

# Garantir l'accès aux soins, un enjeu toujours d'actualité

3<sup>e</sup> partie à destination des participants à la journée du 3 mai 2022

## Bilan de la rencontre



### Présentation

Cette belle journée du 3 mai, conviviale et studieuse, fut organisée par l'Union Territoriale des Retraités de Loire-Atlantique autour des différentes problématiques de la santé. Une centaine d'adhérent-e-s CFDT ont élaboré de manière interactive des pistes d'amélioration.

La matinée fut consacrée à la question de l'accès aux soins et à la santé par un travail en ateliers suivi d'un échange avec François Tuffreau, de l'association « Santé à Voix Haute » et ancien statisticien de l'Observatoire régional de la Santé.

L'après-midi portait sur la protection sociale, notamment sur la « Grande Sécu » et les complémentaires santé. Gaby Bonnard, intervenant à titre personnel, ancien responsable CFDT et mutualiste à Harmonie Mutuelle, apporta des éléments intéressants dans un exercice de questions/réponses avec la salle.

Une conférence de presse précisa les revendications de la CFDT retraités 44 sur l'accès aux soins dont sont privées bon nombre de personnes. Face aux déserts médicaux, tant en milieu rural qu'en ville, l'obligation d'installation des médecins répondrait à cette problématique. La création de Maisons de santé qui réunissent plusieurs personnels de santé comme à Bellevue est une réponse à encourager pour permettre une véritable permanence des soins. Les dépassements d'honoraires chez de nombreux médecins spécialistes posent la question d'un nouvel encadrement.

Durant cette journée, beaucoup de réflexions, de questions et aussi des pistes pour des futures revendications ont émergé d'adhérentes et adhérents motivés et impliqués, pour permettre un accès aux soins et à la santé à toute la population.

### Intervention de François Tuffreau



François Tuffreau propose six ateliers sur les sujets suivants : les urgences avant-pendant-après, les rémunérations des médecins généralistes et spécialistes, les déserts médicaux, les déterminants de la santé, les politiques de prévention, la place des usagers.

Les échanges entre adhérent-e-s, dans ces ateliers, ont permis de présenter des pistes d'actions à partir de la réalité actuelle, élargissant ainsi la réflexion et la compréhension sur ce sujet si complexe.

Au préalable, François Tuffreau le rappelle : *il ne faut pas confondre santé et soins*. L'accès à la santé est déterminé par les conditions de vie, l'alimentation, le sport. L'accès aux soins est limité du fait que la population ignore l'existence des organismes comme la défense des usagers, le conseil de vie sociale ou la commission d'usagers.

Issus de la Loi Kouchner, les commissions d'usagers, les droits de la « démocratie sanitaire », la représentation dans les établissements de santé, les conseils territoriaux, le conseil régional existent mais ce sont des instances souvent ignorées, quasi invisibles.

## La France cherche des médecins

On manque de médecins dans les communes. Leur nombre est inférieur à celui de 1996 alors que la population a augmenté, surtout celle des seniors. Le nombre de médecins hospitaliers augmente, celui des généralistes diminue. Hier, un médecin travaillait 70 h par semaine. Aujourd'hui il travaille trois ou quatre jours, sans visite à domicile. Il n'y a plus de permanence des soins ce qui entraîne un engorgement des urgences. Il n'existe pas d'urgences gériatriques pour aider les Ehpad et réguler le flux d'entrée.

## Les dépassements d'honoraires

Ils sont toujours constatés dans les cliniques et génèrent de la colère. Le nombre de lits d'hôpitaux est en baisse. La prise de rendez-vous est parfois conditionnée par l'acceptation du dépassement. Or, le patient est en situation d'infériorité devant le médecin.

*Il faut dire non au dépassement malgré l'infériorité dans le dialogue entre le médecin et le patient.*

## Des solutions

Il existe 2 500 maisons de santé professionnelles dans les Pays de la Loire. C'est un établissement sur cinq. La permanence des soins dure 5 jours ½ par semaine. Les médecins travaillent ensemble en cabinet.

La télémédecine est déjà bien implantée dans certains endroits, comme la radio-cardio à Noirmoutier. Le rôle de certains professionnels de santé a été modifié. Les infirmiers et les pharmaciens jouent un nouveau rôle, on a pu le constater avec la Covid.

Une expérimentation à Savenay, en Loire-Atlantique, établit un lien entre l'hôpital et le médecin généraliste via une plateforme unique. Une plage pour les urgences est réservée chez le médecin généraliste. Cela passe par SOS médecin ou le 15, des médecins volants et un pôle santé.

## Les déserts médicaux

Faut-il contraindre ou inciter financièrement les jeunes médecins ?

Pour lutter contre les déserts médicaux, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) propose quelques pistes : une formation dans toutes les villes-centre ; une aide à l'installation dans les zones défavorisées ; un hébergement de médecins étudiants dans des secteurs défavorisés...

Aujourd'hui, les urgences ne pallient pas la permanence des soins. Un constat : plus on est vieux, plus on attend. On manque de solutions en sortie d'urgence pour la gériatrie.

Une adhérente pose la question de la création d'une filière gérontologue, comme cela s'est fait il y a quelques années pour les enfants.

De toute évidence, il manque un pilote et les intérêts divergent entre hôpitaux et médecins libéraux.

## La prévention

Beaucoup est fait pour la prévention, que ce soit par la médecine scolaire et des associations qui déploient plan et programmes. Mais sans politique générale, cela reste invisible. Pour autant, sur le site *capitalisation santé*, l'expertise et les actions des associations sont en ligne.

## Conclusion

L'absence de pilotage du système de soins est grandement dommageable.

Les déterminants de la santé sont nombreux. François Tuffreau soulève plusieurs freins à leur évolution, l'aspect financier s'inscrivant dans un contexte de baisse des dépenses. S'y ajoute un manque de politique d'information, l'influence des lobbies et la défense d'intérêts financiers, par exemple pour la vente des médicaments, qui font se développer une politique de soins au détriment d'une politique de santé.

## Intervention de Gaby Bonnard



Ancien responsable confédéral CFDT n'ayant plus de responsabilité syndicale, Gaby Bonnard, à partir de son expérience personnelle de mutualiste à Harmonie Mutuelle, intervient sur la couverture santé du régime obligatoire et des complémentaires santé.

Il développe un argumentaire personnel contre la « Grande Sécu » après avoir retracé l'histoire du mouvement mutualiste, de la révolution de 1789 à nos jours. En résumé, l'évolution de ce mouvement est partie des secours aux familles en cas d'accidents du travail ou de décès des prolétaires pour finir essentiellement à rembourser les soins.

## Un bref historique

La révolution française a supprimé les corporations et fait naître des caisses de secours mutuel.

**1890.** Reconnaissance des mutuelles.

**1890-1902.** Apparition des prémices de la sécurité sociale. En parallèle, les organisations patronales proposent des caisses de secours qui leur permettent de tenir leurs ouvriers en dépendance.

**1910.** Loi sur les retraites ouvrières et paysannes.

**1928-1930.** Création des assurances sociales.

**1919.** Apparition des premières conventions collectives.

**1935-1945.** Le Conseil national de la Résistance travaille sur un régime de protection sociale, caisse unique gérée par les affiliés avec une cotisation obligatoire. Les syndicats des grandes entreprises réagissent, comme les cheminots qui disposent d'un statut particulier à l'initiative des syndicats et des patrons. Il en va de même pour les mineurs, l'EDF, les dockers, les artisans et les paysans.

**1945.** Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 donnent naissance à la Sécurité sociale intégrant 45 régimes particuliers, sans les artisans et les paysans. Cela entraîne des négociations avec les mutuelles pour gérer les œuvres sociales et la prise en charge du ticket modérateur. La gestion sera effectuée par des élus dont la CGT et la CFTC, la liberté étant laissée aux mutuelles de gérer les œuvres, le remboursement du ticket modérateur. Les compagnies d'assurances lucratives sont reconnues comme organismes de prise en charge des dépenses santé.

**1981.** À la création du secteur 2, la protection sociale en entreprise via les comités d'entreprise aide à la prise en charge des cotisations. Dès lors est créée la loi de protection sociale en entreprise avec une réduction fiscale d'abord dans le secteur assurantiel.

**1989.** Loi Evin qui maintient aux retraités les avantages collectifs avec augmentation de tarif dans la limite de 50 %.

**1994.** Intégration des mutuelles en vue de l'Europe. Apparition des directives européennes sur le statut mutualiste.

**1994.** Prise en charge des dépassements d'honoraires par des comités d'entreprise au titre des œuvres sociales.

#### **Des problèmes subsistent concernant la prise en charge des dépenses**

En 1945, 50 % des pertes de salaire sont prises en charge par la Sécurité sociale au titre des accidents du travail, des risques, des réparations.

Entre 1945 et 1990, régulation de l'État pour les pertes de salaire.

De 1970 à 1980, seulement 5 à 6 % des prises en charge sont consacrées aux réparations pour accident du travail et 78 % au remboursement de soins. Aujourd'hui, cela représente 6 %, les 94 % restants étant consacrés au remboursement de la santé. La Sécurité sociale pèse 11 % du PIB. Le débat sur la gestion paritaire et le financement de la santé est posé. L'évolution de la population est à prendre en compte. Ainsi, les affections de longue durée prises à 100 % coûtent 10 millions d'euros, les dépenses de soins ambulatoires équivalent à 56 % des dépenses.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est composé de l'ensemble des professionnels de santé, des organisations syndicales, des assurances, des mutuelles, du Sénat et des associations nationales. À la demande d'Olivier Véran, alors ministre de la Solidarité et de la Santé, ce Haut conseil a proposé quatre scénarios d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, ainsi que des propositions de développement de la couverture prévoyance. Il présente notamment celui de la "Grande Sécurité sociale". Les enjeux sont tout à la fois économiques, sanitaires, financiers et démocratiques.

#### **Le scénario de la « Grande Sécurité sociale »**

Dans ce scénario « la Grande Sécurité sociale » reprendrait tout ce que les mutuelles couvraient sauf les chambres seules et les dépassements d'honoraires. Cela donnerait plus de liberté aux complémentaires santé

(par exemple pour l'optique, la mutuelle prenant 100 % du remboursement). Les enjeux sont économiques, sanitaires et démographiques.

#### **Du point de vue économique**

La "Grande Sécu" est une bonne idée mais le danger libéral est d'en faire un filet de sécurité basique. Le choix de couvertures plus progressistes serait restreint par la contrainte budgétaire. Dès lors, comment le prélèvement obligatoire pourra-t-il couvrir toute la santé ? Au fil du temps qu'en sera-t-il des garanties ? Les mutuelles ne seraient plus régulées, les dispositifs d'État étant abandonnés. La protection sociale serait régulée par l'État mais pas les mutuelles. Existerait donc le risque d'une santé à deux vitesses.

#### **Du point de vue sanitaire**

L'offre de soins, les services, l'accompagnement (comme ce que propose *Harmonie Mutuelle*) seraient davantage pris en charge. Mais comment tenir compte de la diversification de la population ? Les besoins communs sont particuliers du fait des métiers, des territoires, par exemple avec les intempéries pour le bâtiment ou le risque chimique pour l'agriculture. Quelle réponse les mutuelles pourraient-elles apporter ? Tout ne se réduit pas à l'assurantiel.

#### **Du point de vue financier**

Le 100 % santé serait-il financé par des taxes, par une augmentation de la CSG ? Et un prélèvement obligatoire pour compenser ? Ce serait encore pire pour les dépassements d'honoraires car les mutuelles ne seraient plus régulées. Le coût des complémentaires santé devrait donc augmenter.

#### **Du point de vue démocratique**

Il est difficile de créer du lien entre les usagers, la sécurité sociale et les mutuelles. La "Grande sécu" est une approche technique voire technocratique du problème, et non humaine.

Il semble nécessaire d'articuler protection commune et besoins spécifiques. La "Grande Sécu" fait courir un risque : la solidarité ne serait assurée que par l'État. Elle serait sans doute indolore mais sans contrôles.

#### **Conclusion**

Un scénario qui donnerait plus de liberté à travers un partenariat, par exemple en donnant un espace de prévention sous convention avec un objectif de santé publique, serait préférable. La coopération entre Sécurité sociale, mutuelles et complémentaires santé peut se faire, à condition que le lucratif prenne sa place de manière responsable. Quel pilote ? Avec quel objectif ? Autrement dit, comment piloter avec des objectifs de santé et non plus financiers ?

#### **Intervention de Pierre-Yves Tréhin**

Certaines catégories de population sont gérées par la Sécurité sociale (la complémentaire santé solidaire, CMU-S, ex-CMU-C). C'est une évolution qui se dessine. Dès lors comment la Sécurité sociale et les complémentaires santé traitent-elles l'enjeu sanitaire ?

**La santé est sous la pression européenne, faisant d'elle un « bien marchand ». Ne faudrait-il pas que la CFDT place dans ses revendications que la santé n'est pas un « bien marchand » (pas d'activité capitalistique sur la santé) ?**

**Réponse de Pierre-Yves Tréhin :** Cette question doit être reliée à l'organisation de la santé et des soins dont nous débattons ce jour. La santé est une mission de service public, effectivement la CFDT ne doit pas faire l'impasse.

**Réponse de Gabby Bonnard :** Santé et sécu : le pilotage des remboursements de soins est fait par l'État, mais en ce qui concerne l'organisation des soins, on n'y arrive pas malgré les Agences Régionale de Santé (cf. rapport de 98). Cela renvoie à la question du travail à l'organisation de la santé qui doit se faire à la rencontre du patient et non autour de l'hôpital.

La santé, « un bien marchand » ? L'État n'est pas là pour organiser la solidarité. Le fait que les mutuelles existent, c'est revendiquer un espace de solidarité, la démocratie, c'est la négociation. Le privé n'est pas pourri. Si on intéresse les gens, pas besoin de contraintes. Il est nécessaire d'une rencontre de tous les acteurs face une réalité complexe.

**Les mutuelles qui drainent de gros budgets font-elles des bénéfices ?**

**GB :** Les mutuelles non lucratives doivent assurer leur solvabilité. Une réserve est constituée pour l'ensemble des adhérents. Si la « Grande Sécu » existait, il y aurait un risque de choix qui disparaîtraient (obsèques, services, etc.) Cela pose la question de la fragilité du système. Le pilotage budgétaire de l'État et la responsabilité « consommateur » montrent les limites. Un travail sur la prévention serait préférable.

**Dans la réflexion sur une sécu « renouvelée », qu'en est-il des expériences du régime particulier Alsace-Moselle et des mutuelles territoriales (municipales) ?**

**GB :** Cela concerne uniquement les salariés du privé travaillant sur ce territoire, 95% + sécu. Il n'y a pas de frais de gestion supplémentaire en raison d'un seul prélèvement. Mais il n'y a pas non plus d'innovation. Les salariés peuvent avoir recours à des complémentaires pour le règlement des dépassements d'honoraires.

**La carte éventuelle de la grande sécu comprendrait-elle d'autres organismes telles que la mutualité sociale agricole et autres corporations ?**

**GB :** Si c'était un seul organisme, les économies sur les frais de gestion ne suffiraient pas à payer le nouveau panier. Le fond CMUS financés par les taxes sur les mutuelles disparaissant, il faudrait chercher un financement de 1 ou 2 % de CSG supplémentaires. Le 100 % santé dentaire-optique sont actuellement financés par les taxes sur les complémentaires.

**Une baisse du remboursement des « suppléments d'honoraires » par les complémentaires est-elle envisageable ?**

**GB :** Attention au piège du terme « complémentaires » qui recouvre les mutuelles et les assurances. En Loire-Atlantique, l'offre de soins publics est plus faible que celui du secteur privé, qui est pour beaucoup non lucratif. Les dépassements y sont moindres. C'est le fruit du mouvement syndical.

**Le rôle innovateur des mutuelles est-il remis en cause par la « Grande Sécu » ?**

**GB :** C'est une crainte. Des innovations sont possibles aujourd'hui comme à *La Sagesse*, établissement de soins en Ille-et-Vilaine où il n'y a pas de dépassements d'honoraires.

## Conclusion

Ces échanges ont permis de pointer la complexité de l'articulation entre Sécurité sociale et complémentaires santé et de voir ce qui pouvait être mis en œuvre pour que l'égalité d'accès aux soins et à la santé soit une réalité pour toute la population, quelle que soit sa situation sociale, professionnelle ou géographique.

L'accent a été mis sur la nécessité de mieux informer et surtout de bien informer les personnes fragilisées socialement, par la maladie, le handicap ou la réduction de l'autonomie.

Il y a donc lieu de travailler sur l'organisation des soins. Le droit à la santé est un droit universel qui relève d'une mission de service public. Toute délégation accordée à des structures privées ne peut être faite qu'en fonction d'un cahier des charges strict et de contrôles indispensables pour éviter toute dérive. Des exemples récents ont montré qu'il y a d'importants progrès à faire pour éviter les dérives. Et n'oublions pas que notre système de santé repose sur un financement solidaire garant de cette égalité d'accès : chacun payant selon ses moyens et bénéficiant des services selon ses besoins.

S'appuyant sur cette journée, l'UTR 44 affinera sur le plan départemental ses positions en matière d'accès à la san-

té pour les trois années à venir. La commission santé viendra proposer des actions concrètes en matière d'information, de revendications et de propositions. Celles-ci concerneront la santé dans sa double dimension préventive et curative et concerneront ce qui touche aux soins mais aussi l'autonomie

Nous, CFDT, nous devons être une force de proposition au nom de la société civile pour que les techniques mises en œuvre ne l'emportent pas sur la finalité des actions ou, en d'autres termes, pour que les technostructures soient au service des personnes.

Il faut aussi faire entendre notre voix auprès des institutions chargées d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques publiques. Dans les lieux où s'élaborent, se mettent en œuvre et s'évaluent les politiques de santé, les représentants CFDT doivent pouvoir s'exprimer au nom de tous les usagers.

Un premier constat s'impose : recevoir une information actualisée est une nécessité pour approfondir notre connaissance de la protection sociale. L'UTR CFDT 44 s'y emploiera.

Le second constat est qu'agir pour plus de solidarité demeure plus que jamais un enjeu majeur pour la CFDT.