

Des propositions alternatives sont indispensables pour rompre avec la logique hyper-libérale .

Au lieu d'être un « handicap insupportable », les dépenses sociales constituent un moteur pour un nouveau type de développement économique et social. Les dépenses de santé permettent de développer la productivité du travail en organisant la prévention et la réparation de la santé des salariés. Les dépenses de santé s'élèvent avec le niveau de développement et elles doivent

répondre au vieillissement de la population, aux nouveaux fléaux, résorber les inégalités sociales et régionales de santé

La gratuité n'est pas un facteur d'augmentation des dépenses, elle permet l'accès précoce aux soins. De meilleures coordinations des soins, une émancipation du paiement à l'acte contribueraient à un système de santé plus efficace, à de meilleurs résultats avec des économies sur certains gâchis. Pour sortir de la crise dans laquelle nous plongeons les réformes libérales, il faut rompre avec la logique de la loi Douste-Blazy, et toutes les réformes Sarkozy revendiquées par le rapport Attali. Pour opposer une cohérence de progrès à la contre-réforme en cours, il s'agirait de promouvoir un accès gratuit aux soins et une réorientation vers la prévention, d'organiser d'urgence un plan emploi-formation aussi bien pour l'hôpital que pour les soins de ville, un service public de la dépendance pour les soins et services au domicile, le développement des centres de santé en tiers payant avec une prise en charge à 100%, la fin du secteur 2 et des dépassements d'honoraires, un suivi véritable des patients avec la coopération de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux. Il faut supprimer les franchises et la course aux remboursements, intervenir à la racine dans la gestion des industries pharmaceutiques avec la participation réelle des malades et des associations, ce qui doit être aussi le cas pour la gestion hospitalière. Ceci implique de maintenir et rénover le statut public de l'hôpital avec une transformation profonde de sa gestion et de son financement pour sortir de la T2A, en développant les coordinations grâce aux réseaux ville-hôpital. En définitive, c'est toute la logique de la gouvernance Douste-Blazy qu'il faut remettre en cause pour une gestion démocratique et participative de l'assurance maladie avec l'intervention des salariés et des associations de malades.

Une réforme alternative du financement

Le rapport Attali, comme les réformes sarkoziennes en cours, refuse une réforme de progrès du financement de la protection sociale en faisant le choix de déstructurer notre système solidaire, pour réduire les seules dépenses sociales et publiques et construire un système éclaté, individualiste et inégalitaire en consacrant l'ascension du privé. Nous proposons une réforme de progrès et d'efficacité de l'assiette des cotisations patronales, avec l'objectif de relever taux et masse globale de cotisations. Il s'agirait tout en gardant le principe d'une assiette salariales au plus près de l'entreprise de contribuer, par l'intervention des salariés dans les gestions, à relever la part des salaires dans la valeur ajoutée. En outre nous proposons de soumettre les revenus financiers des entreprises au même taux de cotisations que les salaires cela dégagerait au minimum plus de 20 milliards d'euros par an.

INFO

Le 27 MARS a eu lieu un rassemblement devant le Conseil d'administration de L'Inserm dont le PCF a apporté tout son soutien

Le jeudi 27 Mars le Conseil d'Administration de l'INSERM a examiné un projet de réforme de l'organisation « fonctionnelle » de l'INSERM, le subdivisant en huit Instituts thématiques, dédiés chacun à un domaine biomédical. Chaque Institut disposera de son budget. Quelles en seront les conséquences sur les interactions, la transversalité, la mobilité des personnels ?

Les décisions ont été prises par les Directeurs des Instituts « avec quelques experts » de la décision des créations d'Unités de l'Inserm, de leur budget et de la répartition des postes aux concours. Comment seront impliqués les Commissions et le Conseil scientifiques dans ces décisions ? Outre la gestion des laboratoires de l'INSERM, ces Instituts organiseront, de façon coordonnée la recherche biomédicale entre les différents organismes et agences. Le CNRS, l'Université, les CHU, l'INRA, le CEA, l'Institut Pasteur ... sont ainsi concernés par cette réforme, qui n'a été présentée ni aux représentants des personnels ni à aucune instance scientifique de ces organismes.

L'INSERM deviendra un « acteur institutionnel national de coordination de la recherche biomédicale ». Mais quelle sera la place des Instances scien-

tifiques d'évaluation dans ce nouveau schéma ? Ce sont les Directeurs des Instituts, organisés en Conseil de Direction avec les représentants des autres organismes partenaires, de l'INCA et l'ANRS, des régions... qui vont décider des programmes et actions prioritaires à mener grâce à un fléchage des postes au recrutement et à des appels d'offres donnant lieu à des demandes de contrats. C'est ce Conseil de direction qui déterminera les axes sur lesquels l'ANR lancera ses programmes dans le domaine biomédical. Nulle part il n'est indiqué que les Directeurs des Instituts devront s'appuyer sur les Instances scientifiques des Organismes pour prendre leurs décisions. Nulle part n'est indiquée la part de budget qui restera pour le financement récurrent des laboratoires par ces Instituts. A terme, la recherche en biologie en France pourrait donc être contrainte à se limiter à des recherches finalisées.

Sous la pression du gouvernement, on pourrait voir se mettre en place un financement totalement contractualisé de la recherche biomédicale, piloté par quelques uns, sur instruction gouvernementale, et cela sans qu'aucune réforme de fond n'ait été discutée avec les différents partenaires.

Pour nous, le financement sur projet doit seulement être un complément du financement récurrent. Les programmes concernés doivent être évalués par des Comités représentatifs de la communauté scientifique.

Un rassemblement devant le Conseil a eu lieu ce 27 mars devant le Conseil d'administration de l'Inserm afin de montrer l'attachement à un mode de fonctionnement de l'Inserm permettant une recherche de qualité, qu'elle soit fondamentale ou plus appliquée,

Le mouvement « Ni pauvre, ni soumis » exhorte le président de la République à regarder la réalité en face et demande le principe d'un revenu d'existence à la hauteur du SMIC brut pour toutes les personnes en situation de handicap ou atteintes de maladie invalidante pour lesquelles il est reconnu soit une incapacité de travailler, soit des difficultés

majeures et durables pour accéder à un emploi (en prenant en compte tous les obstacles rencontrés pour accéder à un emploi, obstacles variables selon les personnes), pour les personnes en capacité de travailler mais pour lesquelles l'accès à l'emploi est limité temporairement ou durablement par des obstacles significatifs.

Nicolas Sarkozy vient d'annoncer une hausse de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) au 1^{er} septembre, pour atteindre une augmentation de 5% en 2008

Une annonce indécente !

En effet, cette annonce est le résultat - avec du retard - de ses maigres promesses de campagne (hausse de 25% sur 5 ans), qui ne répondent en rien à l'enjeu de la situation des personnes handicapées.

Le montant de l'AAH est actuellement de 628,10 euros depuis la revalorisation de 1,1% du 1^{er} janvier dernier. Le président confirme donc que les bénéficiaires de l'AAH resteront en 2008 en deçà du seuil de pauvreté.

Nous rappelons que les bénéficiaires de l'AAH paient de surcroît les franchises médicales. Comment vivre et se soigner avec quelque 650 euros mensuels ?

50 % des personnes vivant avec le VIH en France sont en dessous du seuil de pauvreté et 22 % n'ont pas de logement.