

Fiche n°12 :

Un système de santé de plus en plus inégalitaire

Franchises médicales, augmentation du ticket modérateur, parcours de soins, limitation des arrêts de travail... Sous le prétexte de modérer la demande de soins, les pouvoirs publics augmentent les dépenses laissées à la charge des assurés. Le résultat est catastrophique : la réforme Douste-Blazy de 2004 et les mesures prises depuis, non seulement n'ont pas permis de redresser durablement les comptes de l'assurance maladie contrairement aux objectifs affichés, mais plus grave, elles ont creusé les inégalités dans l'accès aux soins.

La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot prétend que la loi Hôpital Patient Santé Territoire est censée garantir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire en améliorant la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville.

En réalité, la loi creusera encore plus les inégalités territoriales et économiques:

- *La mise en place des agences régionales de santé va conduire à la mise en place d'une politique centralisatrice et autoritaire en matière de santé;*
- *Les regroupements d'hôpitaux publics (de 1050 établissements actuellement à 20 communautés hospitalières de territoire) va encore réduire les hôpitaux de proximité. La loi prévoit aussi le rapprochement entre établissements publics et privés.*

D'autres fiches développeront l'analyse de Solidaires sur la loi HPST et notamment les ARS.

I - Des difficultés d'accès aux soins liées aux territoires géographiques...

Cette affirmation pourrait paraître infondée alors que globalement le nombre de professionnels de santé réglementés n'a jamais été aussi important. Entre 2000 et 2007 leur nombre a progressé de 20% mais avec des évolutions très contrastées: une augmentation beaucoup plus faible des médecins et surtout des dentistes, une augmentation très forte des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des audioprothésistes et surtout des opticiens et une croissance entre 20 et 30% pour les autres professionnels de santé.

Cependant il y a encore sur le territoire 322 médecins pour 100 000 habitants, la moyenne dans les pays de l'OCDE étant de 250 médecins pour 100 000 habitants. En revanche la densité des chirurgiens dentistes a baissé entre 1990 et 2005, passant de 67 à 65 pour 100 000 habitants.

- une répartition très inégale sur le territoire

Pour les médecins généralistes, les variations vont de 1 à 1,4 entre les régions et de 1 à 2,5 entre

les départements. Pour les autres spécialistes elles vont de 1 à 2 entre les régions et de 1 à 7,4 entre les départements. Selon le rapport 2005 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) « il y a bien deux France de densité médicale ». Autres chiffres donnés par la Cour des Comptes « La densité des omnipraticiens libéraux qui est en moyenne de 100 pour 100 000 habitants en France descend à 75 pour la Seine Saint Denis pour atteindre 136 dans les Pyrénées Orientales, tandis que la densité des spécialistes libéraux qui est de 88 pour la France, chute à 34 en Lozère et culmine à 244 à Paris ».

Ces disparités sont encore plus « criantes » entre communes et entre quartiers selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (rapport 2007).

Concernant les chirurgiens dentistes (quel que soit le statut d'exercice) les densités régionales varient du simple au double entre les régions les moins bien dotées (Haute et Basse Normandie, Picardie et DOM qui disposent de 40 dentistes pour 100 000 habitants) et les mieux pourvues (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Midi Pyrénées avec 80 à 90 dentistes pour 100 000 habitants).

Il en est de même dans la répartition des infirmiers libéraux, les écarts allant de 1 à 5 par région et de 1 à 7 par département en faveur de la région Paca Corse.

La concentration des professionnels de santé dans des zones géographiques n'est pas un hasard, elle coïncide avec le niveau des revenus des populations qui y vivent, et non aux besoins. C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans entre certaines zones du nord (zone en sous densité médicale) et du sud (zone en surdensité) de la France.

Enfin la répartition de l'offre hospitalière accentue les inégalités d'accès aux soins : 6% de la population vit dans une commune située à plus de 40 minutes soit 20 kms du service de chirurgie (public ou privé) le plus proche, 450 000 sont à plus de 50 minutes (soit 30 kilomètres). Dans certaines zones géographiques, les cliniques ont déjà le monopole sur plusieurs activités, comme à Carpentras et Chateaubriant où toute la chirurgie est assurée par le secteur privé commercial.

II - Des difficultés d'accès liées aux délais d'attente

Pour certaines spécialités (si l'ophtalmologie et la psychiatrie sont les plus souvent citées elles ne sont pas les seules), les délais d'attente pour obtenir une consultation deviennent un véritable problème dans l'accès aux soins avec comme conséquences de retarder le dépistage de pathologies, de décourager les assurés et parfois les amener à renoncer aux soins. A noter également l'augmentation des délais pour bénéficier d'un examen IRM du fait de la pénurie et de la saturation des équipements existants. Alors que le plan cancer prévoyait au moins 12 IRM par million d'habitants, la moyenne est aujourd'hui de 7,5 machines avec des régions sous équipées (Languedoc Roussillon, Pays de Loire, Auvergne) où le ratio est inférieur à 6.

Il faut signaler par ailleurs que la permanence des soins (gardes de nuit, de fin de semaine...) par les généralistes est également loin d'être une réalité ce qui conduit à engorger les urgences hospitalières.

Enfin il ne faut pas oublier les inégalités liées à l'autorisation donnée à certains médecins hospitaliers d'avoir des consultations et des lits privés au sein de l'hôpital public. Les personnes qui ne peuvent faire l'avance des frais et payer un dépassement d'honoraires doivent attendre plus longtemps pour obtenir un rendez vous dans le secteur public.

III - Des difficultés d'accès pour raisons financières

Désormais les assurés sociaux rencontrent des difficultés de 2 ordres :

- des dépassements d'honoraires qui se multiplient

Selon le rapport de l'IGAS de 2007, les médecins généralistes et spécialistes ont pratiqué en 2005 plus de 2 milliards d'euros de dépassements (soit 11% du total des honoraires), dont les 2 /3, après intervention des complémentaires, sont restés à la charge des malades. En 10 ans les dépassements ont augmenté de plus de 40% (hors inflation).

Si la part des généralistes en secteur 2 (secteur dit à honoraires libres où les médecins ont le droit de pratiquer un dépassement d'honoraires) est en légère diminution depuis plusieurs années (12,1% en 2006), à l'inverse celle des spécialistes ne cesse de croître et représente 38,5% en 2006. En 2006, 82% des chirurgiens sont en secteur 2 contre 55% en 1985, 52% des gynécologues. Dans plus de 70 villes, les chirurgiens en secteur 2 sont en situation de quasi monopole.

Actuellement au-delà du « tact et de la mesure » les dépassements d'honoraires ne sont pas encadrés et leur prise en charge par les complémentaires est variable.

- une augmentation du reste à charge

Depuis la loi du 13 août 2004, dont l'objectif était de diminuer la participation de l'assurance maladie obligatoire aux dépenses de santé, les assurés sociaux ont été mis à contribution via de nouvelles participations forfaitaires (forfait de 1€ sur tous les actes, participation de 18€ pour les interventions médicales lourdes, franchises médicales, augmentation du forfait hospitalier, déremboursements, pénalisation en cas de non respect du parcours de soins –le taux de remboursement est passé de 60% à 30% depuis le 31 janvier 2009.....)

Entre 2004 et 2008, les transferts de charge de l'assurance maladie obligatoire vers les ménages ont été chiffrés par la Cour des Comptes à plus de 3 284 millions d'euros (dont seulement 231 millions sur les complémentaires). Dans les mois à venir, il paraît évident que les assurés sociaux devront supporter une nouvelle hausse des tarifs des complémentaires, qui répercuteront tôt ou tard l'augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires (taux porté de 2,5 % à 5,9% au 1^{er} janvier 2009) payée par les organismes complémentaires. Cette augmentation aura une autre conséquence, celle d'accroître le nombre de personnes sans couverture complémentaire, la protection complémentaire étant coûteuse pour les ménages les plus modestes. Bien que facultative, la couverture complémentaire santé reste un élément déterminant de l'accès aux soins, notamment pour ceux qui sont le moins bien remboursés.

Avance de frais et ticket modérateur sont toujours des freins pour les plus pauvres et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de frais dentaires et ophtalmologiques.

Suite à l'accord signé le 15 octobre 2009 entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et deux syndicats de médecins libéraux La création d'un « **secteur optionnel** en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié » va être mis en place. Ce droit revendiqué au départ par les chirurgiens et réclamé depuis par tous les autres spécialistes, concernera les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues obstétriciens: ceux d'entre eux qui exercent actuellement en secteur 1 (sans dépassements) et qui possèdent un titre hospitalier (ils sont nombreux dans ce cas - les anciens chefs de clinique par exemple) pourront adhérer à ce « secteur optionnel » et pratiquer des « dépassements maîtrisés » :

- Dans le respect d'un plafond maximal de dépassements par acte de 50% du tarif de la sécurité sociale (en clair le droit de dépasser de 50% le tarif opposable pour 70% de leurs actes!); ces dépassements seront remboursés par les mutuelles sous certaines conditions

- Avec l'obligation d'assurer un minimum 30% de son activité aux tarifs opposables (c'est-à-dire remboursés par la sécurité sociale),

En contrepartie d'une partie des cotisations sociales sera prise en charge par l'assurance maladie pour la part d'activité en tarifs opposables.

Au bout de 3 ans, l'accord prévoit la pérennisation et l'extension de ce secteur à d'autres spécialités si « l'ensemble de l'offre à tarifs opposables et maîtrisée est suffisante ». A terme, l'ouverture de ce secteur optionnel à tous les médecins du secteur n'est pas exclue.

Pour le gouvernement le secteur optionnel permettrait de répondre au problème des dépassements d'honoraires ...en les encadrant pour les atténuer tout simplement. Mais rien n'est prévu pour limiter ou réduire les dépassements pratiqués par les autres médecins du secteur 2 qui n'iront pas vers le secteur optionnel. Dans un autre rapport l'IGAS estimait que la mise en place du secteur optionnel comportait le risque « d'un moindre accès à des soins à tarif opposable » avec un coût élevé pour l'assurance maladie en l'absence de volonté de supprimer le secteur 2 et qu'au bout du compte « le perdant de ce projet de réforme est l'assuré ».

En pratique cet accord va étendre la pratique des dépassements d'honoraires et ce sont les assurés qui paieront la note soit directement quand ils n'ont pas de complémentaire santé soit indirectement via l'augmentation des cotisations à leur complémentaire santé. A noter que l'encadrement des dépassements dans les cliniques privées (initialement prévu dans le projet de loi) a été supprimé de par la loi HPST !

En définitive tous les dispositifs mis en place ces dernières années qui associaient qualité des soins et supplément de rémunération n'ont produit que des effets modestes selon l'IGAS qui reconnaît le dépassement comme un élément de politique des revenus à réintégrer dans les tarifs opposables.

- L'accès à une complémentaire santé reste inégalitaire

Selon le dernier rapport de la Cour des Comptes, la CMUC couvre environ 4,8 millions de bénéficiaires -soit 7,6 % de la population- et l'aide à la complémentaire santé environ 275 000 bénéficiaires pour une population estimée à 2 millions de bénéficiaires. Si les bénéficiaires de la CMU voient leurs frais médicaux intégralement pris en charge il n'en va pas de même pour ceux qui dépassent le plafond de la CMUC (au-delà de 606 €). Cependant la CMU est encore loin d'être une véritable garantie, puisqu'en moyenne 14% des médecins refusent de recevoir des patients CMU, ce taux atteignant 40% pour les médecins spécialistes du secteur 2 (les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés pour les allocataires CMU) et les dentistes (les prix des prothèses sont plafonnés) sans sanctions à la clé. Alors que le gouvernement avait inclus quelques timides mesures pour faire respecter l'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU, celles-ci ont été supprimées au cours du débat parlementaire sur pression du lobby médical libéral"

Le Haut Conseil de l'Assurance Maladie évalue à 5 millions (soit 8% de la population) le nombre de personnes dépourvues de couverture complémentaire et majoritairement pour des raisons financières. L'aide à la complémentaire santé créée en 2005 pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs à ceux de la CMU complémentaire, reste largement insuffisante, son plafond (revenus compris entre 606 et 727 €) comme son montant étant trop modestes (il varie de 100 à 400

€ par an) pour payer une complémentaire qui revient au minimum au double.

Il faut également signaler selon l'enquête menée par l'EPSE en 2005 que près de 9 % des étudiants n'avaient aucune mutuelle complémentaire et que près d'un étudiant sur quatre avait renoncé à une prestation médicale ou une consultation pour des raisons financières.

D'une façon générale les étudiants restent peu informés sur les conditions d'accès à la CMU ou encore à l'aide à la complémentaire santé. Alors que 25 % d'étudiants boursiers pourraient prétendre à la CMU, seuls 5,7 % en bénéficient actuellement !

Et pourtant la dépense totale des aides financières à la couverture complémentaire est conséquente, elle est évaluée par la Cour des Comptes à plus de 7 milliards d'euros pour l'année 2006, soit environ 35% du montant des prestations complémentaires versées.

Les inégalités dans l'accès aux soins ne sont certes pas nouvelles mais elles risquent d'avoir des conséquences dramatiques du fait du vieillissement de la population et de la baisse de la démographie médicale dans les années à venir. Selon le ministère de la santé le nombre de médecins devrait baisser de près de 10% dans les dix ans à venir. La pénurie de professions médicales dans laquelle le pays se trouvera est la conséquence de politiques gouvernementales qui ont recouru à la modulation du « *numerus clausus* » pour les études médicales pour réduire l'offre de soins pensant ainsi réduire les dépenses d'assurance maladie dont la progression était jugée trop importante.

L'absence de couverture complémentaire pour des raisons financières est un élément important de renoncement aux soins. L'enquête de l'IRDES montre que les chômeurs représentent la population dont l'accès à une complémentaire santé est le plus difficile, cette situation risque fort de s'aggraver avec la montée du chômage.

Les difficultés d'accès aux soins retardent les diagnostics et la prise en charge des malades avec des conséquences possibles sur leur santé et des dépenses ultérieures qui risquent d'être plus importantes.

Changer en profondeur le système de santé

La revendication portée par l'Union syndicale Solidaires, d'un système universel d'assurance santé ouvert à tous – sans distinction quant au statut devant l'emploi- doit être portée d'autant plus fortement que les reculs ont été importants ces dernières années et que la situation sociale va s'aggraver avec la crise économique (précarisation des emplois, chômage, exclusion...) La mise en place d'un système universel doté des moyens (professionnels, structures...) au service de la population permettrait de réduire les inégalités et de faire de la protection de la santé et de l'accès aux soins pour tous un véritable droit.

Mais encore faut-il appréhender les inégalités de santé dans leur globalité, le recours au système de soins n'est pas le seul déterminant de santé, loin s'en faut. La plus grande part des inégalités sociales de santé résulte de mécanismes et de facteurs multiples comme les conditions et modes de vie, les conditions de travail, l'éducation, les revenus...et la loi « Hôpital, patient, santé et territoire », fait l'impasse sur ces questions fondamentales. Une vraie politique de santé doit intégrer tous les déterminants de santé et déboucher sur des politiques publiques adaptées en matière d'éducation, de logement, d'emploi... Aujourd'hui il y a une double nécessité, celle de réorienter de manière fondamentale le système de santé pour garantir l'égalité d'accès aux soins et celle de mettre en place un dispositif de régulation pour utiliser au mieux l'argent public. Il faut être clair, cela ne pourra pas se faire sans que les médecins renoncent aux « sacro-saints » principes de la médecine

libérale comme la liberté d'installation, le refus du tiers payant ou la rémunération à l'acte qui ne sont pas compatibles avec un financement socialisé.

Assurer une répartition équitable des professions et structures de santé

La pratique médicale doit évoluer vers de nouvelles formes d'organisation de l'offre de soins, impliquant un exercice plus collectif, en mode coopératif ou en réseau (réseaux de santé, maisons ou centres de santé ...) pour faciliter et coordonner les échanges entre l'ensemble des acteurs. L'objectif est de passer dans les faits du « *soin* » au « *maintien de la santé* » et d'aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire des professionnels de l'action sociale et de la santé (soins, prévention, éducation, santé publique, aide sociale). De telles structures existent déjà, mais elles restent marginales faute de réelle volonté politique.

Au nom de l'intérêt général, les pouvoirs publics doivent imposer, une répartition des professions de santé ainsi que des structures en fonction des besoins des populations et non des intérêts particuliers. Le fait d'encadrer la liberté d'installation a été posé à plusieurs reprises, mais les mesures d'incitation déjà expérimentées dans le passé comme l'augmentation de 20% du tarif de la consultation, n'ont eu que des effets très limités. Le dispositif adopté par la profession des infirmier-e-s (gel des effectifs dans les bassins de vie sur dotés, incitations à l'installation dans des zones sous dotées..) destiné à mieux répartir les effectifs sur le territoire peut il être un exemple à suivre ? On peut rappeler qu'il existe également des règles géo-démographiques d'installation des pharmaciens qui permettent un maillage de proximité du territoire en termes d'accès aux médicaments. Mais les résistances sont très fortes, le projet de loi en discussion n'envisage de pénaliser les médecins qui refuseraient de s'installer dans certaines zones qu'à compter de 2012 !!

Modifier le mode de rémunération des médecins

La rémunération à l'acte continue d'être le mode normal de rémunération d'un bon nombre de professions médicales qui sont ainsi les prescripteurs de leurs propres revenus: la logique marchande domine l'offre de soins en médecine ambulatoire.

Ce mode de paiement induit des effets pervers et inflationnistes dénoncés à plusieurs reprises. En effet, le revenu de ces professionnels est lié au volume de leurs actes (visites, consultations ...), sans considération de leur utilité pour les patients et de leur coût pour la collectivité. De plus il ne rémunère que l'acte technique sans tenir compte de la dimension prévention, de l'environnement social ou encore du psychisme de la personne.

Pour favoriser et faciliter de nouveaux modes d'organisation de l'activité médicale, il faut faire évoluer le mode de rétribution des médecins et substituer au paiement à l'acte, d'autres modes de rémunération (salarial, capitation, forfait...) qui tiendraient compte, au delà de l'acte curatif, du temps consacré à la prévention, l'éducation à la santé, la coordination et la concertation avec d'autres acteurs, ainsi qu'à la formation du médecin.

Il va de soi que ces nouveaux modes de rémunération, en devenant les tarifs de la sécurité sociale, s'imposeraient aux professionnels et que, dans le cadre d'un système universel, défendant les valeurs de solidarité et non de concurrence individuelle, il n'y pas de place pour la liberté tarifaire, il n'y a donc pas de place pour les dépassements d'honoraires, ni pour un système optionnel.