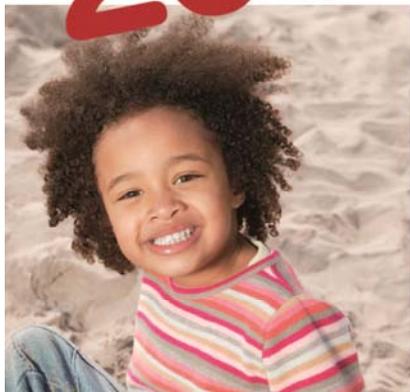


LA SANTÉ
DANS LE DÉBAT
2012

Débat

régional



Votre santé en 2012 :
agissons pour rester
solidaire.



Actes de la conférence-débat

Le 1^{er} février 2012

Espace Médoquine de Talence

Ouverture du débat



Alain Dumas, Président de la Mutualité Française Aquitaine

Bonjour à tous. Tout d'abord, je tiens à vous dire à quel point je suis heureux de vous accueillir, ce soir, aussi nombreux.

Je remercierai en premier lieu Etienne Caniard, dont l'engagement, le dynamisme et l'acharnement ont donné un nouvel élan à notre mouvement. Etienne, je te remercie pour ton action et pour le combat que tu mènes.

C'est un honneur également pour nous tous de recevoir des intervenants d'une telle qualité pour notre table ronde : Solange Ménival, vice-présidente du conseil régional en charge de la santé durable, Dominique Gillaizeau, Pierre

Tartakowsky, président de la Ligue des droits de l'homme, le docteur Frédéric Corbet, représentant de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux d'Aquitaine, et enfin Dominique Joseph, membre du conseil d'administration de la Mutualité française.

Je tiens aussi à remercier les participants d'avoir répondu à notre invitation. Dans cette salle sont réunis des mutualistes. Votre présence en force aujourd'hui témoigne de la vivacité de notre mouvement dans le sud-ouest, de Poitiers à Bayonne.

Parmi nous, il y a aussi des professionnels de la santé et de l'offre de soins, des représentants des collectivités territoriales, des instances politiques,

de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie, des représentants d'associations de malade et d'usagers du système de santé, des enseignants et des étudiants en santé publique. Il y a aussi des représentants des organisations syndicales, associations et collectifs militant pour défendre notre santé en danger. Et enfin, sans que cela ne soit péjoratif, de simples citoyens. Que ceux que j'ai sans doute oubliés veulent bien m'en excuser.

Nous sommes nombreux, et encore une fois, je m'en réjouis. Quoique.

Aurions-nous été si nombreux si notre système de santé allait bien ? S'il ne se dégradait pas d'année en année insidieusement ? Aurions-nous été si nombreux si notre système de santé ne faisait pas l'objet d'attaques répétées et de mesures qui font reculer l'accès aux soins ? Aurions-nous été si nombreux si la santé n'était devenue la troisième préoccupation des citoyens après l'emploi et le pouvoir d'achat ?

Dans un pays qui s'enorgueillit d'avoir le meilleur système de santé au monde, il devient de plus en plus difficile d'accéder aux soins. Les pénuries de professionnels préoccupent tous les décideurs.

L'hôpital public va mal, et les scandales successifs, Mediator, implants mammaires notamment, ont conduit les usagers à se défier du système de santé.

La santé pèse de plus en plus lourd dans notre budget, et pour certains d'entre nous, elle nécessite au mieux des sacrifices, au pire, de renoncer aux soins.

Alors, certes, tout ne va pas bien. Mais aurions-nous été si nombreux ce soir, si nous n'étions pas tous attachés à vouloir trouver ensemble un avenir pour notre système de santé ?

La mutualité souhaite construire avec vous un système de santé plus juste, plus efficace et pérenne, dans le respect des valeurs et des ambitions qui ont porté nos prédécesseurs : la solidarité et l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous.

Nous défendons ces valeurs tous les jours, dans nos actions de prévention et dans les mandats qui nous sont confiés. J'en veux pour exemple notre implication dès demain, jeudi, à la conférence régionale de santé et de l'autonomie d'Aquitaine, où

la Mutualité française Aquitaine affirmera ses valeurs, notamment celle en faveur d'une meilleure accessibilité financière à des soins de qualité pour tous.

Avant de conclure, encore une fois, au nom de tous les mutualistes, je tiens à remercier Etienne Caniard qui, depuis son arrivée à la tête de notre fédération, met toute son énergie à soutenir notre mouvement et à défendre l'égalité d'accès aux soins. Merci de faire étape à Bordeaux pour nous présenter les propositions de la mutualité. Et avant de te céder la parole, je signale à tous ceux qui n'auraient pas encore signé notre pétition, qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire.

Etienne, c'est à toi.

Présentation des propositions d'amélioration du système de santé



Etienne CANIARD Président de la Mutualité Française

Merci Alain. Merci à nos invités d'être présents. Merci à vous tous de consacrer cette soirée à ce débat, à cette septième étape de nos rendez-vous régionaux.

Ces rendez-vous régionaux, nous ne les avons pas prévus. Lorsqu'il y a maintenant un peu plus d'un an, vous m'avez fait l'honneur, l'amitié et, finalement, le grand défi de me porter à la tête du mouvement mutualiste, nous n'imaginions pas que nous connaîtrions une attaque supplémentaire, cet été, avec le doublement de la taxe sur les conventions d'assurance. Qu'allez-vous me dire finalement ? Et bien; rien d'extraordinaire puisque c'est la troisième année de suite que nous

subissons une attaque qui conduisait à augmenter les charges des mutuelles d'environ 3,5%.

Pour mémoire :

2009 : ce fut l'augmentation de la contribution de l'ensemble des organismes de complémentaire santé au financement de la CMU complémentaire. Ce fut une étape importante parce que c'est un moment où, finalement, entre la création de la CMU en 2000 et la création corrélative de la CMU complémentaire, c'est-à-dire l'accès à une couverture complémentaire pour ceux qui ne pouvaient pas se la payer compte tenu de leurs moyens financiers, avec un financement partagé entre l'État, geste de solidarité nationale, et les

acteurs des complémentaires, cette augmentation a reporté sur les complémentaires l'intégralité du financement de la CMU complémentaire.

Ce n'est pas que nous refusons les efforts de solidarité. C'est simplement que nous nous interrogeons sur l'efficacité d'un tel dispositif qui, faisant reporter sur les complémentaires l'intégralité du poids du financement de la CMU complémentaire, renchérit le coût des mutuelles, augmente ainsi le nombre de ceux qui ne peuvent pas y accéder, augmente les besoins de financements. C'est ainsi que l'on crée des spirales infernales qui, au lieu de renforcer les mécanismes naturels de solidarité, les délitent en mettant en place des filets de sécurité pour essayer de les compenser.

L'année d'après eut lieu la première attaque sur l'exonération dont bénéficiait la Mutualité, depuis toujours, sur la taxe des conventions d'assurance, avec une taxation qui passait de zéro à 3,5%, ce qui réduisait d'autant l'attractivité des contrats responsables. Je rappelle que les contrats responsables, c'était simplement un système qui permettait de donner un avantage fiscal aux acteurs des complémentaires qui ne font pas de sélection des risques et qui acceptent de rentrer dans des contraintes d'intérêt général.

Et puis, il y a eu, durant l'été 2011, le 24 août. A 17h30, le téléphone sonne. Le ministre de la santé, Xavier Bertrand, m'annonce que le Premier ministre annoncera un doublement sur les conventions d'assurance.

Alors, évidemment, tout cela a suscité une réaction: une réaction vive qui n'est pas, je tiens à le préciser, une réaction de défense de l'institution mutualiste - ce n'est pas ça l'objet de notre combat - mais plutôt une riposte pour défendre l'accès aux soins des Français. En effet, quand on met en œuvre une taxation de 7% sur tous les contrats complémentaires, on touche 94% des Français, tous ceux qui ont une complémentaire santé, et on renchérit d'autant l'accès aux complémentaires, au moment même où elles deviennent indispensables pour accéder aux soins.

On a donc lancé une pétition. L'objectif qu'on s'était fixé va être atteint probablement avant le week-end

avec un million de signatures. Ce n'est pas anodin. Il faut savoir que les pétitions marchent moins bien maintenant, contrairement à ce que l'on pourrait penser, avec les moyens dématérialisés. Quand on regarde, d'ailleurs, les pétitions de ces dernières années - il y en a eu contre les OGM, le gaz de schiste...- , que ce soit des pétitions françaises ou internationales, il n'y en a qu'une qui ait dépassé le million de signatures dans les dernières années. Elle avait été présentée dans les 27 pays de l'union européenne. Un million de Français, donc, qui signent la pétition que nous avons proposée, c'est un signal qui justifie le fait que le débat s'ouvre sur les questions d'accès aux soins et sur le rôle des complémentaires.

Ce que nous voulons dans ces réunions régionales, ce n'est pas être dans le rôle des pleureuses. Nous voulons tout simplement ouvrir un débat sur les propositions qui peuvent être faites. Et nous voulons débattre de ces propositions avec nos partenaires, parce que la mutualité ne prétend pas vouloir seule apporter une réponse à la question de l'accès aux soins.

Nous savons très bien que nous ne réformerons pas le système sans les professionnels de santé. Nous savons que les intérêts des différents acteurs peuvent être divergents à certains moments. Mais nous sommes persuadés que chacun a à cœur de faire en sorte que les Français, qui en ont besoin, puissent être soignés correctement.

La santé est maintenant placée au premier rang des préoccupations des Français. Selon une enquête, 79% des Français estiment que la santé est un thème prioritaire. Ce même sondage montrait que 55% déclarent qu'ils seraient très sensibles à un engagement d'une lutte contre les dépassements d'honoraires. On reviendra sur cette question qui est plus complexe que de la résumer avec les méchants d'un côté, et les gentils de l'autre. Mais c'est un sujet qui incontestablement doit être ouvert. Pourquoi ? Parce que la crainte qu'on peut avoir, c'est d'assister à un phénomène comme celui que l'on a connu sur l'optique ou le dentaire. On n'a, certes, jamais baissé les remboursements sur le dentaire en France et, pourtant, aujourd'hui les prothèses dentaires sont couvertes à 18% par l'assurance maladie obligatoire. On n'a jamais baissé les

remboursements d'optique. Pourtant, les dépenses d'optique sont remboursées à 4%. Alors qu'est-ce qu'on a fait ? On a gelé les tarifs à un moment donné et on a laissé s'agrandir l'écart entre la base sur laquelle on calcule les remboursements et les prix réellement pratiqués. Nous ne voulons pas qu'il en soit ainsi pour les honoraires médicaux. Je pense que ce n'est l'intérêt de personne, ni des patients, ni des médecins.

Quelques mots pour compléter l'introduction. Qu'avons-nous retenu des précédentes réunions ? Le premier élément que je retiens - et aujourd'hui l'affluence le montre bien - : les Français ont envie de débattre de ces questions. Nos réunions régionales ont réuni, partout, au moins 300 à 400 personnes, avec un partage relativement large sur les constats, sur les problèmes de financements, sur l'organisation des soins. Y compris d'acteurs qui n'ont pas forcément des intérêts convergents. Beaucoup de thèmes ont été abordés : le financement, l'organisation des soins, la politique du médicament, les dépassements d'honoraires... mais le fil rouge qui s'est dégagé est finalement simple : l'accès aux soins. La question qui taraude chaque Français est de savoir s'ils pourront demain se soigner dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui. Des études montrent que c'est une des principales préoccupations.

Alors quels sont nos constats ? Ils rejoignent ceux des citoyens qui sont venus débattre avec nous. D'abord, nous avons, en France, un système qui ne fonctionne pas si mal mais dont le rendement est très faible. Avec des dépenses bien moindres, beaucoup de pays ont des résultats aussi bons que les nôtres, voire meilleurs, en termes d'espérance de vie, de morbidité, de mortalité infantile. Je pense par exemple au Portugal dont le taux de mortalité infantile est inférieur à celui qu'on peut observer en France avec des dépenses bien inférieures.

Deuxième constat : notre système répond mal aux besoins de santé, et notamment aux enjeux de la protection sociale qui émergent, comme la couverture du risque de perte d'autonomie, comme le développement de la précarité, qu'il s'agisse de la précarité sociale ou de la précarité liée à des parcours professionnels, qu'il s'agisse encore de la

précarité liée aux difficultés d'insertion des jeunes dans le monde professionnel.

Donc nos propositions sont simples. Elles tournent autour de trois axes : la pérennité, l'efficacité du système et plus de justice dans le système de protection sociale. Un système pérenne, efficace, juste, voilà à nos yeux quels devraient être les grands axes d'une réforme du système de santé.

La pérennité, pourquoi ? D'abord, je pense qu'il faut prendre conscience de la gravité de notre endettement.

Étant à Bordeaux, je ne peux pas m'empêcher de faire référence au plan Juppé de 1995 dont la Mutualité a soutenu le volet santé et protection sociale. En 1995, quand le plan Juppé a été mis en œuvre et que la CADES a été créée, l'objectif était simple : essayer de cantonner les déficits antérieurs et revenir, à travers de nouveaux mécanismes, à un système enfin équilibré.

Rares ont été les années où les objectifs de l'ONDAM ont été respectés. Et depuis, nous nous sommes servis de la CADES pour y déverser des déficits plutôt que de trouver des remèdes.

Aujourd'hui, c'est 140 milliards qui sont à la CADES. Cela veut dire que lorsqu'on regarde notre feuille de paie à la ligne CRDS, pour 10 euros que nous versons, plus de 4 servent à payer les intérêts de la dette. Ils ne servent même pas à rembourser la dette. Nous sommes en train, non seulement de léguer une dette aux plus jeunes d'entre nous, à nos descendants, mais nous sommes, aussi, en train de plomber le système avec des charges financières qui vont rendre les ajustements encore plus difficiles.

Incontestablement, il y a un risque de pérennité qui est double : celui de se retrouver avec cette spirale d'endettement, un beau jour, en quasi cessation de paiement dans notre système de protection sociale. A ce risque s'ajoute la dérive des prix réels par rapport aux tarifs des remboursements. Ce sont deux poisons dans notre système de protection sociale qui peuvent avoir des conséquences extrêmement importantes.

Il faut donc, sur ces sujets, aborder franchement la question des financements.

Cela veut dire réfléchir aux modalités qui sont les nôtres en France : l'habitude d'assiettes extrêmement restreintes avec beaucoup de niches, des taux élevés qui les rendent apparemment insupportables ... Il faut essayer de revenir à un système qui, finalement, mette en place une réelle solidarité nationale, qui mette en place des solutions pérennes et durable. Pas comme celle qui consiste à augmenter la taxe au prétexte qu'il y a un besoin urgent de financement pour l'assurance maladie.

Je rappelle que le doublement de la taxe est versé au profit de l'assurance maladie. On peut dire que c'est un moindre mal c'est quand même l'aveu de la faillite d'un système dans lequel on n'a pas su maîtriser les dépenses.

On voit bien qu'aujourd'hui, nous avons un certain nombre de débats compliqués, la TVA sociale bien sûr, et aussi l'ensemble des mesures qui nous sont proposées et qui méritent incontestablement une remise à plat. Des réformes sont nécessaires, importantes. Mais elles nécessitent aussi des débats publics. Elles nécessitent une appropriation par la population, c'est-à-dire probablement le contraire de réformes précipitées. Il faut bien noter qu'il est difficile de voir la cohérence entre l'annonce du Président de la République concernant la création d'un haut conseil de la protection sociale chargé de débattre de ces questions, et dans la précipitation, l'annonce de mesures qui rendent caduque la concertation à laquelle nous sommes par ailleurs invités.

Deuxième principe : l'efficacité.

D'abord peut-être, il faut revenir sur quelques caractéristiques françaises. On a, en France, une particularité sur laquelle on ne réfléchit pas suffisamment : c'est la déficience en matière de soins de premiers recours. C'est aussi la démographie en matière de personnel soignant avec une préférence donnée aux spécialités par rapport aux généralistes, aux métiers médicaux par rapport aux autres soignants, et souvent, un regard qui se focalise notamment sur le dépassement d'honoraires des spécialistes en oubliant qu'on a, depuis longtemps, sacrifié une partie des personnels soignants en ne revalorisant pas, non seulement leurs revenus mais aussi leur rôle dans la prise en charge des populations.

Je pense évidemment aux débats sur les coopérations professionnelles. Je pense à l'apport fondamental que peuvent être les autres professions soignantes autour des médecins, y compris, d'ailleurs, pour redonner du temps médical dans une époque marquée par la rareté du temps médical par rapport aux besoins et, évidemment, dans une époque où la transition épidémiologique nous a fait passer de la prise en charge de pathologies aiguës à des pathologies chroniques. Aujourd'hui, c'est la rançon du succès de la médecine, le fait que nous vivions plus vieux avec des handicaps, avec des situations de dépendance, nous demande d'être capables de répondre à ces situations. Ce n'est pas toujours une réponse médicale au sens strict qui est nécessaire, c'est aussi une réponse d'accompagnement.

Deuxième sujet sur l'efficacité : il faut aussi réfléchir, pas seulement aux prix des actes ou des prescriptions mais, aussi, à leur pertinence. C'est probablement d'ailleurs le meilleur moyen pour payer le juste prix à des personnels de santé qualifiés, formés qui ont besoin d'avoir une rémunération correspondant à la qualité du service rendu à la population. C'est vrai, qu'aujourd'hui, ce regard trop exclusivement fixé sur le prix interdit de se poser des questions sur la pertinence et interdit paradoxalement les revalorisations qui seraient nécessaires.

Quelques mots sur la dépendance. Je ne vais pas développer ce thème mais on voit bien que, là aussi, la question a été abordée à l'envers.

La question de la dépendance n'est pas seulement la question du financement de la grande dépendance en institution. C'est, avant tout, la question du développement de réponses sur les territoires, le développement de prévention de la dépendance, avec laquelle il est possible d'obtenir des retours sur investissement extrêmement rapides : pas seulement en matière économique mais, surtout, en matière d'amélioration de l'état de santé, de vie plus longue sans incapacité et en matière de maintien à domicile plus facilement mis en oeuvre.

Troisième volet : la justice. Et je vais en terminer là. On assiste aujourd'hui à un creusement des inégalités à un moment où il aurait fallu, au

contraire, être encore plus vigilant. Nous sommes dans un système de santé qui intervient de plus en plus précocement, qui essaie d'agir avant l'apparition de la maladie, qui déplace le curseur du curatif vers le préventif. Or, on sait que c'est dans la prévention que les inégalités sont les plus fortes. Pour des raisons évidentes : il est beaucoup plus dur, quand on est en situation précaire ou d'insécurité sociale, de se projeter dans l'avenir. On sait très bien que les populations les plus sujettes aux handicaps sociaux, physiques, sanitaires, sont celles qui ont le plus de mal à se projeter dans l'avenir. Il faut donc faire un effort supplémentaire en matière d'égalité quand on déplace le curseur du curatif vers le préventif.

Les chiffres sont cruels. Certes, on progresse pour tout le monde. Mais si vous regardez, par exemple, la baisse du nombre d'infarctus dans les dix dernières années, elle était de 50% pour les cadres et professions libérales et de 14% pour les populations d'ouvriers. Cela veut dire, tout simplement, que le progrès ne bénéficie pas à tous de la même façon et que, même dans une période de progrès, les écarts peuvent continuer à se creuser.

Il faut donc essayer de travailler, de préparer l'avenir. Il faut essayer, non pas d'avoir une vision catastrophiste de notre système mais d'avoir conscience que si nous ne prenons pas la juste mesure des risques qui pèse sur notre système de protection sociale, nous risquons de nous réveiller, un jour, un peu tardivement, avec un système qui ne fonctionne plus et qui a multiplié les exclusions. J'étais avec le Président de Médecins du Monde. Médecins du Monde parle de crash sanitaire. C'est peut-être un peu excessif, un peu anticipatif. Mais je préfère qu'on permette une prise de conscience plus rapide plutôt que de se réveiller, un jour, avec l'impossibilité de continuer à agir.

Alors, que cela signifie-t-il pour les mutuelles? Cela signifie qu'au moment où les difficultés d'accès se multiplient; au moment où le taux d'intervention des régimes obligatoires en matière de soins courants est tombé à 55%, cela veut dire, très simplement, que les mutuelles sont indispensables aujourd'hui à l'accès aux soins. Et c'est au moment même où les mutuelles sont indispensables à l'accès aux soins qu'on choisit de rendre l'accès plus difficile. C'est

pour cela que nous avons parlé d'un droit à la complémentaire santé pour tous : il faut que les mutuelles soient accessibles à tous les Français. C'est une condition indispensable aujourd'hui pour avoir accès aux soins.

Il faut donc réfléchir à ce que peut être un droit à la complémentaire santé solidaire pour tous. C'est à dire un droit en termes d'accès aux complémentaires.

Peut-être faut-il rénover, réviser, améliorer les dispositifs mis en place au moment de la CMU.

Il faut réfléchir au phénomène de mutualisation. Aujourd'hui, sous la pression de la concurrence, les offres en matière de complémentaire santé sont de plus segmentées, de plus en plus individualisées. Nous sommes, de plus en plus, dans une logique dans laquelle la mutualisation, c'est à dire la solidarité, joue moins. Il faut travailler sur la régulation. Je suis persuadé qu'il faut comprendre que l'intervention des complémentaires dans ce domaine n'est pas une contrainte supplémentaire pour les professionnels de santé. C'est une chance pour tous les acteurs du système de pouvoir aller vers une rémunération plus juste.

On sait très bien que les professionnels de santé, comme les autres, sur le fond, sont beaucoup plus à l'aise dans une logique d'opposabilité des tarifs. Parce qu'il n'y a pas de débat avec les personnes qui soignent et se consacrent au métier qu'ils ont choisi. Il ya peu de professionnels de santé qui ont fait ce choix par hasard. Aujourd'hui, c'est vrai que le lien d'argent complique parfois la situation. Et, pour ma part, je suis persuadé que pour améliorer l'accès aux soins, il faut, bien sûr, améliorer la solvabilisation. C'est l'enjeu du secteur optionnel. Mais il faut, aussi, retrouver une forme d'opposabilité des tarifs. Il faut jouer sur les deux leviers, faute de quoi nous n'arriverons pas à des résultats.

La mutualité dans ce domaine est prête à prendre ses responsabilités. Elle est prête à une condition : il faut que l'effort de solvabilisation supplémentaire qu'elle peut faire, ne serve pas à verser quelques centaines de millions, quelques milliards dans un système qui serait comme un puits sans fond. Il ne faudrait pas aboutir à une système qui permettrait; après que l'on ait solvabilisé un certain nombre de dépenses, de redémarrer et d'avoir de nouveau des

dépassements d'honoraires et, de nouveau, des tarifs qui glissent sans aucune régulation.

Ce n'est pas une situation qui est une vue de l'esprit. C'est ce qu'on a connu ces dernières années sur les prothèses dentaires. Chacun a eu l'occasion de se voir poser la question : quelle est votre mutuelle ? Comment êtes-vous couvert ? Et en fonction de la réponse, d'avoir un devis qui n'était pas appuyé sur la juste rémunération de l'acte médical mais sur la capacité contributive du patient. Ce n'est pas une situation que nous pouvons tolérer.

Voilà les éléments principaux que je voulais exposer. Je vais m'en tenir là. Nous voulons donc simplement débattre avec nos partenaires représentés à cette table ce soir, des conditions dans lesquelles on peut réorganiser l'intervention des différents acteurs et donc des mutuelles. C'est ce que nous avons appelé le débat pour le droit à une complémentaire santé pour tous. Finalement l'enjeu est très simple : comment faire pour qu'aucun Français ne soit privé d'une mutuelle ? Comment faire pour que bénéficiaire d'une mutuelle ne soit plus considéré comme un signe extérieur de richesse ? Comment faire pour favoriser l'accès aux soins si on veut le dire plus simplement encore ? Ce sont des débats que nous voulons ouvrir, appelons finalement en 2012 à voter pour un meilleur accès aux soins, pour l'accès à une mutuelle pour tous. Merci.

Table ronde-ronde animée par Jean Michel Molins, journaliste de la Mutualité Française



Jean Michels Molins : bonsoir à vous. Dans l'intervention d'Etienne Caniard, beaucoup de pistes de réflexion ont été ouvertes : l'organisation des soins, le droit à la complémentaire santé, le financement de la protection sociale... Notre débat va permettre de reprendre ces thèmes, de les développer. Mais avant toute chose, j'aimerais vous faire réagir : un sondage montrait que pour quatre Français sur dix, le système de santé s'était dégradé ces dernières années et 80% souhaitent que l'amélioration de l'accès aux soins soit un des thèmes majeurs des prochaines années et de la période qui s'ouvre aujourd'hui. Dominique Gillaizeau, vous connaissez ce sondage, que vous inspire-t-il ?

Dominique Gillaizeau **Présidente du CISS Aquitaine**



Je ne sais pas si tout le monde connaît le Collectif Interassociatif Sur la Santé mais, brièvement, pour l'Aquitaine, c'est 66 associations de malades, handicapés et usagers du système de santé.

On est confronté tous les jours à la réalité de ce sondage. L'année 2011 est passée vite avec une dégradation rapide. On a déjà oublié mais, en 2011, dite année des patients et de leurs droits, je rappelle qu'on a assisté à l'augmentation de la consultation médicale d'un euro - ce qui est peut-être légitime à l'égard des médecins mais qui est malheureusement une charge supplémentaire pour l'usager -, à la baisse de remboursement des médicaments en service médical rendu modéré, à l'augmentation de la part supportée par l'usager pour les actes médicaux compris entre 91 et 120 euros, aux restrictions des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades souffrant d'une affection de longue durée, à la suppression de l'hypertension artérielle de la liste des affections de longue durée, à une publication inquiétante des chiffres de l'augmentation constante du montant des dépassements d'honoraires des professionnels de santé libéraux. A cela, il faut ajouter les dysfonctionnements qu'on a connus au cours de l'année avec l'affaire du Mediator, des prothèses PIP et le report de la prise en charge de la dépendance. Tout cela en 2011. Alors forcément, on n'est pas très rassuré pour 2012.

Jean Michel Molins : un crash sanitaire dit Médecins du Monde. Vous partagez cet avis ?

Dominique Gillaizeau

J'ai peur de l'avenir quand on voit à quelle vitesse se dégrade l'accès aux soins... Tous les jours, on entend : je vais arrêter de me soigner, je ne peux pas payer de mutuelle... On est très inquiet.

Jean Michel Molins : "Je ne peux pas payer de mutuelle". Dominique Joseph, vous allez nous expliquer pourquoi les mutuelles augmentent. Est-ce que l'augmentation du coût des mutuelles n'est pas le principal obstacle au droit à la complémentaire santé que la Mutualité appelle de ses vœux ?

Dominique Joseph **Membre du Bureau de la FNMF**



Bonsoir à toutes et à tous. Effectivement, si on appelle à un droit à la complémentaire santé solidaire pour tous, c'est bien parce qu'on ne peut pas nier l'augmentation du coût des complémentaires qui nous est, d'ailleurs, reproché par certains collectifs. On ne peut pas se contenter de dire que c'est "normal" que les complémentaires augmentent. Quand je dis « c'est normal », c'est parce qu'il y a, de fait, des raisons à ce qu'elles augmentent. Cela s'explique par le recul de la prise en charge sur les soins courants puisqu'on est à 55% sur les dépenses courantes. Egalement par la non revalorisation des tarifs opposables et l'absence de maîtrise des tarifs. Quand on est à la tête ou en responsabilité d'une mutuelle, on est sur un positionnement politique qui est celui de dire qu'il ne faut pas prendre le relais de ce qui n'est pas fait par l'assurance maladie obligatoire ni prendre le relais des décisions gouvernementales... Il y a aussi les franchises qui ont été mises en place dans le parcours du soin. Il y a les forfaits sur les boîtes de médicaments... Tout ça vient peser. Et en face de nous, on a des adhérents qui lèvent la main et qui nous disent : il me reste tant à charge. Mon reste à charge augmente. Que va faire ma

mutuelle ? On est conduit, à certains moments, à déroger à nos orientations politiques fortes pour intégrer des prises en charge de reste à charge qui augmentent. C'est le premier point. On a une responsabilité qui est celle d'éviter ce renchérissement.

Deuxième élément : les taxes. Etienne Caniard l'a dit. Il faut savoir que sur 100 euros de cotisations, 13 euros servent au paiement des taxes. Cela pèse. Ces deux premiers éléments expliquent le renchérissement des cotisations des complémentaires.

Pour éviter le renchérissement des complémentaires, à quoi assiste-t-on ? On assiste à un démantèlement des garanties, à des garanties de moins bonne qualité, à des coûts moins élevés mais qui, de fait, ne répondent pas à cet objectif qui est celui de l'égal et équitable accès aux soins pour tous. On ne peut pas nier le sujet. C'est un vrai enjeu que de remettre tous ces éléments dans le débat et dans le débat public. De débattre, ensemble, avec les partenaires sociaux, avec les professionnels de santé pour arriver à définir ce droit à une complémentaire santé solidaire pour tous et remettre des systèmes ou des vecteurs de solidarité pour que l'on ne soit pas dans une situation avec des contrats de bas de gamme pour certains, et pour d'autres, ceux qui ont les moyens, des contrats de haut de gamme. On pourrait alors dire que se payer une mutuelle est un luxe. Et on ne peut pas l'admettre quand on est des complémentaires solidaires.

C'est la raison pour laquelle nous voulons, aujourd'hui, travailler à mettre en place la complémentaire santé solidaire.

Jean Michel Molins : merci. Le droit à la complémentaire se fera avec d'autres acteurs si j'ai bien compris.

Il y a une question aussi qui n'a pas été évoquée mais qui revient fréquemment. Elle porte sur les dépassements d'honoraires. Docteur Cordet, est-ce que vous partagez le constat que l'augmentation des dépassements d'honoraires constitue un frein majeur à l'accès aux soins ?

Docteur Frédéric Cordet
Médecin spécialiste, représentant de
l'Union régionale des professionnels de
santé d'Aquitaine



Bonsoir. Je vais vous répondre que oui. Clairement. En tout cas, les dérives et excès qui existent, qui sont minoritaires, sont responsables d'une réputation déplorable de l'ensemble des praticiens. Beaucoup de patients renoncent ou ont peur de franchir les murs de telle ou telle clinique en se disant : quel tarif on va me demander ? On regrette cette situation. On ne parle jamais des trains qui arrivent à l'heure mais l'immense majorité des praticiens ont des pratiques modérées, effectuent une majorité de leurs actes en tarifs opposables même lorsqu'ils ont droit aux honoraires libres. Mais le mal est fait. Cette situation ne rend heureux personne.

Le point de départ, si on fait un peu d'histoire, ce sont les pouvoirs publics qui sont les principaux responsables. En 1980, ils ont délibérément choisi de ne pas revaloriser les actes médicaux et de laisser reposer cette revalorisation sur le secteur en honoraires libres. Depuis les 30 dernières années, on assiste, effectivement, à une évolution, à une augmentation des tarifs et à de moins en moins de contrôle. On n'est pas heureux de cette situation. Ce que réclament les praticiens, c'est une juste rémunération de leurs actes puisque tout le monde

est d'accord pour dire qu'un acte chirurgical réalisé aujourd'hui n'est pas fait dans les mêmes conditions qu'il y a trente ans. Or les tarifs sont les mêmes. Alors c'est vrai : aujourd'hui, cela retombe directement sur le portefeuille des patients. Honnêtement, nous ne sommes pas satisfaits. Très clairement, il y a un problème de valorisation des actes. Il y a un débat de fond à avoir : veut-on payer au juste prix les praticiens ? Nous ne sommes pas du tout opposés, au contraire, à travailler sur la pertinence des actes, sur la formation professionnelle continue des médecins. On est tout à fait demandeurs.

Jean Michel Molins : que proposeriez-vous ? Une limitation des dépassements d'honoraires par un dispositif législatif ou une réforme du "tact et mesure" par le conseil de l'ordre ?

Docteur Frédéric Cordet : plafonner, c'est compliqué car il y a des dépassements d'honoraires sur des tarifs d'actes qui relèvent de quelques euros. Donc si on plafonne à 40 ou 50% de quelques euros, ça ne va pas faire grand chose. L'obligation de pratiquer les actes à tarif opposable ? Cette obligation serait respectée sans difficultés. On est dans un système conventionné, c'est à dire que l'on a signé une convention avec la sécurité sociale et qu'on respecte des règles. On peut imaginer que dans le cadre de cette convention, il y ait une demande, une mission de service public de s'engager. D'ailleurs c'était ce qui était prévu dans le secteur optionnel. Il y avait cette obligation de demander aux praticiens d'effectuer un certain nombre d'actes à tarif opposable. Le fait d'être en secteur 2 n'est plus un obstacle à l'accès aux soins.

Le plafonnement, c'est compliqué. Je pense qu'on y arrivera mais les négociations vont être ardues. L'obligation d'acte à tarif opposable, par contre, ne soulèverait aucune difficulté.

Jean Michel Molins : Dominique Joseph parlait des taxes, du doublement de la taxe en 2011. Pierre Tartakowsky, vous êtes Président de la Ligue des Droits de l'Homme. Pour quelles raisons avez-vous signé la pétition ?

Pierre Tartakowsky **Président de la Ligue des Droits de l'Homme**



Parce que nous étions d'accord avec son texte et sur les constats. Nous avons aussi signé parce que c'était une pétition. Nous avons salué le fait que la FNMF entre en campagne et fasse de l'enjeu de santé un enjeu de démocratie.

Je ne veux pas enfilez des évidences devant cette salle. Mais nous savons tous que, quand un pays se dirige vers la paupérisation, l'état de sa santé se dégrade. En Grèce, actuellement, les médecins enregistrent un retour de nouvelles maladies et de nouvelles populations affectées par ces maladies. Ce n'est pas que les virus soient devenus plus agressifs mais, austérité oblige, on a coupé un certain nombre de programmes de prévention et on a mis fin à un certain nombre de programmes de soins. Donc les gens se portent plus mal et cela touche, à ce qu'on appelle à la Ligue des droits de l'Homme, le vivre ensemble. Cela touche aussi à ce qu'on appelle l'universalité et l'indivisibilité des droits.

Les gens en France sont mécontents du système de santé. Ils sentent bien que le système se

dégrade. Et ils sentent bien aussi, comme aurait dit Coluche, qu'il se dégrade mais pas de la même manière pour tout le monde. Or, les Français sont très attachés à l'égalité, à l'accès égal aux droits. Et ils ont parfaitement raison ! Parce qu'au-delà d'un certain seuil d'inégalité, les droits cessent d'être des droits. Ils deviennent tout simplement des passe-droits ou des privilèges. Or, le jour où la santé sera massivement un privilège, les autres droits fondamentaux seront aussi des privilèges. Quelqu'un qui n'a plus le droit de se soigner n'a pas forcément le droit de travailler. Quelqu'un qui est stigmatisé parce qu'il aura bénéficié de l'assurance maladie ne se vivra peut-être pas comme un citoyen libre de ses expressions.

Xavier Bertrand a suggéré de rendre public par voie de presse le nom des gens qui auraient fraudé à l'assurance maladie. C'est remarquable. Comment, d'un souci affiché d'économie, on arrive à une perversion totale qui amènerait l'État à désigner des citoyens à la vindicte d'autres citoyens ? C'est l'exemple parfait d'un enchaînement de dégradation du vivre ensemble démocratique par un discours soi-disant gestionnaire qui s'en prend à un droit seulement, celui de la santé. Quand on attaque la santé, c'est la santé démocratique qu'on attaque. C'est pour cela que la Ligue, qui n'est pas un acteur de la santé ni de la protection sociale à proprement dit mais qui est un des acteurs de la démocratie et qui est très liée à l'économie sociale et solidaire, a pensé qu'il était utile de signer cette pétition et qu'il fallait être partie prenante de cette campagne que la FNMF a engagée. Ma présence ici ce soir a une valeur d'engagement, au-delà d'une valeur d'approbation.

Jean Michel Molins : merci. On a parlé de la difficulté d'accès aux soins, de dépassements. On n'a pas encore parlé d'organisation des soins. Quand on avait préparé ce débat, Solange Ménival, vous m'avez dit qu'il y avait un problème d'organisation des soins car l'organisation, la prise en charge n'a pas pris le virage de l'évolution de la maladie.

Solange Ménival Vie-Présidente du Conseil régional d'Aquitaine, en charge de la santé durable



Je remercie la Mutualité française et Alain Dumas d'avoir organisé ce débat en région Aquitaine. Je suis ravie de recevoir son Président Etienne Caniard. C'est un grand honneur pour nous.

Nous sommes sur un débat fondamental : nous nous posons la question de l'accès aux soins à travers les problèmes de financement. Il peut en effet avoir un crash financier énorme, une rupture des financements. Si nous sommes dans cette situation aujourd'hui, c'est effectivement parce qu'il y a un virage que nous n'avons pas pris. Nous n'avons pas posé le bon diagnostic. Les maladies ont changé. Nous avons un système de soins qui s'est bâti pour lutter contre les maladies infectieuses. Ces maladies infectieuses ont été vaincues avec succès heureusement mais d'autres maladies sont apparues et, depuis 20 ans, elles montent en puissance : ce sont les maladies chroniques. Ces maladies, nous n'en avons pas une. Nous sommes très nombreux à être porteurs de plusieurs maladies chroniques.

Nous avons laissé le système en l'état, c'est à dire organisé avec une médecine ambulatoire, libérale, de ville, de campagne, et l'hôpital. Tout notre système a été bâti pour traiter de manière aiguë et ponctuel. Or on vit avec une maladie chronique, heureusement, pendant plusieurs années, des décennies... Et cela, notre système est incapable d'y faire face.

Il y fait face au 21^e siècle avec les moyens du 20^e : avec un généraliste qui est submergé, avec des hôpitaux qui, finalement, font les pompiers d'un système de soins qui, dans son organisation actuelle, ne peut pas faire face.

Nous le payons cher car 90% de l'augmentation des dépenses maladies, aujourd'hui, sont liées aux maladies chroniques. Si nous n'arrivons pas à payer, s'il y a un vrai problème financier avec une menace de crash, c'est parce que nous ne nous sommes pas réorganisés pour améliorer nos résultats sanitaires en fonction de cette prise de conscience, ni pour améliorer notre efficacité.

Nous avons aujourd'hui des retours d'exemples européens qui nous montrent qu'il y a d'autres organisations qui peuvent être performantes et qui améliorent les résultats en santé. Nous n'avons pas pris le virage de ces nouvelles organisations qui sont fondées sur le développement des soins primaires.

Les maladies chroniques, c'est en premier lieu, l'insuffisance cardiaque. C'est le cancer, le diabète... Vous connaissez tous autour de vous des gens qui vivent avec plusieurs pathologies. Tout repose aujourd'hui sur le généraliste qui est trop seul. Il est tellement écrasé par son travail que ce à quoi nous assistons dans nos territoires, ce sont des médecins qui ferment leur cabinet et qui s'en vont car ils sont écrasés par la charge de travail.

En Aquitaine, nous formons des étudiants en médecine générale. Ils ne veulent pas s'installer. Ils ne viennent pas s'installer.

Le problème n'est pas de savoir si nous devons être incitatifs financièrement ou coercitifs. Le problème est de prendre en considération qu'il y a un changement de paradigme fondamental, que les maladies ont changé et que si on n'aide pas les professionnels de santé à se réorganiser, ils font des burn-out et sont en incapacité de répondre à ces défis d'épidémiologie moderne.

Jean Michel Molins : question rapide, réponse courte. Quelle est la nouvelle organisation que vous appelez de vos vœux ? C'est les réseaux ville-hôpital ? Les maisons de santé ? L'exercice pluridisciplinaire ?

Solange Ménival : c'est l'exercice pluridisciplinaire, coordonné avec l'hôpital. C'est le développement des soins primaires avec ces quatre piliers : l'accès aux soins, la continuité des soins dans le temps et dans l'espace, une prise en charge globale de la personne et la mise en oeuvre d'une coordination. Il faut le faire avec l'articulation ville/hôpital. C'est possible. Pour un euro investi dans les soins primaires, les retours sont de 7 euros à 10 ans en Andalousie*.

Dominique Joseph : je souhaitais rebondir sur la fin de l'intervention, sur l'organisation des soins de premier recours. Dans les propositions que l'on a listées, dans ce que l'on appelle la plateforme 2012, on interpellera les candidats sur les mesures pour favoriser la médecine de premier recours. Cela va dans le sens des travaux que l'on mène en interne, entre militants mutualistes. Il faut travailler à ce type d'organisation et revendiquer ce type d'organisation de médecine de premier recours. Il ne s'agit pas d'être incantatoire. Il faut se poser, nous, responsables mutualistes, pour savoir comment, y compris dans la prise en charge, dans les modalités de rémunérations, nous pourrions apporter notre pierre à l'édifice.

On sait très bien que favoriser la médecine de premier recours telle qu'elle a été décrite par Solange Ménival, participe à un équitable accès aux soins pour tous. Et pour nous, j'ose le dire, c'est être en capacité de maîtriser le reste à charge, de réguler dans nos contrats, d'éviter des renchérissements de nos complémentaires mutualistes et d'aller dans un sens de l'intérêt général. On se rend bien compte qu'on peut arriver à avoir des synergies.

Cette médecine de premier recours fait complètement défaut aujourd'hui. Elle est délitée, ce qui pose des problèmes de renchérissement des inégalités.

Jean Michel Molins : on a eu un débat sur le diagnostic. Maintenant on parle de thérapeutique, ce qui est très bien. Pierre Tartakowsky, vous disiez

que le recul de l'accès aux soins, c'est un peu un recul démocratique. Que faut-il faire ?

Pierre Tartakowsky : il faut à la fois ménager un temps d'approfondissement des solutions que nous pouvons porter ensemble, des alternatives que nous pouvons dessiner car elles ne vont pas de soi. Il faut la reconnaissance de contradictions réelles avec la volonté de les dépasser et il faut créer un rapport de force dans le pays pour obtenir un grand débat public qui porte sur les thèmes réels de la réorganisation nécessaire du service de soin et de son financement. La question est démocratique. Elle est fondamentalement politique. Je pense qu'elle a besoin d'expertise et de l'architecture d'un nouveau paradigme. Le monde change et si nous voulons nous occuper des affaires du monde, il faut prendre en compte ces changements. Il est vrai que nous affrontons des forces qui nous expliquent que la santé est un problème individuel, une question de responsabilité individuelle, quelque chose qui coûte cher et qui n'a pas à être supporté par la société. Il faut mener un débat de légitimité d'expertise et un débat de légitimité démocratique.

Jean Michel Molins : que faut-il faire ? La revalorisation des actes médicaux, ce serait votre vœu, Docteur Frédéric Cordet ?

Docteur Frédéric Cordet : Je vais répondre oui. Mais laissons la parole à la salle. Toutefois, les problèmes d'accès aux soins, ce n'est pas que des questions financières. Les gens souffrent aussi de délais de prise en charge... Ce n'est pas que des histoires de suppléments d'honoraires. Élargissons le débat.

Dominique Gillaizeau : Egalement de coordination des soins. Si tout était bien organisé, on ferait des économies.

Jean Michel Molins : Merci.

Débat avec les intervenants et les participants



Jean Michel Molins : C'est le temps du débat. Je vous invite à poser des questions assez courtes pour que vous puissiez bénéficier de réponses rapides et que la majorité des gens puissent avoir la parole.

Intervenant dans la salle : je suis médecin généraliste, spécialiste de santé publique. Je ne connais pas trop le sujet de la mutuelle. Je vais être un peu provocateur et je vais vous expliquer pourquoi.

J'ai relevé quelques chiffres. On parlait de pays avec des budgets beaucoup plus faibles qui font beaucoup mieux que la France. La France consacre 9,4% de son PIB et l'Angleterre, 7,2.

Sur la démographie médicale, vous dites qu'on a un déficit de médecin. Or on a un médecin pour 1 000 habitants en France et pour 2 000 en Angleterre. A ma connaissance, les Anglais ne sont pas moins bien soignés que nous.

Vous n'avez pas posé le principe de base : le service de santé doit être un service public.

L'enseignement, c'est un service public. Pourquoi la médecine ne serait-elle pas un service public ? L'enseignant passe son agrégation et ne se dit pas qu'il va s'installer à Bordeaux. Il va où on a besoin de lui. Le médecin s'installe où il veut et pas là où on a besoin de lui. Il y a peut-être des choses à revoir.

Pourquoi ne peut-on pas imposer à des médecins qui sont payés par la collectivité durant leurs études de s'installer là où on a besoin d'eux ?

Je suis issu de santé navale. Je suis parti en Afrique soigner des populations qui étaient, elles, en vrai crash médical. On en est loin en France. Je sais ce que c'est que de gérer des budgets où on dispose de trois fois rien pour soigner des populations. J'ai vécu des choses très dures avec des difficultés énormes. Le crash médical, on en est loin en France.

Jean Michel Molins : D'accord. Pour lutter contre les déserts médicaux, il ne faut pas de système incitatif mais des systèmes coercitifs. C'est cela ?

Docteur Frédéric Cordet : effectivement, la médecine est un service public. Mais pourquoi est-ce que ce serait le dernier des services publics alors que depuis longtemps, tous les autres ont disparu. Les médecins devraient-ils être les seuls à rester dans ces endroits-là ?

Les jeunes médecins, aujourd'hui, sont beaucoup des femmes qui travaillent à temps partiel, qui ont la dure vie d'une femme. Elles ne veulent pas forcément aller dans des endroits où il n'y a rien.

Docteur Michel Durenque (représentant de l'URPS dans la salle): Le problème de la démographie médicale est un problème compliqué. On peut parler de coercition... Mais dans un système déjà libéral, sur 5 médecins formés, seulement 10% choisissent de s'installer. Donc si vous faites de la coercition, vous aurez perdu ces 10%. Ils feront toute autre chose.

On ne peut pas comparer le médecin et l'agrégé. Ce n'est pas du tout la même logique. L'agrégé est un fonctionnaire avec un salaire garanti. Le médecin prend des risques et assume une responsabilité autre. Vous ne pouvez pas comparer deux professions fondamentalement différentes. A partir du moment où il n'y a plus rien, même pas un garagiste pour faire le plein de sa voiture, ce sera difficile de faire venir des médecins.

Dominique Joseph : à l'obligation d'installation, la Mutualité préfère la proposition de solutions d'organisation des soins avec des incitations. On se doit de prendre en compte l'évolution de l'exercice ou de la façon dont les nouveaux médecins et les généralistes en particulier, souhaitent exercer leur profession.

Je crois que c'est une erreur d'imaginer qu'on peut comme il y a 50 ans, avoir un médecin généraliste qui veuille faire 70 heures, des centaines de km pour couvrir toute la campagne.. On n'arrivera pas à obliger un médecin à s'installer dans ces conditions. Il faut prendre en compte l'augmentation du nombre de femmes chez les médecins. C'est légitime, ce n'est pas une vision rétrograde.

Il faut voir comment on s'organise pour faciliter l'installation, pour organiser la permanence des soins, 7 jours sur 7, 24h/24.

Aujourd'hui, les hôpitaux publics sont un palliatif à une mauvaise organisation ou une non-incitation à l'organisation sous forme de pôle ou de maison de

santé. On doit retrouver ensemble, avec les professionnels de santé, avec les assurés sociaux mutualistes, avec tous les partenaires, y compris les partenaires politiques qui sont sur le maillage du territoire, les moyens d'avancer et de faire des propositions dans ce sens-là plutôt que d'opposer les uns aux autres. Sinon, la paupérisation va encore s'accroître. Ce n'est pas en s'opposant qu'on organisera et qu'on trouvera des nouvelles modalités d'organisation des soins.

Docteur Frédéric Cordet : il faut donner envie aux jeunes de s'installer et de faire ce métier. Cela passe par le travail en groupe et l'allègement du fardeau administratif qui est totalement dissuasif.

Dominique Gillaizeau : je suis d'accord mais il pourrait y avoir aussi des mesures désincitatives. C'est-à-dire que, dans les zones où il y a beaucoup de médecins, on pourrait ne pas conventionner de nouveaux médecins. C'est une idée.

Solange Ménival : il faut faire très attention aux clichés qui laisseraient penser qu'on ne vient pas s'installer en zone rurale parce qu'il n'y a pas de Poste, pas de service ou pas d'école.

L'Aquitaine est une région attractive, très bien dotée en personnels médicaux et, pourtant, il y a des zones complètement désertifiées. Il y a des mesures qui ont été prises. Il y a des collectivités qui se sont investies dans la création de maisons de santé, de pôles de santé, avec des projets de soins réalisés par les professionnels. Et malgré cela, il n'y a pas eu d'installation libérale dans ces maisons et pôles de santé.

Par contre, il y a un plébiscite pour le salariat. On est sur des nouveaux modes d'exercice avec des demandes de nouveaux modes de rémunération.

Le désamour des professionnels de santé n'est pas par rapport à certains territoires que l'on dirait moins intéressants parce qu'il n'y aurait pas de services à la population. Le désamour est réellement lié aux conditions de travail. Je voudrais aussi attirer l'attention sur le fait que si on a d'abord observé ce phénomène dans les zones rurales, parce que la population, les professionnels de santé sont venus tirer la manche des élus pour leur dire qu'ils allaient partir et qu'il n'y aurait pas de relève, il y a un endroit où le danger est larvé : c'est en ville.

Regardez la pyramide des âges. Les généralistes d'aujourd'hui sont majoritairement nés vers 1950. Le Conseil de l'Ordre des médecins a fait un travail remarquable d'enquête : on est dans l'incapacité aujourd'hui de dire combien de généralistes vont partir car il y a des anticipations. Il y a des généralistes qui dévissent leur plaque en ville. Il y a des quartiers qui se désertifient. Et cela ne se voit pas parce que l'hôpital fait le pompier du système de soins.

Le principal problème aujourd'hui est de revisiter fondamentalement l'organisation des soins de premiers recours pour répondre aux besoins sanitaires de la population en regardant les aspirations des nouvelles générations de médecins qui ne veulent pas de l'exercice libéral mais veulent bien du salariat. Et il n'y a pas besoin d'être coercitif: si vous leur proposez un poste salarié, ils viennent.

Il faut également faire très attention à ce qui est en train de se passer en ville. Il faut évidemment faire en sorte que l'hôpital ne reçoive pas tout parce qu'on l'empêche ainsi de se concentrer sur ses missions. Tout est à revoir.

Un intervenant dans la salle : si la clinique de Lesparre, la maternité va fermer prochainement, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de garage, pas de bureau de poste.... C'est parce que l'ARS ne veut pas financer ce qu'elle doit financer. Une prise en charge de plus haut niveau de la sécurité sociale est nécessaire. Un accès à la complémentaire santé pour tous est également nécessaire. Les mutuelles de France demandent qu'un débat démocratique ait lieu sur le financement durable de la sécurité sociale. Le déficit structurel de comptes sociaux est dû à la baisse de la contribution des entreprises au financement de la sécurité sociale. Il faut un financement assis sur la création des richesses dans notre économie et non sur la consommation des ménages. Notre mutuelle affirme son opposition à la TVA dite sociale, aux taxes sur la santé et à la fiscalisation des mutuelles.

Jean Michel Molins : je vous invite à poser des questions. Parce que vos prises de positions, fussent-elles passionnantes, risquent de figer un peu le débat.

Un intervenant dans la salle: ma question s'adresse à madame Joseph. Vous avez parlé de droit pour tous, d'accès à une complémentaire santé. Est-ce vous ne pensez pas qu'il faut avant tout stopper le transfert inacceptable qui se fait vers les complémentaires et réclamer un meilleur niveau de remboursement par la sécurité sociale? Certains parlent de 80%. On se dirigerait alors plutôt vers ce qui existe en Alsace et Moselle que vers le modèle états-unien.

Mon autre réflexion, je vous la livre en tant que médecin qui a été à la fois généraliste, spécialiste et médecin hospitalier. J'ai envie de vous donner comme élément la pluralité de notre milieu professionnel. Je respecte l'opinion du Docteur Cordet mais j'ai tendance à dire que, malheureusement, les dépassements d'honoraires sont un instrument formidable de la démolition de la sécurité sociale et de la démolition des solidarités. Je comprends que certains praticiens n'aient pas assez pour vivre, etc...Mais plutôt que de parler de la juste revalorisation du prix de l'acte, il faut voir quel est le revenu mensuel qui est le bon revenu pour les médecins. Je n'ai jamais pratiqué de dépassement d'honoraires et j'ai toujours bien vécu, notamment, comparativement à la grande majorité des patients que j'ai essayé d'accompagner dans ma carrière.

En tant que militant associatif, on reçoit quotidiennement des témoignages de dépassements d'honoraires scandaleux. On travaille sur le cas d'une personne qui nous a sollicité pour un dépassement alors qu'il bénéficie de l'aide médicale d'Etat et qu'il a été opéré de la prostate. On lui a ponctionné, en plus des tarifs de la sécurité sociale, 1 795 euros. On n'est pas dans l'idéologie. On est dans des dépassements qui ont concerné le chirurgien, l'anesthésiste, etc.

Le milieu médical est hétérogène : il y a des médecins dépasseurs ; il y a des médecins solidaires dont je fais partie et qui sont, pour l'instant, majoritaires. Mais si on ne fait rien, ils vont devenir minoritaires, Et ils entendent dire que leurs pratiques seraient de moins bonne qualité que celles de ceux qui pratiquent les dépassements. C'est injuste.

Jean Michel Molins : Docteur Cordet, une réponse sur les dépassements excessifs.

Docteur Frédéric Cordet : J'ai déjà répondu. On ne cautionne pas les dépassements excessifs. La question intéressante est de savoir ce que vaut un médecin, en comparaison des autres professions, à années d'études comparables, à responsabilités comparables, heures passées au travail..? Il est là le vrai débat de fond : combien vaut un médecin ? Je n'ai pas la réponse.

Dominique Joseph :concernant la possibilité de remonter à 80% les taux de remboursements, on ne peut le vouloir sans en avoir étudié les capacités. La Mutualité a mis un préalable à toutes ses propositions. Le préalable, c'est la réforme du financement. Je ne vais pas développer nos propositions mais je vous invite à lire la brochure sur les pistes de rénovation ou refondement du financement que nous proposons.

Un intervenant dans la salle : le Président, Etienne Caniard, a précisé que nous étions à peu près à 1 million de signatures pour la pétition. La pétition est relativement précise : elle demande au président de la République de retirer la taxe. Il faut valoriser le poids des signatures et dire que la Mutualité française ne paiera pas les 3,5%. Je suis pour que le régime obligatoire ait les moyens d'organiser la santé dans ce pays et que les mutuelles jouent leur rôle de complémentaires.

Jean Michel Molins : on va prendre les trois dernières questions.

Le directeur général adjoint du CHU de Bordeaux, dans la salle: je voulais dire que je partageais le diagnostic fait par Solange Ménival et par les différents intervenants sur les effets induits des dysfonctionnements de nos organisations sanitaires sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital public qui souffre beaucoup aujourd'hui. Je voudrais revenir sur un propos qui me semble source d'évolution de l'organisation. En particulier sur la thématique de l'évolution des pathologies chroniques. Ma question s'adresse aux membres de la table ronde et concerne la façon dont ils envisagent l'évolution d'un système qui devrait plus être tourné vers la prévention, notamment dans le sens de la prévention des maladies chroniques et comment ils estiment que doit être rétribué

l'organisation d'un système mieux tourné vers la prévention.

Solange Ménival : les maladies chroniques sont des maladies liées à nos modes de vie. Il faut agir au niveau de la prévention, au plus proche des populations. Cela signifie que des professionnels habilités à faire de la prévention, et pas simplement des médecins généralistes, doivent pouvoir intervenir dans des maisons et des pôles de santé. Ce qui signifie, d'abord, que dans la refondation de l'organisation des soins à laquelle j'aspire ainsi que le Conseil régional, il y ait des professionnels salariés pour faire de la prévention.

Je crois qu'on n'a pas suffisamment saisi ce changement épidémiologique et qu'on n'a pas encore mis l'accent sur la prévention avec des professionnels salariés ou des associations rémunérées pour faire une réelle prévention au plus proche des populations.

La deuxième chose à faire : c'est une prévention en amont qui interpelle les politiques sur des objectifs trans-sectoriels, à travers toutes les politiques. Il faut penser prévention pour ne pas nuire à la santé. On peut penser prévention santé dans une politique de transport, dans une politique agricole, agroalimentaire, nutrition... On peut penser prévention santé dans une politique logement. Et surtout, on peut penser prévention santé dans le monde du travail.

Aujourd'hui, une des principales sources de stress, c'est à la fois dans le travail, par le travail et quand on perd son travail. Il y a une multitude d'actions qui peuvent être menées.

En France, c'est un champ à investir complètement et sur lequel nous devrions faire des progrès considérables. Certains pays, certaines régions sont à des pourcentages d'investissements sur la prévention qui sont de l'ordre de 5 à 7% des dépenses de santé. Nous sommes à peine à 1%. Il existe encore des expériences européennes qui donnent des retours financiers quand on investit dans la prévention et dans les soins primaires. Tous les professionnels de santé sont habilités à faire de la prévention.

Jean Michel Molins : et sur la rémunération, que faut-il faire ?

Solange Ménival : je reçois quasiment tous les jours des associations qui veulent travailler, qui travaillent déjà en réseau et qui voient leur financement diminuer alors qu'elles étaient un appui considérable pour les jeunes, dans les lycées, dans les missions locales, etc.

Jean Michel Molins : il faut leur dire de frapper à la porte des ARS pour avoir des financements ?

Solange Ménival : on sait ce qu'il en est de la boîte à outils des ARS. Je dis que tout cela doit être repensé et qu'il doit y avoir de l'argent donné pour la prévention. Des marges financières peuvent être dégagées si on réorganise l'accès, la continuité et la coordination des soins.

Docteur Frédéric Cordet : un mot sur la rémunération de la prévention.

On revendique depuis toujours, surtout pour les médecins généralistes, qu'il y ait un acte de prévention qui existe et qui soit coté comme tel. S'arrêter 20 minutes pour faire de la prévention, on l'a vu sur le dépistage du côlon, cela demande du temps. C'est vrai que c'est difficile. Il y a, dans la nouvelle convention, des éléments de paiement liés à la performance pour le suivi de certains critères. Il faut voir que cela a des limites aussi. Qui vient faire de l'éducation thérapeutique ? On voit bien que ce sont les bons élèves. Qui vient faire du dépistage du cancer du colon ? Beaucoup de femmes qui sont déjà sensibilisées au cancer du sein...

Il n'est pas forcément nécessaire de multiplier les structures de prévention. Il faut que les gens viennent. Il faut que la prévention aille de soi dans l'esprit des gens. Or, dans nos sociétés plutôt latines, aller voir un médecin quand on se sent bien et qu'on n'a pas de symptômes, c'est une démarche difficile.

Jean Michel Molins : on sait bien que les gens qui viennent faire de la prévention sont en général des gens qui sont déjà très suivis.

Dominique Joseph : dans nos propositions, nous préconisons effectivement que la prévention soit effectuée tout au long de la vie.

La prévention ne doit pas être déconnectée de l'organisation du système de santé. Elle est inhérente au système de santé, à l'organisation de

l'offre de soin. On ne souhaite pas trop d'ailleurs cloisonner car on retomberait sur des problèmes de financement. On souhaiterait pouvoir développer encore plus de programmes d'éducation thérapeutique tout au long de la vie, ce qui nous amène à proposer de nouveaux modes de rémunérations. Le paiement à l'acte, en lui-même, est un frein au développement d'éducation thérapeutique. On pourrait imaginer des systèmes de rémunération mixte forfait/acte. On doit avancer dans ce domaine, sans trop cantonner la prévention à côté de l'organisation de la médecine ou de la santé.

On dit qu'il vaut mieux prévenir que guérir mais, aujourd'hui, notre organisation est davantage sur le curatif que sur le préventif. Il faut développer, en synergie avec d'autres, les programmes d'éducation thérapeutique.

Jean Michel Molins : une dernière question.

Un intervenant dans la salle : les études des dépenses de santé montrent qu'une tranche de la population continue de devoir assumer un reste à charge important, très variable selon les situations. Ces restes à charge sont dominés par les soins coûteux et par les dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires comptent pour plus de la moitié du montant total des restes à charge les plus élevés. Ces dépassements d'honoraires sont donc un frein majeur à l'accessibilité des soins de santé. La situation est inacceptable. Pourquoi la Mutualité Française n'a-t-elle pas la volonté de se positionner pour la suppression pure et simple du secteur 2 ?

Pourquoi n'envisagerions-nous pas le secteur optionnel comme une étape dans la suppression du secteur 2 ? Il serait grand temps de réaffirmer que la santé n'est pas un marché, si toutefois nous y croyons encore...

Jean Michel Molins : merci. Nous allons clore ce débat. Merci à tous et à toutes, je vais céder la parole à Etienne Caniard pour clore ce débat. Merci de votre participation.

Discours de clôture



Etienne CANIARD Président de la Mutualité Française

Pardon effectivement d'interrompre le débat au moment où nous aurions encore beaucoup de choses à nous dire. Quelques mots, non pas de conclusion mais, plutôt, pour ouvrir un débat public sur les questions de santé.

Premier élément : attention à la simplification excessive des problèmes de notre système de santé, qu'il s'agisse de la question de l'organisation des soins, de la densité médicale, des difficultés d'installation, des dépassements d'honoraires, du rôle de l'hôpital...

Sur la densité médicale par exemple. Evidemment, comparée aux autres pays, notre densité médicale ne nous met pas en péril. C'est vrai. Le problème, ce n'est pas la densité dans l'absolu. Il faut toujours

faire attention aux moyennes qui cachent des disparités. Le problème est celui de la répartition générale des généralistes et des spécialistes...C'est celui de l'installation dans certaines régions sachant que le problème est souvent infra-régional : entre les villes et les campagnes, entre les centres urbains et la banlieue ...

François Cordet rappelait que seulement 10% des médecins s'installent en libéral. C'est vrai. Mais pourquoi ? Ce qui a le plus explosé, comme l'a rappelé Solange Ménival, c'est une préférence pour un nouveau mode d'exercice. C'est aussi l'installation comme médecin remplaçant. Il y a 13 000 médecins en remplacement de façon durable. Cela veut dire tout simplement que les conditions d'installation ne sont pas satisfaisantes.

Cela s'explique aussi parce, qu'aujourd'hui, il y a presque une prime à des modes d'exercice qui ne sont pas durables. Le remplacement devient un mode d'exercice habituel. On voit, par exemple aujourd'hui des anesthésistes qui préfèrent, pour certains, de plus en plus, se louer à des hôpitaux pour faire tourner les blocs plutôt que d'exercer en libéral. On a des sujets absolument majeurs qui sont complexes.

Pour rebondir sur la dernière intervention : bien sûr qu'il faudrait supprimer le secteur honoraires libres. Il dure, comme l'a rappelé François Cordet, depuis 1980. Depuis 1980, nous sommes restés relativement inertes. Il est temps de réagir et le rattrapage ne se fera pas en une journée. Bien sûr que le secteur 1 est la solution. Mais ce n'est pas la seule solution.

Je voudrais juste verser à la réflexion un point très simple. Aujourd'hui, les deux professions médicales qui ont les rémunérations les plus importantes sont les biologistes et les radiologues. Ce sont deux professions qui sont majoritairement, pour ne pas dire exclusivement, en secteur 1. Pourquoi ? Parce qu'il y a des conditions d'exercice qui permettent de déléguer les actes et d'avoir une multiplication des actes. Certes, ces professionnels de santé sont en secteur 1 mais ils peuvent avoir des revenus extrêmement confortables. On voit donc que le sujet est compliqué.

Il faut lutter, évidemment, contre les dépassements d'honoraires. Parce même si les dépassements excessifs sont, certes, minoritaires, on voit bien qu'ils entretiennent un climat détestable et, en plus, très inconfortable, tant pour les médecins que pour les malades.

La Mutualité a toujours dit qu'elle était prête à prendre ses responsabilités pour contribuer à l'effacement des dépassements d'honoraires. Mais il faut aussi des mesures qui montrent que l'on a la volonté de les maîtriser techniquement. Pas comme ce que l'on nous propose aujourd'hui.

C'est important parce qu'il y a toujours une valeur d'exemple. Pierre Tartakowsky citait l'exemple des fraudes en disant combien il était aberrant de vouloir lutter contre les fraudes en affichant le nom des fraudeurs. La question de la lutte contre les fraudes est une question essentielle : non pas parce qu'elle va régler le problème de l'assurance maladie mais pour une raison essentielle, celle de

l'exemplarité. Pour faire également comprendre aux gens que ces débats sur la fraude sont des débats complètement secondaires; c'est l'arbre qui cache la forêt. La fraude, ce n'est pas grand chose. Ce n'est pas pour cela qu'il faut la laisser faire. Mais il faut lutter contre parce qu'on ne peut pas laisser accréditer l'idée que nous payons des cotisations sociales pour que certains fraudent le système. Il faut donc lutter contre les fraudes pour une raison d'exemplarité, une raison de citoyenneté. Mais en même temps, rappelons que la lutte contre les fraudes n'est absolument pas la solution au problème financier de l'assurance maladie. Les fraudes les plus importantes, d'ailleurs, sont l'objet des établissements sanitaires : 80% des fraudes viennent de l'offre de soin et pas des assurés sociaux. Il s'agit essentiellement de fraudes à la codification, à la facturation... Disons-le franchement et dans un but très simple qui est de redonner confiance aux Français dans leur système de protection sociale.

Solange Ménival a parlé de l'hôpital. Evidemment, un des enjeux majeurs est de rendre à l'hôpital ses missions et essayer d'arrêter cette dérive infernale qui consiste à utiliser l'hôpital comme filet de sécurité de toutes les défaillances de notre système. Cela coûte extrêmement cher et cela désorganise l'hôpital.

Pour rebondir encore sur un autre sujet évoqué par Pierre Tartakowsky : celui des droits. Il l'a dit ainsi : faisons attention à ce qu'un droit ne devienne pas un passe-droit, un privilège. Je partage totalement cette opinion.

C'est important de redonner du contenu au droit. Je dis souvent de faire attention à ne pas nous réfugier derrière l'affirmation de droits dont l'exercice n'est plus possible dans la vie réelle. C'est ce qui se passe aujourd'hui en matière de santé, notamment si on accepte de laisser se creuser l'écart entre les prix effectivement pratiqués et les tarifs de remboursement. C'est fondamental.

Je me permets ainsi de rebondir sur le manifeste des 123 et sur la volonté de remonter les remboursements à 80%. Personne n'est contre. Mais je vous renvoie au principe de réalité que j'évoquais : 140 milliards de dette à rembourser à la CADES, 10 à 11 milliards de déficit annuel... Même avec un changement de majorité... Quelle que soit la majorité qui exercera le pouvoir demain, les

tensions financières qui existent aujourd'hui demeureront. Ce n'est pas un discours de renoncement : c'est un discours qui conduit à ne pas se mentir.

Il ne suffit pas de dire qu'il faut remonter les remboursements de l'assurance maladie à 80%. La priorité, aujourd'hui, est de mettre fin à cet écart entre les tarifs de remboursements et les prix réels. Cette différence entre l'affirmation d'un droit et l'exercice, c'est ce qu'on est en train de fabriquer avec l'assurance maladie. On se paie de mots en parlant de remboursement, sans voir que les taux de remboursements s'appliquent à des bases qui les rendent complètement inefficaces. Cela m'est égal d'être remboursé à 80, 90 ou 100% si la base sur laquelle je suis remboursé ne correspond pas au prix que je paie aux professionnels de santé. L'urgence est de retrouver une forme d'opposabilité, une forme, en tous cas, de confort, à la fois pour les médecins et pour les patients.

Enfin, dernier sujet : la prévention. C'est un sujet important qui a été abordé à plusieurs reprises. Comme l'a dit Solange Ménival, la transition épidémiologique est une réalité qui n'a pas été prise en compte.

On voit aujourd'hui qu'il y a un autre enjeu qu'il faut être capable de prendre en compte : c'est la prise en charge à tous les âges de la vie. La coupure entre prévention et curatif n'est pas aussi simple que cela. On sait que la prévention de la perte d'autonomie, c'est la qualité des soins qui est effectuée auprès des personnes âgées fragiles. C'est la qualité de détection, par exemple, des troubles sensoriels, de la vue ou de l'audition, dont on sait qu'ils sont responsables d'une grande partie des pertes d'autonomie. Les choses sont imbriquées.

Ce que dit Solange Ménival et qui me paraît très juste, c'est l'idée de développer la prévention au plus proche des populations. On sait que la prévention, justement parce qu'elle est inégalitaire, justement parce qu'elle doit intégrer des facteurs extrêmement complexes comme, par exemple, sa représentation du futur, sa représentation de sa place dans la société..., nécessite un ciblage. C'est un sujet essentiel sur lequel la mutualité est bien armée car la mutualité est un remarquable outil de solidarité par l'assurance santé qu'elle met en

place. C'est aussi le premier acteur en France qui développe un réseau absolument complet, de l'hôpital à l'hospitalisation à domicile, à l'EPHAD, aux services à la personne, à la prévention...

La Mutualité compte 2 400 établissements en France. Elle est un des premiers acteurs en matière d'accueil des personnes âgées, en matière de centre d'optique, de centre dentaire, de santé. C'est essentiel. Il faut que nous comprenions que nous avons nos responsabilités.

Derniers mots pour répondre à ceux qui se demandent ce que l'on va faire concernant la taxe de 3,5% qui est passé à 7. Un million de personnes ont signé la pétition. On demande l'abrogation de la taxe, bien sûr. Maintenant, sincèrement, je ne suis pas sûr que, quelle que soit l'issue des élections, nous arrivions à une abrogation pure et simple de cette taxe. Ce qui me paraît essentiel est de rebondir sur un point qui a été souligné par Dominique Joseph tout à l'heure : quand une mutuelle perçoit 100 euros de cotisation, elle commence par verser 13,27 euros de taxe. Je considère que le métier des mutuelles est de permettre et d'améliorer l'accès aux soins. Ce n'est pas d'être un collecteur d'impôt. Notre métier est uniquement de verser des prestations.

Aujourd'hui, l'ensemble des dépassements d'honoraires médicaux représentent 2,5 milliards. L'ensemble de la taxation sur les contrats d'assurance complémentaire représente 2,2 milliards. Je ne dis pas qu'il faut utiliser ces 2,2 milliards à solvabiliser les dépassements d'honoraires tels qu'ils existent aujourd'hui. Mais je ne peux pas m'empêcher de me demander si finalement, nous n'aurions pas l'occasion, dans un partenariat intelligent, avec les assurés sociaux, avec les associations d'usagers, les représentants des collectivités territoriales, les représentants des médecins..., d'inventer une nouvelle forme d'opposabilité, un nouveau retour à une sécurité réelle pour les assurés sociaux qui conduirait, finalement, à consacrer les sommes que nous mettons pour les taxes à l'amélioration du système.

A l'issue de ces réunions régionales, nous allons interpeller les candidats à la présidentielle par un courrier, qui ne sera pas un courrier de prise de position sur des points extrêmement précis mais sur des engagements sur des sujets aussi majeurs que

l'accès aux soins ou l'exercice des droits. Car c'est cela qui est en cause. Et nous aurons, avant ce courrier, l'occasion, le 8 février à Paris, d'avoir le dernier débat de nos réunions régionales. L'avant dernier aura lieu à Saint-Quentin, dans la ville de Xavier Bertrand. Pour le débat de Paris, nous réunirons les représentants des candidats à la présidentielle pour débattre de ces questions.

Pour nous, il est essentiel que l'on soit dans une phase d'ouverture où nous proposons des solutions. Je crois qu'il faut en débattre avec tous les acteurs. Nous travaillerons avec ceux qui exerceront le pouvoir en fonction du résultat des élections. Mais nous savons très bien que nous n'avons aucune chance d'arriver à des solutions positives si le débat n'est pas partagé pendant la campagne électorale, s'il ne devient pas un débat public qui prend toute sa place dans la vie politique. Ce n'est pas encore le cas aujourd'hui.

Ce qui me réconforte et me redonne le moral, c'est la vivacité de débats, votre engagement, le fait que vous soyez aussi nombreux ce soir à vouloir montrer votre engagement pour cette cause. C'est porteur d'avenir. Donc nous continuerons à essayer de nous battre pour l'accès aux soins.

Merci.