

RAPPORT Santé



10 priorités pour une politique globale de Santé

En décembre 2006, suite aux réformes dans le champ de la santé, l'Uniopss formulait 10 priorités pour une politique globale de Santé. Ces priorités étaient déclinées en une cinquantaine de propositions.

Deux ans plus tard, à l'aube de l'entrée en vigueur d'une nouvelle grande réforme, la loi hôpital, patients, santé et territoires, l'Uniopss fait le point par rapport aux propositions qu'elle avait formulées, ceci dans l'optique des réformes en cours et à venir.

Les 10 priorités pour une politique globale de Santé selon l'Uniopss :

1. Faire de la prévention une priorité.
2. Réduire les inégalités en matière d'accès à la prévention et aux soins.
3. Assurer un niveau élevé de couverture par l'Assurance maladie.
4. Conforter les droits et favoriser la participation effective des usagers.
5. Assurer la qualité du système de santé.
6. Engager une politique de santé cohérente pour répondre aux besoins.
7. Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le sanitaire et le social.
8. Promouvoir la coopération internationale en matière de santé.
9. Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif.
10. Promouvoir la participation des associations à la construction des politiques publiques.

10 priorités pour une politique globale de Santé

La Santé est aujourd'hui entendue par tous dans l'acception large que lui a donnée l'Organisation mondiale de la santé en 1946 : *"un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*. Lors de l'examen de la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* », les parlementaires n'ont d'ailleurs finalement pas jugé utile d'inscrire cette définition désormais acquise dans le code de la santé publique.

Cette orientation ne fait plus aucun doute et la politique de santé déployée en France tend à améliorer l'état de santé de nos concitoyens selon cette dimension globale où facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels environnementaux... sont étroitement intriqués.

Dans l'absolu, les décideurs devraient donc pouvoir agir plus ou moins directement sur l'ensemble des déterminants de santé, nombreux et pas simplement liés à la sphère biologique. La politique publique de santé devrait en ce sens être « globale » et la cohésion sociale envisagée comme le principal levier d'action.

Portant cette vision, l'Uniopss formulait en 2006 dix priorités d'action pour y parvenir. Un peu plus de deux ans plus tard, elle fait le point dans un nouvel état des lieux assorti de propositions.

L'Uniopss a en effet souhaité exprimer le point de vue des associations de solidarité* par rapport à un contexte en pleine évolution marqué par l'entrée en vigueur de la réforme d'ampleur qu'est la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » et par trois crises : la crise financière, économique et sociale mais également la crise de la protection sociale dont l'un des maux bien connu depuis une trentaine d'années est le chômage et la crise plus large de la démocratie qui tend notamment à effacer le rôle nécessaire des corps intermédiaires qui ont pour tâche de tempérer les excès inévitables des deux grandes puissances que sont l'Etat et le marché.

L'Uniopss propose cette contribution structurée autour de dix priorités d'action à l'ensemble de ses partenaires. Elle espère ainsi enrichir les débats à venir sur une question qui relève selon elle d'un véritable projet de société.

Dominique Balmary
Président de l'Uniopss

* Le présent document est le fruit d'une large concertation des adhérents de l'Uniopss, associations du champ de la santé et de l'action sociale particulièrement sensibles à la situation des personnes les plus fragiles. Ce travail a été mené à partir des commissions et groupes de travail de l'Uniopss. Le conseil d'administration a également eu à se positionner à plusieurs reprises par rapport aux réformes questionnées dans ce document, principalement la loi « hôpital, patients, santé et territoires ». Il a validé les nouvelles orientations de l'Uniopss.

Sommaire

1. FAIRE DE LA PREVENTION UNE PRIORITE.....	7
1.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : L'INSUFFISANCE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION	7
1.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	8
1.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	9
LE CONSTAT PERDURE : LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE DEMEURE INSUFFISANTE.....	9
PREVENTION : LA LOI "HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES" FIXE LE CADRE D'ACTION, LES MESURES SONT RENVOYEEES A LA REFORME DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE	10
DANS CE NOUVEAU CADRE, L'UNIOPSS ESCOMPTE UNE NOUVELLE LOGIQUE D'ACTION DANS LE SENS DE SES PROPOSITIONS.....	12
2. REDUIRE LES INEGALITES EN MATIERE D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS	14
2.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : LA PERSISTANCE D'INEGALITES DE SANTE PREOCCUPANTES	14
2.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	16
2.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	20
LE CONSTAT PERDURE : LES INEGALITES DE SANTE SE PORTENT BIEN	20
LA LOI HOPITAL, PATIENTS SANTE ET TERRITOIRES SUR L'ASPECT « EGAL ACCES AUX SOINS » : LE RENDEZ-VOUS MANQUE ?	21
LES PROPOSITIONS FAITES EN 2006 DEMEURENT D'ACTUALITE.....	23
3. ASSURER UN NIVEAU ELEVE DE COUVERTURE PAR L'ASSURANCE MALADIE.....	27
3.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : SI NOTRE SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE SOUFFRE DE DEFICITS STRUCTURELS, IL EST LE SEUL SYSTEME A MEME DE GARANTIR A TOUS LA COUVERTURE DE SON RISQUE MALADIE	27
3.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	30
3.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES A VENIR	33
LE CONSTAT PERDURE : L'ASSURANCE MALADIE EST PLUS QUE JAMAIS DEFICITAIRE MALGRE LES PLANS D'ECONOMIE SUCCESSIFS ADOPTES AU PRIX D'UN REcul DE LA PRISE EN CHARGE.....	33
DE NOUVELLES MESURES PONCTUELLES OU UNE REFORME D'AMPLEUR SUR LE VOLET FINANCIER ?	35
DANS LE CONTEXTE ACTUEL, L'UNIOPSS REAFFIRME SES PROPOSITIONS EN FAVEUR D'UN SYSTEME SOLIDAIRE D'ASSURANCE DU RISQUE MALADIE	35
4. CONFORTER LES DROITS ET FAVORISER LA PARTICIPATION EFFECTIVE DES USAGERS ..	45
4.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : LES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE ET LEUR PARTICIPATION SONT RECONNUS MAIS MERITENT D'ETRE CONFORTES	45
4.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	47

4.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	49
LE CONSTAT : LA REPRESENTATION DES USAGERS ET LA PRESERVATION DE LEURS DROITS DEMEURENT FRAGILES ET LA CONFUSION EST PARFOIS DE MISE DANS LA NOTION MEME D'USAGERS	49
LE POSITIONNEMENT ET LES PROPOSITIONS DE L'UNIOPSS	51
<u>5. ASSURER LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE.....</u>	52
5.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : LES USAGERS SONT DEMANDEURS D'INFORMATION EN LA MATIERE, LES ACTEURS DEMANDENT A ETRE ACCOMPAGNES	52
5.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	53
5.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	54
LE POSITIONNEMENT ET LES PROPOSITIONS DE L'UNIOPSS	54
<u>6. ENGAGER UNE POLITIQUE DE SANTE COHERENTE POUR REpondRE AUX BESOINS.....</u>	56
6.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : LE CLOISONNEMENT DES DECIDEURS ET DES POLITIQUES CONDUIT A UNE REponse PARTIELLE AUX BESOINS	56
6.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	57
6.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	60
LES REFORMES EN COURS VISENT A REMEDIER AU CLOISONNEMENT ET AU MANQUE DE COHERENCE QUI SONT PLUS QUE JAMAIS POINTES	60
LE POSITIONNEMENT ET LES PROPOSITIONS DE L'UNIOPSS	61
<u>7. PROMOUVOIR LE TRAVAIL ENTRE ACTEURS ET L'ARTICULATION ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL</u>	64
7.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : L'INSUFFISANTE ARTICULATION DES ACTEURS CONDUIT NOTAMMENT A DES RUPTURES DANS LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT	64
7.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	66
7.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	68
LE CONSTAT : LES DISPOSITIFS DE COORDINATION SE MULTIPLIENT AU RISQUE DE RAJOUTER DES STRATES VOIRE DE MULTIPLIER LES POLITIQUES CATEGORIELLES	68
LA LOI HOPITAL, PATIENTS SANTE ET TERRITOIRES : LA COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS ET STRUCTURES LARGEMENT PRONEE	69
LE POSITIONNEMENT ET LES PROPOSITIONS DE L'UNIOPSS	70
<u>8. PROMOUVOIR LA COOPERATION INTERNATIONALE EN MATIERE DE SANTE.....</u>	72
8.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : L'URGENCE D'AGIR COMPTE TENU DE LA PENURIE DE PERSONNEL DE SANTE QUALIFIES ET DE LA NECESSAIRE MAITRISE DES RISQUES SANITAIRES	72
8.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	72

8.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	73
---	-----------

9. RECONNAITRE L'ORIGINALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PLUS-VALUE SOCIALE DU SECTEUR PRIVE NON LUCRATIF..... 74

9.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : UN SECTEUR DONT LE BIEN-FONDE EST RECONNU MAIS QUI EST POURTANT MALME NE PAR CERTAINS MODES DE REGULATION ET DE FINANCEMENTS	74
9.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	75
9.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	76

LE CONSTAT : LA PLUS-VALUE DU SECTEUR PRIVE NON LUCRATIF DOIT PLUS QUE JAMAIS ETRE DEMONTREE DANS UN CONTEXTE DE PLUS EN PLUS CONCURRENTIEL QUI FAIT PEU DE CAS DE SES SPECIFICITES..... 76

LA LOI HPST ET LES EVOLUTIONS RECENTES CONFORTENT UNE VISION CONCURRENTIELLE ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS D'UN MARCHÉ 77

LE POSITIONNEMENT ET LES PROPOSITIONS DE L'UNIOPSS 79

10. PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES ASSOCIATIONS A LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES 82

10.1. LE CONSTAT DE L'UNIOPSS EN 2006 : LES ASSOCIATIONS ONT TENDANCE A ETRE VUES COMME DE SIMPLES GESTIONNAIRES	82
10.2. LES PROPOSITIONS ASSOCIATIVES FORMULEES EN 2006	82
10.3. CONSTAT ET PROPOSITIONS EN 2009 COMPTE-TENU DES PISTES PROPOSEES PAR LES REFORMES EN COURS ET A VENIR	83

LE CONSTAT : LES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES MISES A DISTANCE DE LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES 83

LA PROPOSITION FAITE EN 2006 DEMEURE D'ACTUALITE..... 83



Faire de la prévention une priorité



1.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : l'insuffisance de la politique de prévention

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dressait déjà le constat de l'insuffisance de la politique de prévention et prévoyait de recentrer le système de santé sur cet aspect. Malgré les dispositions introduites dans le code de la santé publique et les ambitions affichées par la loi, en 2006, l'état des lieux n'avait guère évolué.

Plusieurs explications à cela. Deux années s'étaient alors écoulées depuis la publication de la loi mais n'ont suffi pour mettre en œuvre toutes les dispositions qu'elle contenait. Les décrets d'application ont ainsi tardé à être publiés. Si bien que, fin 2006, les consultations périodiques de prévention, l'examen personnalisé en classe de cinquième, la consultation de prévention pour les personnes de plus de 70 ans n'avaient toujours pas vu le jour.

Et fondamentalement, dans certains champs comme celui de la toxicomanie, la politique de prévention était entrée en contradiction avec une politique renforcée de répression de certains comportements qualifiés de « à risque ». L'aspect répressif prenait le pas sur la démarche de prévention mais aussi de réinsertion et d'éducation. Pour la toxicomanie, les associations constatent que la criminalisation de l'usage de certaines drogues éloigne encore davantage les usagers des structures de prévention et de soins auxquels leur comportement les expose (Hépatite C, troubles psychiatriques...). Cet obstacle supplémentaire s'ajoute en effet aux problématiques de non recours aux soins connues également en alcoologie.

Pour remédier à cet état de fait, en dehors des mesures prévues par la loi de santé publique de 2004 qui nécessitaient d'être mises en œuvre rapidement, l'Uniopss dressait un certain nombre de propositions qui auraient permis de faire de la prévention une réelle priorité de la politique de santé et également au niveau de l'action des acteurs de ce champ.

1.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Des rendez-vous santé aux âges clefs de la vie

La commission d'orientation des Etats généraux de la prévention qui a rendu son rapport en décembre 2006, dont nous partageons la majeure partie des recommandations, a ainsi suggéré de multiplier ces "rendez-vous santé" pris en charge par l'Assurance maladie. Avec la généralisation de certains dépistages organisés (cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 74 ans et celle du dépistage du cancer colorectal) ce sont des mesures qui auraient méritées d'être mises en œuvre au plus tôt.

Valoriser la prévention dans la pratique quotidienne des professionnels de santé en sortant de l'unique financement à l'acte et par la formation

L'Uniopss proposait d'introduire sans tarder de nouveaux modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, de façon à inciter les professionnels de santé à investir la prévention et l'éducation à la santé au delà de l'éducation thérapeutique. La prévention, ce sont en effet les actions spécifiques mais également tous les actes préventifs réalisés par les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, dans le cadre des consultations. Elles nécessitent du temps auprès du patient qui n'est pas valorisé dans le cadre du financement à l'acte.

Il s'agissait également de faire de la prévention une dimension de la formation des professionnels de santé, ce dès les premières années d'études : l'aspect préventif de l'acte médical comme les actions collectives de prévention.

Améliorer et promouvoir les dispositifs de prévention de la médecine scolaire et du travail, ainsi que pour les personnes sans emploi

La médecine scolaire et la médecine du travail se devaient d'être améliorées et promues. Cette amélioration passe par un renforcement des dispositifs actuellement en souffrance mais également par une meilleure articulation avec la médecine ambulatoire et hospitalière... Les consultations réalisées doivent en effet être suivies d'effets, voire d'un relais par une prise en charge par le médecin traitant.

En parallèle, l'Uniopss demandait la mise en place de dispositifs adaptés de prévention pour les personnes sans emploi. Il est en effet nécessaire de mettre en place pour ces personnes un suivi en matière de santé, l'état de santé étant un déterminant majeur pour la reprise d'une activité, pour l'accès à l'emploi.

Résoudre la contradiction actuelle entre la politique de réduction des risques et la loi de 1970 qui criminalise l'usage de drogues

A ce sujet, l'Uniopss s'était opposée en 2005 au projet de loi relatif à la prévention de la délinquance qui traitait notamment de la question de la toxicomanie. Ce projet de loi n'abordait en effet ces problématiques que de façon partielle et insatisfaisante, sous un aspect répressif et non préventif, et sans avoir ouvert de concertation avec les acteurs concernés, alors qu'elles mériteraient un large débat pour améliorer notre dispositif en profondeur.

1.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Le constat perdure : la politique de prévention et de promotion de la santé demeure insuffisante



En septembre 2008, le chef de l'Etat annonçait son intention de faire passer le budget de la prévention de 7% de la dépense de santé à plus de 10% d'ici 2012.

La prévention demeure en effet en deçà des attentes même si la méthode pour quantifier cet aspect a évolué et a permis de revaloriser la part de la prévention dans la dépense de santé. Une étude a permis d'identifier les actes préventifs réalisés par les professionnels de santé, et dont les montants sont inclus dans la consommation de soins et de biens médicaux. Les dépenses de prévention prennent désormais en compte cette dimension, en plus des traditionnelles dépenses des institutions. La différence est importante : en 2002, la France aurait ainsi consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention (5,8 milliards au titre des premières et 4,7 milliards au titre des secondes) soit 6,4% de la dépense courante de santé. La moitié est destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, un quart au dépistage des maladies et l'autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou des formes précoces de maladie¹.

L'évaluation du plan cancer (2003-2007) dressée par le Haut conseil de la santé publique met en exergue les lacunes de la politique de prévention du cancer². Deux tiers des mesures de ce plan concernent la prévention des facteurs de risque, un tiers leur prise en charge. Dans les deux cas, le Haut conseil pointe l'insuffisance de leviers d'intervention préventive, particulièrement l'éducation pour la santé, et les fortes disparités dans l'accès au dépistage entre les départements et au sein même des départements. De véritables freins à l'accès au dépistage perdureraient : insuffisance de la communication, freins économiques et culturels, insuffisance de l'offre notamment en milieu rural.


Quant à l'entretien de prévention instauré de façon expérimentale dans trois départements pour les 12-13 ans, une mesure intéressante car à un âge clef du développement, le bilan dressé de l'action est bien mitigé : seulement 8,7% des enfants y ont participé et probablement pas ceux pour lesquels cela aurait été le plus utile (les enfants non suivis n'ont pas été touchés) et l'Institut national de veille sanitaire (INVS) qui a procédé à l'évaluation d'en conclure que le protocole doit être révisé avant généralisation de cette proposition de la conférence de la famille de l'année 2004 et qu'à ce titre il serait utile de davantage sensibiliser les professionnels et les familles³.

¹ IRDES – Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France – Questions d'économie de la Santé n°111 – juillet 2006.

² Haut conseil de la santé publique (HCSP). Évaluation du plan cancer. Rapport final, janvier 2009. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009

³ INVS, L'entretien de santé des enfants de 12-13 ans (filles de 12 ans et garçons de 13 ans) Analyse descriptive et résultats épidémiologiques, février 2009.

Prévention : la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" fixe le cadre d'action, les mesures sont renvoyées à la réforme de la loi de santé publique



La loi hôpital patients, santé et territoires (HPST) ne contient que peu de dispositions sur le fond concernant la politique de santé et vise davantage son aspect organisationnel. La prévention et l'éducation à la santé serait avec le soin et la politique médico-social réunie sous la coupe de l'agence régionale de santé qui devrait avoir ainsi une vision d'ensemble sur la politique de santé et médico-sociale. Dans cette globalisation de la politique de santé, le risque pointé par les acteurs que la prévention soit phagocytée par la dimension soins a été pris en considération et la loi propose une certaine « garantie » des crédits de l'ARS consacrés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention qui ne pourront être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

Les ARS adopteront un schéma régional de prévention, outil au contenu très vaste puisqu'il concernera autant la sécurité sanitaire et la sécurité environnementale que la prévention et la promotion de la santé. Par contre, le volet promotion de la santé prévu dans le projet de texte initial, a disparu pour être remplacé par la « prévention des facteurs de risque pour la santé ». Une fondation doit être créée à cet effet pour prendre en charge la promotion d'une alimentation équilibrée, des activités physiques et la lutte contre les pratiques addictives, missions remplies aujourd'hui par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) alors même que le projet de loi visait à simplifier et à rassembler, c'est un nouvel intervenant qui est ainsi établi sans qu'on en connaisse précisément les missions.

A la satisfaction de l'Uniopss, il est précisé que le plan stratégique régional de santé – autre outil de l'ARS par lequel elle fixe les orientations et objectifs de santé pour la région – devra prévoir les articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Dans ce contexte, peut-être pourra-t-on dépasser les difficultés actuelles en permettant à la médecine scolaire de travailler davantage avec les médecins exerçant en pédopsychiatrie et dans le secteur médico-social ? Le suivi médical des consultations de dépistages en milieu scolaire et professionnel pourrait également s'en trouver amélioré. En parallèle, la négociation sur la médecine du travail a été ouverte avec les partenaires sociaux, sans pour l'heure déboucher ni intégrer réellement cette perspective.

En dehors de ces mesures structurelles, la loi HPST instaure une consultation de prévention annuelle pour les 16-25 ans avec tiers payant, cette population étant souvent éloignée du dispositif de santé et au comportement qualifié d'« à risque » sur le plan de leur santé. Un effort particulier est en effet réalisé sur cette population, trop longtemps laissée pour compte des politiques sociales et de santé. En ce sens, le livre vert sur la jeunesse⁴ propose de doubler l'aide à la complémentaire santé pour les jeunes, une mesure destinée à limiter le reste à charge dans l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé. Cette mesure, si elle était adoptée, devrait cependant s'accompagner d'une réévaluation du niveau des garanties offertes par les complémentaires de santé dans ce cadre mais également de manière générale, celles-ci étant en effet assez limitées. Et, pour l'Uniopss, c'est le relèvement du plafond de la CMUC qui doit être la priorité (cf. 3).

⁴ Commission de concertation sur la politique de la jeunesse, Livre Vert, Reconnaître la valeur de la jeunesse, juillet 2009.

La conférence biennale sur la santé des jeunes devra également être l'occasion d'un bilan régulier sur l'état de santé de la jeunesse. Les données seront fournies par un suivi de cohorte. La mesure est intéressante : elle permettra une évaluation régulière des politiques menées et leur ajustement pour davantage d'efficacité. Elle pourrait du reste être reproduite dans d'autres champs.

Hormis ces quelques dispositions, l'essentiel des mesures en matière de prévention devrait être défini de manière générale pour les cinq années à venir par une future loi de santé publique réformant celle de 2004. C'est du moins ce qui est annoncé par la Ministre de la santé et a justifié le retrait des mesures de santé publique du projet de loi HPST. Le Haut conseil de la santé publique devrait rendre son rapport d'évaluation de la loi de 2004 avec un bilan des actuels Plan régionaux de santé publique (PRSP). Pour bâtir ces plans et les programmes d'actions afférents, les services de l'Etat ont croisé de façon matricielle les priorités nationales issues des cent objectifs et des cinq plans stratégiques prioritaires en tenant compte de leurs priorités locales. Exercice particulièrement complexe, avec une latitude d'action somme toute limitée tant les objectifs nationaux étaient nombreux. Resserrer les priorités au national devraient être une des recommandations du Haut conseil.

Sans préjuger de ce que sera le bilan du Haut conseil en ce qui concerne la participation des collectivités territoriales, force est de constater que l'objectif est loin d'être atteint. L'organisation proposée par la loi de 2004 est en effet loin d'avoir été acceptée par les différents acteurs. Elle prévoyait l'articulation de l'action du préfet concrétisée par le PRSP avec l'action du Conseil régional, celui-ci pouvant définir des objectifs particuliers à la région et élaborer et mettre en œuvre les actions régionales correspondantes. Le Conseil régional s'inscrit alors dans le groupement régional de santé publique apportant son concours financier (GRSP). Force est de constater que ce n'est pas le cas dans nombre de régions (Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas-de-Calais, pour ne citer qu'elles) et qu'aux côtés du PRSP, coexistent, sans articulation, d'autres programmes et plans de santé publique des différents acteurs... avec des logiques concurrentielles évidentes...

Dans ce nouveau cadre, l'Uniopss escompte une nouvelle logique d'action dans le sens de ses propositions

▶ La politique de santé publique doit irriguer l'ensemble des politiques de l'agence régionale de santé

La politique de santé publique doit irriguer l'ensemble des politiques de l'agence, la prééminence ne doit pas être le soin mais bien une vision globale de la santé avec l'ensemble de ses composantes. A ce titre, la prévention et l'éducation à la santé doivent avoir une place importante au sein des politiques de l'agence. Pour les personnels de ces agences c'est une nouvelle façon de concevoir leur action qui est ainsi attendue.

▶ Santé publique, prévention, éducation à la santé : assurer la transition sans rupture

La loi HPST développe très peu le contenu du schéma régional de prévention contrairement aux autres documents attendus de l'agence (schémas d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, programme pluriannuel régional de gestion du risque). En outre, l'articulation de ce schéma avec l'actuel plan régional de santé publique (PRSP) et schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) ainsi que la gestion de la période transitoire ne sont nullement précisées. La loi prévoit pourtant la suppression de ces outils dont le champ et la fonction ne sauraient être couverts par le seul schéma régional de prévention. Il est donc particulièrement important de clarifier les évolutions à venir, d'autant que les priorités d'action ne seront définies au mieux qu'en 2010.

▶ Une réelle synergie autour de la santé scolaire et au travail (y compris pour les personnes sans emploi)

Dans le nouveau cadre que constituent la mise en place des ARS et les articulations qu'elles devront susciter avec les autorités compétentes, l'Uniopss réaffirme son positionnement en faveur d'un réel effort au niveau des dispositifs de la santé scolaire et la santé au travail pour qu'ils soient enfin améliorés et promus. Cette amélioration passe par un renforcement des dispositifs actuellement en souffrance mais également par une meilleure articulation avec la médecine ambulatoire et hospitalière... Les consultations réalisées doivent en effet être suivies d'effets, voire d'un relais par une prise en charge par le médecin traitant.

En parallèle, l'Uniopss réitère sa proposition d'instaurer un dispositif adapté de prévention pour les personnes sans emploi. Il est en effet nécessaire de mettre en place pour ces personnes un suivi en matière de santé, l'état de santé étant un déterminant majeur pour la reprise d'une activité, pour l'accès à l'emploi. Le livre vert sur la jeunesse propose ainsi une consultation pour les jeunes qui accéderont à un emploi. Cela devrait être organisé plus généralement pour tout actif se trouvant en recherche d'emploi.

- ▶ ***Résoudre la contradiction actuelle entre la politique de réduction des risques et la loi de 1970 qui criminalise l'usage de drogues***
- ▶ ***Valoriser la prévention dans la pratique quotidienne des professionnels de santé en sortant de l'unique financement à l'acte et par la formation***

L'Uniopss réitère également ces deux propositions qui n'ont pas donné de suite. Pour la seconde les contrats proposés par l'Assurance maladie aux professionnels de santé sous forme d'objectif de prise en charge ne pouvant suffire à valoriser une activité de prévention (prescription d'antibiotiques, suivi des diabétiques...).

2

Réduire les inégalités en matière d'accès à la prévention et aux soins

2.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : la persistance d'inégalités de santé préoccupantes

L'exposé des motifs de la loi de 2004 relative à la politique de santé reprenait un état des lieux largement documenté : « malgré la performance de notre système de santé, il faut encore aujourd'hui, en France, lutter contre la persistance d'inégalités de santé préoccupantes entre les catégories socioprofessionnelles et entre les régions ou encore, par exemple, pour réduire les taux élevés de mortalité évitable ». Afin de remédier à cette situation, la loi inscrivait la réduction des inégalités, par la prise en compte des groupes les plus vulnérables, comme l'un des principes de la politique de santé publique. Cette préoccupation devait être présente dans chacun des programmes qui découleront des plans régionaux de santé publique et ces derniers devaient obligatoirement comprendre un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

La concrétisation de ces mesures nécessitait d'être vérifiée mais, en 2006, lorsque l'Uniopss élaborait son constat, il était encore trop tôt pour dresser un véritable bilan de ces mesures, ce d'autant plus que la loi tardait à être mise en œuvre sur bien des aspects.

Côté soins et prévention médicalisée, l'Uniopss notait en 2006 que la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie qui a mis en place du parcours de soins coordonné avec la désignation d'un médecin traitant par l'assuré suscitait de nombreuses interrogations, voire réticence, quant à son éventuel impact négatif sur l'accès aux soins. En effet, si le dispositif pouvait se trouver justifier en termes de coordination et d'amélioration du suivi du patient, sa mise en œuvre soulevait néanmoins d'importants problèmes. Outre un certain délai qui a été nécessaire au plan technique qui a pu porter préjudice aux patients et professionnels de santé (délai de traitement des déclarations de médecins traitants, difficulté d'assurer une télétransmission...), la complexité tarifaire qui en résulte interrogeait, ainsi que la faculté pour le professionnel de santé de pratiquer des dépassements d'honoraires dans le hors parcours de soins qui laissait à penser que le système deviendrait encore davantage inégalitaire avec « deux médecines », l'une pour les personnes qui ont les moyens de payer des dépassements d'honoraires qui auront accès à l'ensemble des professionnels de santé, et en pouvant même s'exonérer de passer par leur médecin traitant, et l'autre avec passage obligatoire par le médecin traitant et accès à une offre au tarif opposable (sans dépassements) de plus en plus limitée, avec des délais de rendez-vous sans commune mesure ou des temps d'attente importants, sans parler des temps de consultations réduits.

La situation des ressortissants de la CMU complémentaire était elle aussi préoccupante. En effet, si la plupart d'entre eux n'auront pas de problème pour suivre ce parcours de soins, une minorité, plus marginalisée ne sera jamais en capacité de s'inscrire dans un tel cheminement. La sanction financière prévue en cas de non respect du parcours de soins était donc totalement inopportune, pour des personnes qui rappelons-le vivent bien deçà du seuil de pauvreté.

A cela, s'ajoutait les situations de refus de soins opposés aux CMUistes dont une étude produite par le fond CMU venait de démontrer l'ampleur⁵. En effet, les situations de refus de soins dans le cadre de la CMUC et de l'AME sont courantes, en grande partie liée à la méconnaissance par les professionnels (médecins généralistes ou spécialistes, dentistes, pharmaciens...) de leur obligation et des dispositifs mais aussi par le manque à gagner que présente ces populations (pas de dépassements possibles, suivi plus complexe). La revalorisation de la prise en charge par la CMUC des frais de prothèses dentaires en sus du tarif de responsabilité a pu contribuer à améliorer la situation chez les dentistes. Mais, globalement, pour la CMU comme pour l'AME, il demeurait urgent de faire évoluer les comportements. Suite aux résultats de l'enquête, le CISS et le Comegas ont saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) qui a identifié ces situations comme constitutives de discriminations au sens de la loi et des engagements internationaux et en a appelé les autorités à prendre leurs responsabilités pour faire cesser et sanctionner si nécessaire ces pratiques.

De manière générale, le constat était sévère : la sélection des populations en fonction de leurs ressources et de leur état de santé était déjà un risque bien présent voire une réalité. Etait notamment en cause, le développement des secteurs de médecine ambulatoire à honoraires libres et la mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital sans les gardes fous qui auraient été nécessaires pour éviter l'écueil principal de sélection des patients les plus rentables et sur lequel l'Uniopss avait appelé la vigilance des pouvoirs publics dès les premières réflexions sur la mise en place d'une tarification alors qualifiée de « à la pathologie ».

L'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, qui conduit à une offre de soins très insuffisante au regard des besoins de la population dans certaines régions, soulevait également la question de la pertinence de la totale liberté d'installation de ces professionnels.

Face à cet état des lieux, l'Uniopss dressait un certain nombre de propositions pour favoriser l'accès de tous à la prévention et aux soins et lutter, dans la mesure du possible, contre les inégalités de santé.

⁵ IGAS, Les refus de soins aux bénéficiaires de la cmu, novembre 2006.

2.2. Les propositions associatives formulées en 2006

► **Conforter les PRAPS et renforcer les moyens**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé publique, l'Uniopss proposait d'une part de renforcer l'outil existant et qui avait démontré sa pertinence : le PRAPS et d'autre part de développer les études sur les modes d'intervention efficaces en direction des populations vulnérables.

Instrument de décloisonnement entre Santé et Social et entre les acteurs, les PRAPS de deuxième génération étaient en effet jugés globalement positifs. Cependant, la troisième génération engagée à partir de 2007 devait être l'occasion de renforcer :

- les moyens de pilotage (en donnant un coordonnateur à temps plein à tous les PRAPS).
- la transparence du dispositif (avec un comité ad hoc réunissant les usagers et les associations pour contribuer aux choix des priorités, assurer la transparence de l'utilisation des budgets et participer à l'évaluation des résultats).

► **Assurer la présence du secteur sans dépassements d'honoraires (secteur I)**

L'Uniopss proposait d'assurer sur les territoires la présence d'une offre à tarif opposable que ce soit en soins de ville, donc de limiter le développement du secteur à honoraires libres, ou dans le secteur hospitalier.

► **Lever les ambiguïtés du « parcours de soins »**

Si les CMUistes ont intérêt à s'inscrire dans un dispositif de coordination des soins, l'Uniopss proposait de les écarter des sanctions du hors parcours de soins pour les raisons précédemment évoquées.

De même, elle proposait d'en écarter les actes et consultations de patients orientés par les structures d'addictologie médico-sociales, les consultations de dépistage anonyme et gratuit, le planning familial, les consultations de médecine humanitaire qui prescrivent des examens complémentaires auprès d'autres professionnels. La raison était la suivante : si le patient n'est pas orienté vers ces consultations par son médecin traitant, il est considéré comme hors parcours de soins. Pour les consultations gratuites cela n'a pas de répercussion mais pour celles qui ne le sont pas et pour tous les examens complémentaires éventuellement prescrits cela a son importance : le patient est sanctionné par une majoration de sa participation financière. Or, pour ces consultations, imposer l'étape supplémentaire du médecin traitant n'a soit pas de sens, soit est contreproductive : elle se soldera par un abandon de leur démarche de soins et d'accompagnement. Pour des consultations en addictologie par exemple, les patients ne souhaitent pas forcément associer leur médecin traitant, bien souvent médecin de famille. Il est déjà difficile de les convaincre de consulter, de se soumettre à des examens complémentaires. La force de ces structures est d'arriver à approcher des personnes qu'il faut accompagner dans l'instant.

► Assurer l'accès aux différents professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

L'Etat, dans son rôle de garant de l'égalité de traitement entre les citoyens, doit assurer un accès équitable à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, à un niveau de proximité adapté. Ainsi, l'Uniopss était favorable aux incitations définies de manière concertée avec les professionnels et à leur évaluation. Si elles s'avéraient insuffisantes, elle aurait demandé un encadrement plus strict de la liberté d'installation.

En parallèle, il s'agissait d'ouvrir les formations pour assurer un nombre suffisant de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire mais également de justifier les différences de revenus entre les professionnels de santé de manière à rendre plus attractive les professions qui font peu d'actes techniques, actes techniques qui sont fortement valorisés par rapport au reste de l'exercice médical et paramédical.

Pour l'Uniopss, cela passait aussi par la permanence des soins qui se devait d'être assurée sur l'ensemble du territoire. Pour l'Uniopss, le dispositif en place depuis 2003 devait faire l'objet d'une évaluation et, suite à cette évaluation, son caractère contraignant aurait pu, si nécessaire, être renforcé.

L'égalité de traitement des médecins hospitaliers provenant de pays étrangers devait également être recherchée.

► Sanctionner les refus de soins envers les bénéficiaires de la CMU et de l'AME

Les associations proposaient de procéder à une large information d'une part des patients sur le fait que tous les professionnels de santé sont censés accepter la CMU et l'AME et d'autre part des professionnels de santé autour des dispositifs. Il faut les inciter à s'y inscrire. Et en dernier recours, elles proposaient de recourir aux sanctions. Le suivi de ces refus alors mis en œuvre se limitait en effet à une procédure de signalement auprès des CPAM qui n'avait jusque là été concluant.

► Permettre aux professionnels de santé de pratiquer le tiers-payant et les former à la connaissance du vécu des personnes en situation précaire

Les professionnels de santé doivent pratiquer le tiers-payant pour les bénéficiaires de l'AME, de la CMU complémentaire et depuis le 1er janvier 2006, pour ceux du crédit d'impôt relatif à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Les centres de santé pratiquent de manière générale le tiers-payant. Hors ces cas déjà prévus par la loi et la convention médicale, l'Uniopss proposait que tout professionnel de santé puisse le faire s'il le juge utile, en fonction de la situation de l'intéressé. L'avance de la part prise en charge par l'assurance maladie est en effet dissuasive pour des personnes aux revenus modestes, en particulier si les soins se répètent.

Les associations proposaient également de former les professionnels de santé, quel que soit le secteur de leur activité, à la connaissance du vécu des personnes en situation précaire, pour faciliter le dialogue et tendre vers une meilleure compréhension mutuelle. Trop souvent, la communication est impossible car ils ne parlent pas le même langage. Au delà, elles demandaient que les modalités d'accueil dans les Centres médico-psychologiques soient

adaptées aux personnes en situation de précarité au niveau notamment de la convivialité, de l'accueil sans rendez-vous, de développer les dispositifs d'information en particulier les traductions de documents et de développer la mission d'accompagnement à la Santé. L'accompagnement est indispensable pour nombre de personnes accueillies, suivies par des structures sociales. Les résistances sont telles que, sans cet accompagnement, elles resteront toujours en marge du système de santé. La Fnars développe ainsi une démarche d' "accompagnement-santé" pour ces centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Ils ont pour mission de faciliter l'accès aux soins de tout individu qui, pour des raisons sociales, n'est pas suivi médicalement. Avec les différents acteurs sanitaires comme sociaux, ils doivent être en mesure d'appréhender les dimensions sanitaire et sociale de certaines pathologies.

Assurer un maillage cohérent du territoire en termes d'équipements sanitaires

Pour l'Uniopss, la répartition des structures sur le territoire devait faire l'objet d'un juste équilibre entre accessibilité et sécurité des prises en charge. La réflexion était à mener sur la définition des niveaux ou graduation des établissements avec :

- un niveau 1 : niveau « accessibilité » ;
- un niveau 2 : niveau « technicité recours » ;
- un niveau 3 : niveau « référence régionale voire interrégionale ».

La proximité du patient par rapport à son domicile, son cadre de vie doit être recherchée chaque fois que cela est possible. L'accent devait être porté sur les régions les moins bien dotées en termes d'équipement, sachant que l'Etat a une responsabilité en la matière, en tant que garant de la continuité et de l'égalité territoriale. Il s'agissait également d'assurer l'attractivité de ces territoires, notamment pour les professionnels.

Ecarter le risque de sélection des patients induit par la tarification à l'activité en établissement de santé

Avec la tarification à l'activité, la logique du système a été modifiée vers la recherche perpétuelle d'une efficacité économique pour rapprocher les coûts du tarif national auquel la prestation peut être facturée. Ceci n'est pas sans risque quant à une éventuelle sélection des patients et des activités. L'Uniopss s'est en effet toujours attachée à rappeler que si elle n'était pas opposée à un tel mode de financement, il ne fallait pas que celui-ci conduise à une logique purement gestionnaire de rentabilité financière qui ne tiendrait pas compte des impératifs de santé publique. Sur ce point, l'application qui devait être faite de la réforme dépendait de beaucoup de l'enveloppe MIGAC qui finance les Missions dites « d'intérêt général » et l'aide à la contractualisation ainsi que des modalités de calcul et de fixation des tarifs.

Renforcer l'efficacité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Dans le milieu hospitalier, au delà des urgences qui constituent trop souvent la porte d'entrée dans le système de santé, un dispositif spécifique existe pour assurer l'accès aux soins : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Or alors que toute personne déclarant ne pas avoir de couverture sociale devrait pouvoir être orientée vers les assistantes sociales de la PASS, ce n'est pas forcément le cas et à l'inverse une personne qui s'adresse à la PASS n'a pas forcément accès aux consultations que son état de santé nécessiterait. Les PASS sont en effet surtout pourvues en personnels sociaux : en 2004, un peu plus de la moitié ont des médecins

qui y interviennent, moins de la moitié des infirmiers, des psychologues, un quart des PASS ont des accompagnateurs, des interprètes et une PASS sur 5 des chirurgiens dentistes.

Les associations proposaient en 2006 d'assurer la couverture de tout le territoire par des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et pour ce faire de développer des PASS mobiles qui permettent d'intervenir au delà de la zone habituelle de recrutement de la PASS.

L'accent devait être mis sur la qualité du travail de ces services aux pratiques très hétérogènes. Ainsi, les associations proposaient que soient systématisés pour chaque PASS l'accès à une consultation sociale et à l'ensemble des soins (notamment médecine générale, dentaires, infirmiers, orthogénie, traitements, examens de laboratoires, orthopédie, podologie...) ainsi que la possibilité d'avoir recours à un interprète, un accompagnateur, que l'amplitude des horaires d'ouverture soit élargie. L'élaboration d'un référentiel minimum de fonctionnement pour les PASS était souhaitable.

En fait, ce qu'il aurait fallu, selon les associations, c'est un véritable investissement du dispositif par les différents acteurs afin d'assurer aux personnes l'accès effectif à l'ensemble des soins. C'était d'ailleurs le sens des recommandations émises par l'IGAS en 2004, qui prônait une meilleure intégration des PASS dans leur environnement interne et externe. Cela passait par une information, une sensibilisation et une formation des professionnels concernés pour favoriser leur mobilisation et leur adhésion au dispositif ainsi que par le développement des coordinations en interne comme en externe (médecine de ville, réseaux ville-hôpital, acteurs sociaux et médico-sociaux).

Les associations demandaient également la mise en œuvre des quatre critères établis initialement par la DHOS qui étaient la délégation effective de crédits, le recrutement de personnels, la mise en place d'un comité de pilotage et l'existence de protocoles spécifiques.

Ne pas faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation

Les associations demandaient le retrait de la circulaire du 21 février 2006 qui tend à faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation. Avec cette mesure, ceux-ci deviennent, de fait, inaccessibles à toute personne en situation irrégulière. Les efforts menés pour la prise en charge et l'accompagnement ces personnes vers la santé sont fortement remis en cause, avec des risques importants en termes de santé publique pour l'ensemble de la population.

2.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Le constat perdure : les inégalités de santé se portent bien



La question des inégalités de santé est largement documentée avec de nombreuses études publiées ces dernières années illustrant l'influence du facteur social sur la construction de ces inégalités et leur reproduction. Une étude a ainsi mis en corrélation l'état de santé à l'âge adulte avec la profession et l'état de santé des parents, témoignant de la pertinence du concept d'inégalités des chances en santé qui demeure une réalité⁶.

Plus inquiétant, la situation pourrait s'aggraver. En effet, dans la mesure où l'état de santé se détériore avec la dégradation du niveau et des conditions de vie des personnes, la crise économique et financière pourrait avoir un impact non négligeable. La précarisation de la situation de nombre de personnes ne fait plus aucun doute. L'Unedic prévoit 640 000 chômeurs supplémentaires en 2009 et les associations constatent les premiers effets de la crise au niveau des populations qu'elles aident. Ainsi, en 2008, le Secours populaire a accueilli entre 10 et 15% de personnes supplémentaires. Les Restaurants du cœur connaissent à l'hiver 2009 une hausse de 11 % de leur activité par rapport à l'hiver 2008. Les fonds de solidarité logement (FSL) de certains départements sont déjà épuisés à la fin juin 2009. Les conséquences ne s'en ressortent cependant pas encore sur les différents indicateurs de la pauvreté, soit que les données sur 2008 et 2009 ne sont pas encore disponibles soit qu'elles enregistrent un effet retard. Ainsi, paradoxalement, le nombre de personnes à la CMUC est en diminution sur 2008. L'effet de la crise sur cet effectif ne peut en effet être que différé, les personnes au chômage étant au dessus du plafond pour en bénéficier jusqu'à ce qu'elles arrivent en fin de droit.

Dans ce contexte, même s'il faut relativiser le rôle de notre système de santé dans la résorption ou l'accroissement des inégalités de santé, celles-ci étant davantage liées, en amont, aux déterminants sociaux de santé (d'où l'importance de mener une réelle politique de cohésion sociale, cf. 6), les inégalités d'accès à la prévention et aux soins n'en sont pas moins préoccupantes en tant que facteur aggravant les inégalités de santé. Les freins à l'accès aux soins contribuent en effet à éloigner encore davantage du système de santé les populations les moins avantagées au niveau de leur état de santé.

Or force est de constater que les demandes formulées par les associations en 2006 sont loin d'avoir été satisfaites. Il n'y a ainsi pas eu de mesures pour limiter les dépassements d'honoraires. Un rapport de l'IGAS de 2007⁷ pointe pourtant le doublement du montant de ces dépassements dans le secteur à honoraires libres en moins de quinze ans en valeur réelle (entre 1990 et 2004). Le risque est grand d'assister à une fracture croissante : de moins en

⁶ Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents / revue Questions d'économie de la santé n° 118, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), février 2007.

⁷ IGAS, Les dépassements d'honoraires médicaux, Avril 2007, La documentation française.

moins de personnes pourront payer les dépassements d'honoraires tandis que ceux-ci n'ont cessé de s'accroître.

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME, pratique contraire à la loi et au code de déontologie, n'ont pas été sanctionnés⁸. Le phénomène n'a pourtant pas cessé depuis l'étude menée en 2006 par le fonds CMU qui avait permis d'objectiver le phénomène et in fine une prise de conscience collective de sa réalité et de son étendue. Les derniers chiffres disponibles font ainsi état de refus de soins massifs : selon un testing réalisé par le CISS, la Fnath et l'Unaf en avril 2009, 22% des spécialistes de secteur II refusent de soigner les bénéficiaires de la CMUC⁹ ; données qui confirment l'étude de la Drees selon laquelle un tiers des personnes à la CMUC a été confronté à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé¹⁰. Les mêmes ordres de grandeur se retrouvent au niveau des titulaires de l'AME¹¹. L'Irdes vient à nouveau de les confirmer avec une étude sur Paris auprès d'un échantillon représentatif de médecins : 25,5% de refus pour les CMUistes en moyenne avec des disparités suivant la discipline et surtout le secteur de conventionnement : le fait de pratiquer des dépassements d'honoraires est une des composantes majeures des refus¹².

A ces éléments le projet de loi HSPT n'apporte pas de réponse satisfaisante malgré la mobilisation de l'Uniopss et des associations.

La loi hôpital, patients santé et territoires sur l'aspect « égal accès aux soins » : le rendez-vous manqué ?



Dans le cadre de l'examen de ce projet de loi, les députés ont souhaité inscrire au titre des missions des futures agences régionales de santé (ARS), la réduction des inégalités de santé. Si l'objectif est louable, sa concrétisation reste en suspens et devra être confirmée par une véritable politique de lutte contre les inégalités de santé. Gageons que la réforme de la loi de santé publique prévue pour 2010 portera cet objectif comme une priorité de l'action publique.

Cet objectif ne saurait du reste masquer le fait que **malgré l'affichage d'un « accès de tous à des soins de qualité », intitulé du titre 2 de la future loi, ce texte est très en retrait sur ce volet**. Le texte ne comporte aucune mesure de nature à lutter efficacement contre les refus de soins et, pour ce qui concerne la régulation de l'installation des professionnels médicaux, il demeure sur de simples mesures incitatives (bourses aux étudiants, aides à l'installation ...). Les futures agences régionales de santé seront le guichet unique de ces aides. Ce n'est seulement que passées trois années, qu'un bilan de ces mesures devra être réalisé, et qu'alors un contrat santé solidarité pourra être proposé aux médecins des zones sur-denses d'exercer des vacations dans les zones sous-denses sous peine de devoir s'acquitter d'une contribution financière. En matière de dépassements d'honoraires, tous les amendements présentés pour endiguer leur développement ont été repoussés. Une petite avancée a finalement été réalisée

⁸ Ciss, Fnath, Unaf, action contre les refus de soins, mai 2009.

⁹ Idem.

¹⁰ Drees, Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, mars 2008.

¹¹ Drees, Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etude et résultats, juillet 2008.

¹² Irdes, Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens, juillet 2009.

lors de l'examen en commission mixte paritaire : le principe d'une date limite (15 octobre 2009) pour les négociations conventionnelles pour aboutir sur ce point à été inscrit dans la loi. Passée cette date, le gouvernement pourra intervenir pour limiter les dépassements par un simple arrêté pour 4 mois le temps pour la LFSS pour 2010 d'intervenir. Ainsi, si elles ne sont pas totalement écartées, les mesures sont renvoyées à une date ultérieure.

Sur l'aspect « accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité », le projet de loi est largement insuffisant. Si les parlementaires ont réintroduit, comme le demandait l'Uniopss, cet axe dans la politique de l'ARS, les PRAPS sont expressément reconduits, les autres propositions de l'Uniopss sont restées lettre morte.

Une avancée selon l'Uniopss : les consultations réalisées dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale seront écartées des sanctions du parcours de soins. Les consultations dans les structures médico-sociales d'addictologie ne seraient toutefois pas concernées par cette exclusion¹³.


Hors le cadre de la loi, une avancée notable a été mise en œuvre sans que l'on ait pour l'heure le recul nécessaire pour en mesurer les conséquences : l'instauration dans la tarification à l'activité d'un financement spécifique (100 millions d'euros pour 2009) pour compenser les surcoûts liés à la prise en charge hospitalière de personnes en situation de précarité. Avec la nouvelle version de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) qui permet de mieux prendre en compte la lourdeur des prises en charge (état de gravité du patient et, le cas échéant, la durée de séjour), les associations escomptent de cette mesure qu'elle soit effectivement de nature remédier aux situations de sélection de populations. Un risque inhérent à la tarification à l'activité instituée dans les établissements de santé qui a tendance à ce que les gestionnaires privilégient les activités les plus rentables. Une évaluation de la mesure sera nécessaire.

¹³ Les associations demandaient depuis 2005 d'écartier des sanctions du hors parcours de soins les actes et consultations de patients orientés par les structures d'addictologie médico-sociales, les consultations de dépistage anonyme et gratuit, le planning familial, les consultations de médecine humanitaire qui prescrivent des examens complémentaires auprès d'autres professionnels. La raison était la suivante : si le patient n'est pas orienté vers ces consultations par son médecin traitant, il est considéré comme hors parcours de soins. Pour les consultations gratuites cela n'a pas de répercussion mais pour celles qui ne le sont pas et pour tous les examens complémentaires éventuellement prescrits cela a son importance : le patient est sanctionné par une majoration de sa participation financière. Or, pour ces consultations, imposer l'étape supplémentaire du médecin traitant n'a soit pas de sens, soit est contreproductive : elle se soldera par un abandon de leur démarche de soins et d'accompagnement. Pour des consultations en addictologie par exemple, les patients ne souhaitent pas forcément associer leur médecin traitant, bien souvent médecin de famille. Il est déjà difficile de les convaincre de consulter, de se soumettre à des examens complémentaires. La force de ces structures est d'arriver à approcher des personnes qu'il faut accompagner dans l'instant.

Les propositions faites en 2006 demeurent d'actualité




Les propositions faites en 2006 demeurent donc pour l'essentiel d'actualité. Le contexte économique et social avec la perspective de précarité accrue en rend l'adoption encore plus indispensable, en particulier :

 ***Dans le cadre de la réforme de la loi de santé publique, faire des PRAPS un axe prioritaire de l'action des ARS***

Satisfaisant une demande que les associations portaient, la loi HPST devrait au final reconduire les PRAPS (programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins) dont le devenir était un temps devenu très incertain. Néanmoins, leur positionnement au sein de la politique de santé publique rénovée conduite par les futures agences régionales de santé mérite d'être conforté. A la charnière entre la santé et le social, l'articulation de l'action de l'ARS avec celle de la direction de la cohésion sociale sera cruciale pour la réussite des actions programmées.

Dans le cadre de la réforme de loi de santé publique, il conviendra également d'en renforcer les moyens. Ceux-ci font en effet encore actuellement défaut malgré les nombreuses recommandations issues des évaluations successives et de sortir de l'annualité des financements pour les projets menés.

 ***Tant en établissement de santé qu'en soins de "ville", assurer la présence du secteur sans dépassements d'honoraires (secteur I) en définissant :***

- un pourcentage d'actes que le professionnel de santé autorisé à pratiquer des dépassements doit facturer au tarif opposable ;
- et, en tout état de cause, un plafond au delà duquel les dépassements sont jugés excessifs et donc illégaux.

La création d'un secteur optionnel avec des conditions strictes à l'exercice de ces dépassements pourrait être un moyen de les limiter à la condition qu'il soit accompagné de l'extinction du secteur à honoraires libres. Cette perspective ne doit en outre exclure une réflexion plus large sur la rémunération et l'attractivité de certaines professions.

En termes de répartition de l'offre sur le territoire, les mécanismes de régulation doivent tenir compte de ce critère d'accessibilité financière de l'offre en l'intégrant :

- pour les établissements de santé, dans la répartition des volumes d'activité à travers les objectifs quantifiés de soins ;
- pour les professionnels de santé, dans le « zonage » des territoires (= classement de chaque zone géographique en fonction de son niveau de densité en offre de soins).

Ces mécanismes de régulation de l'installation des professionnels de santé doivent comprendre des mesures incitatives et également leur pendant : des mesures contraignantes pour réellement favoriser l'installation des professionnels de santé dans les territoires défavorisés.

Garantir l'effectivité des sanctions des refus de soins

Pour les associations, il est urgent de sortir de la compétence de l'Ordre qui n'a jamais été en mesure de faire respecter les obligations des professionnels de santé en la matière et de garantir l'effectivité des sanctions.

Les refus de soins sont par essence un phénomène difficile à objectiver et à éradiquer pour diverses raisons (les professionnels qui refusent sont connus des personnes qui ne s'adressent donc pas à eux, les victimes de refus de soins ne sont pas dans une démarche de recours mais d'accès aux soins qui demeure leur priorité...) et qui nécessite de favoriser les voies de recours possibles. Unaniment, les associations ont dénoncé le recul opéré par les parlementaires qui ont écarté le mécanisme d'aménagement de la charge de la preuve et celui du testing prévu par la Ministre de la Santé dans la version initiale du projet de loi HPST.

Ce recul n'est en rien justifié. Un aménagement identique de la charge de la preuve existe en effet en droit du travail pour lutter contre les discriminations à l'embauche, et il s'agit en la matière d'un dispositif protecteur qui a pu être mis en œuvre sans inflation injustifiée du contentieux. Pour ce qui est du recours à la formule du testing qui était prévue dans le cadre d'une procédure en cours (la caisse aurait pu procéder au testing et en faire un moyen de preuve supplémentaire), elle était nécessaire étant donné la difficulté d'apporter la preuve du caractère discriminatoire du refus du professionnel (il faut pouvoir opérer une comparaison). Sans ces éléments nouveaux, il n'y aura guère d'évolution au niveau des recours par rapport à la situation actuelle. Les associations ont donc demandé le retour à la version initiale du projet et espèrent, a minima, à ce stade que la prise de conscience du caractère illégal de ce type de pratique pourrait être de nature à les limiter.

Elles demandent en outre que le suivi des 5% des professionnels qui accueillent le moins de personnes à la CMUC mis en œuvre au niveau des caisses soit rapidement déployé et qu'il soit procédé à une actualisation régulière de l'étude menée par la Drees en 2006 sur les conditions d'accueil de ces assurés sociaux par différentes catégories de professionnels de santé¹⁴. Le Ciss, parmi les recommandations qu'il émet suite à son testing, préconise également un investissement de la Halde sur ce problème majeur d'accès aux soins.

Mettre en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation pour renforcer l'efficacité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Pour les associations, il s'agirait d'aller au delà des recommandations et bonnes pratiques du guide élaboré par la DHOS, certes indispensables, pour un véritable cahier des charges de fonctionnement des PASS et de mettre ainsi en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation rendus ces dernières années sur le dispositif. La Pass doit permettre à tout patient, quelque soit le niveau de sa couverture maladie, qu'il soit sans droits ou avec des droits potentiels, d'accéder à l'ensemble du plateau technique hospitalier, y compris la pharmacie. A ce titre, l'accès à certaines spécialités qui fait actuellement défaut, doit être recherché : soins dentaires, consultations ophtalmologiques et psychiatriques, pédiatriques... Le développement des PASS mobiles, tournées vers l'extérieur, est également à encourager.

¹⁴ Drees, Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, mars 2008.

Par ailleurs, sur un plan quantitatif, les associations rappellent leur demande pour le développement du nombre de ces cellules médico-sociales. Le dernier recensement réalisé en 2003 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins dénombre en effet 369 PASS, ce qui est loin des 500 prévues initialement pour couvrir tout le territoire.

Ces mesures posent en filigrane la question des moyens financiers qui sont consacrés à ce dispositif : 4 millions d'euros en 2009... à mettre au regard d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie de 157 milliards d'euros...

Ne pas faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation

En 2006, les associations demandaient déjà le retrait de la circulaire du 21 février 2006 qui tend à faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation. En 2009, force est de constater que les exemples se sont multipliés : une interpellation dans une caisse primaire d'assurance maladie à Auxerre en février 2009 et bien d'autres dans des lieux d'hébergement.

Avec ce type de pratiques, ces lieux-ci deviennent, de fait, inaccessibles aux personnes en situation irrégulière. Les efforts menés pour leur prise en charge et leur accompagnement vers la santé sont remis en cause, avec des risques importants en termes de santé publique pour l'ensemble de la population.

Les associations de solidarité réaffirment fortement leur opposition aux interpellations de sans papiers dans des lieux d'hébergements, de soins ou d'accès aux soins. Les politiques (maîtrise de l'immigration / politique sociale) ne doivent pas être confondues et les missions des structures dévoyées.

Affiner la mesure de la pauvreté et des inégalités de santé et assurer un véritable suivi des indicateurs

En matière de mesure de la pauvreté, les associations ont obtenu une liste plus large d'indicateurs de manière à mesurer de façon multidimensionnelle la pauvreté et non pas seulement de façon monétaire (onze indicateurs allant de la perception de minima sociaux, au chômage non indemnisé ou encore aux non recours aux soins contre une seule référence au revenu médian). Elles regrettent par contre que des indicateurs pour mesurer l'évolution des inégalités n'aient pas été adoptés.

Au niveau de l'état de santé de la population et plus précisément des inégalités de santé, il serait nécessaire de disposer de données de manière plus régulière. Pour ce faire, les études devraient pouvoir être menées à intervalles réguliers voire, autant que faire se peut, devraient s'inscrire dans la durée (du type étude de cohorte). Cela permettrait de faire état, plus précisément que ça ne l'est aujourd'hui, des évolutions et ainsi de l'impact des politiques et des actions menées. Même si en la matière les corrélations ne sont pas forcément aisées à établir.

Réduire les inégalités en matière d'accès à la prévention et aux soins

Synthèse

Quel bilan des propositions de 2006 ?

Les points positifs :

- ⇒ Les consultations réalisées dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale seraient écartées des sanctions du parcours de soins.
- ⇒ Un financement spécifique est instauré dans le cadre de la tarification à l'activité pour compenser les surcoûts liés à la prise en charge hospitalière de personnes en situation de précarité.
- ⇒ Les PRAPS dont le devenir était un temps devenu très incertain sont reconduits et la lutte contre les inégalités de santé fait partie intégrante de la politique de santé mise en œuvre par les ARS.
- ⇒ Des recommandations et bonnes pratiques ont été diffusées pour les PASS.

Les points négatifs :

- ⇒ Aucune mesure effective pour limiter les dépassements d'honoraires.
- ⇒ Pas de politique efficace de lutte contre les refus de soins malgré la prise de conscience collective du phénomène.
- ⇒ Une régulation de l'installation des professionnels de santé qui demeure hypothétique.

Quelles propositions en 2009 ?

- ⇒ Dans le cadre de la réforme de la loi de santé publique, faire des PRAPS un axe prioritaire de l'action des ARS.
- ⇒ Définir un pourcentage d'actes que le professionnel de santé autorisé à pratiquer des dépassements doit facturer au tarif opposable.
- ⇒ Fixer un plafond au delà duquel les dépassements sont jugés excessifs et donc illégaux.
- ⇒ Tenir compte du critère d'accessibilité financière dans la répartition de l'offre sur le territoire.
- ⇒ Définir des mécanismes de régulation de l'installation des professionnels de santé avec des mesures incitatives et également leur pendant : des mesures contraignantes pour réellement favoriser l'installation des professionnels de santé dans les territoires défavorisés.
- ⇒ Garantir l'effectivité des sanctions des refus de soins, notamment par une procédure de recours adaptée.
- ⇒ Mettre en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation pour renforcer l'efficacité des PASS.
- ⇒ Ne pas faire des lieux de soins et d'hébergement des lieux d'interpellation
- ⇒ Affiner la mesure de la pauvreté et des inégalités de santé et assurer un véritable suivi des indicateurs.



Assurer un niveau élevé de couverture par l'Assurance maladie

3.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : si notre système d'Assurance maladie souffre de déficits structurels, il est le seul système à même de garantir à tous la couverture de son risque maladie

L'Uniopss a toujours marqué son attachement au système d'Assurance maladie. Obligatoire, universel et fondé sur la solidarité nationale, il constitue en effet l'un des moyens de lever les obstacles financiers à l'accès à la prévention et aux soins. Il a vocation à permettre à tous, sans distinction, d'accéder à la prévention et à des soins de qualité, chacun recevant selon ses besoins et contribuant à l'Assurance maladie selon ses moyens. **Ces principes fondamentaux ont ainsi permis la construction d'un des meilleurs systèmes de santé au monde** comme en témoigne, par exemple, la forte augmentation de l'espérance de vie sans incapacité.

Mais malgré ses vertus, le constat suivant s'imposait : **le système d'Assurance maladie souffre de déficits structurels et il n'est jamais parvenu à réduire les inégalités sociales et régionales de santé**. Ce, même si l'accès à l'Assurance maladie de base, qui n'est jamais parvenu à être totalement universel, a été élargi avec l'instauration par la loi du 27 juillet 1999, d'une couverture maladie universelle (CMU)¹⁵.

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a voulu relever ce défi financier en cherchant à dégager 15 milliards d'euros d'économies et de ressources nouvelles. Il était question de parvenir à l'équilibre financier en 2007... Elle a aussi réaffirmé, dans son article 1^{er}, le « caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie ».

Toutefois, si les principes fondateurs de l'Assurance maladie n'ont pas été globalement remis en cause par cette réforme d'août 2004, la fragilité du diagnostic et des principes qui la fondaient comme le caractère conjoncturel des solutions financières proposées faisaient

¹⁵ La CMU permet en effet à toute personne présente de manière ininterrompue depuis 3 mois sur le territoire français et en situation régulière d'être couverte par l'assurance maladie. Les personnes en situation irrégulières et celles qui sont sur le territoire français depuis moins de 3 mois ne sont donc pas couvertes. Les personnes en situation irrégulière présentes sur le territoire depuis plus de 3 mois ont accès à l'Aide médicale d'Etat.

craindre à l'Uniopss que les mesures adoptées soient insuffisantes pour garantir la pérennité du système. En effet, la loi cherchait principalement à agir sur le comportement des patients : elle considérait la multiplication des actes médicaux inutiles et redondants ou les abus en matière d'arrêt de travail par exemple comme les principaux facteurs des difficultés financières de l'Assurance maladie. Il s'agissait donc de « responsabiliser » le patient, en encadrant son accès aux soins et en augmentant ses contributions.

De plus, avec les mesures prises par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, **cette loi a traduit moins la volonté de maîtriser réellement les dépenses de santé que celle de réduire sensiblement le périmètre de celles prises en charge par la Sécurité sociale.** Les désengagements financiers de l'Assurance maladie introduit par la loi du 13 août 2004 ont en effet ouvert une brèche dans les principes fondamentaux de notre système et ont remis en cause le principe de solidarité : une contribution forfaitaire non remboursée dont l'objectif affiché est de responsabiliser le patient vis-à-vis de ses dépenses de soins, fixée dans un premier temps à 1 euro, a été mise en place pour chaque acte médical (à l'exception, notamment, des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU complémentaire et les ayants droit mineurs), les consultations directes sans passage par le médecin traitant font l'objet d'un moindre remboursement par l'Assurance maladie (le reste à charge est majoré pour le patient qui ne s'inscrit pas dans le parcours de soins coordonné). La poursuite des déremboursements de médicaments, de l'augmentation du forfait hospitalier comme la mise en place d'un forfait de 18 euros instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pour les actes lourds (à partir de 91€) traduisaient le désengagement financier de l'Assurance maladie sur certains pans de la dépense. En outre, l'Union des caisses d'Assurance maladie s'est vu octroyée la possibilité de fixer un ticket modérateur qui peut varier dans la limite d'une certaine fourchette en fonction notamment de la situation des comptes de l'Assurance maladie.

Du reste, certains types de soins demeuraient pris en charge de manière insuffisante : les soins dentaires, auditifs, optiques... et les disparités sont importantes : en 2005, l'Assurance maladie prenait en charge 92,5 % des dépenses d'hospitalisation contre 61,9 % seulement en ambulatoire.

Dans ce contexte, disposer d'une couverture de santé complémentaire devenait indispensable. En 2005, Mutuelles, assurances et institutions de prévoyance ont ainsi couvert 12,9% de la dépense de soins et de biens médicaux. Et un constat était largement partagé : « la couverture maladie de base ne suffit pas à garantir un accès satisfaisant aux soins, en particulier des Français les plus modestes ». Avec la création de la couverture maladie universelle complémentaire¹⁶, « la société a pris acte du fait que le niveau de couverture ne suffisait pas à garantir un accès satisfaisant aux soins » estimait le rapport Chadelat de 2003 sur la répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé. Or ce même rapport estimait ainsi que l'effet de seuil de la CMU complémentaire, « fixé à un niveau bas pour des raisons financières », conduit à ce que « 5 % des Français, soit 3 millions de personnes, demeureraient exclus d'une protection complémentaire pour des raisons financières ». Le plafond de la CMUC a en effet été fixé très en deçà du seuil de pauvreté interroge et exclu ainsi les bénéficiaires des

¹⁶ La couverture maladie universelle complémentaire qui permet aux personnes les plus pauvres de bénéficier d'une couverture pour la part complémentaire.

minima sociaux dont l'AAH et le minimum vieillesse, ce que les associations ont vivement dénoncé.

De plus, l'Uniopss constatait en 2006 que, depuis sa création, soit sur une période de six années, la CMUC avait connu de profonds remaniements qui tendaient à en restreindre l'accès. C'était également le cas pour l'AME. Même s'il était rarement affiché comme tel, l'objectif était d'enrayer la hausse des dépenses, hausse pourtant logique du fait de la montée en charge progressive de ces dispositifs. Au lieu d'anticiper cette évolution et de budgéter correctement les dispositifs, le périmètre a été réduit et l'accent mis sur l'existence de fraudes, qu'aucune étude n'a objectivé.

L'Uniopss soulevait également **la question de l'effectivité de la couverture maladie** car, en effet, si permettre à tous d'avoir accès à une couverture du risque maladie est une chose, l'effectivité de cette couverture en est une autre. Ainsi, nombre de personnes ayant pourtant droit à une couverture de leur risque maladie ou du moins à une aide financière n'exerçaient pas ce droit. Il était possible de constater un décrochage entre le nombre de Rmiste en croissance et celui du nombre de CMUistes, en recul : alors que le nombre de Rmistes augmentait de 83 780 bénéficiaires entre juin 2004 et juin 2005, celui des Cmuiste diminuait de 5 720 bénéficiaires sur la même période. Certains facteurs expliquaient cet état de fait pour lesquels les associations ont avancé des propositions. Au delà, l'Uniopss proposait une série de mesures à prendre sans tarder pour assurer un haut niveau de couverture par l'Assurance maladie et au delà de favoriser l'accès à une couverture complémentaire de qualité.

3.2. Les propositions associatives formulées en 2006

- ▶ ***Préserver à l'Assurance maladie son caractère d'assurance sociale obligatoire où chacun paye en fonction de ses ressources, sans tenir compte du risque qu'il représente, et reçoit selon ses besoins de santé***

Pour l'Uniopss, l'effort financier devait être accru afin d'assurer un haut niveau de couverture, gage de l'adhésion de tous à ce système et d'un accès de tous à la prévention et aux soins. Et cette contribution supplémentaire ne devait pas être supportée par les seuls patients mais au contraire reposer équitablement sur la Solidarité nationale à travers par exemple une contribution sociale généralisée (CSG) progressive ou une contribution des entreprises basée sur la valeur ajoutée. Ces pistes devaient du moins être approfondies.

- ▶ ***Assainir les comptes de l'Assurance maladie***

En 2006, nombre de rapports pointaient l'opacité des relations entre l'Etat et l'Assurance maladie et recommandaient à l'Etat de régler sa dette à l'égard la sécurité sociale, dette qu'il reportait chaque année (au 30 juin 2006, l'Etat devait 5 017 millions d'euros aux régimes obligatoires de sécurité sociale et notamment à l'Assurance maladie) et de prendre à sa charge les intérêts qui en sont issus. Cette mesure devait permettre de clarifier les comptes de l'Assurance maladie et de ne pas faire peser sur cette dernière les intérêts de la dette. Une partie de cette dette était notamment due au dispositif de l'AME sous budgété chaque année et dont l'Assurance maladie assure la gestion pour le compte de l'Etat.

D'autre part, l'Uniopss demandait une augmentation réaliste des crédits de l'Assurance maladie pour assurer la qualité de notre système de santé et prévoir à l'avance les recettes correspondantes. Une trop grande austérité budgétaire rend en effet l'objectif intenable et vient mécaniquement gonfler le déficit de l'Assurance maladie


- ▶ ***Maintenir la part de l'Assurance maladie dans les dépenses de santé***

Cela passe d'une part par un maintien du niveau de remboursement des dépenses globales de santé par les régimes d'Assurance maladie obligatoires et donc de ne pas multiplier les forfaits et autres reste à charge pour le patient.

L'Uniopss proposait ainsi de supprimer la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes à partir de 91 euros. La mise en place d'un forfait de 18 euros prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 vient en effet s'ajouter aux diverses mesures déjà engagées, en particulier les augmentations successives sur trois ans du forfait journalier et la contribution forfaitaire fixée au 1er janvier 2005 à un euro qui sont autant de transferts de charges de l'Assurance maladie vers les patients. Si la contribution forfaitaire, fixée dans un premier temps à un euro, est sous-tendue par un objectif de responsabilisation, la suppression de l'exonération de ticket modérateur qui existait pour des actes lourds n'est justifiable que par l'économie substantielle qu'elle engendrerait pour l'Assurance maladie. Or une telle mesure devrait dissuader bon nombre de patients de recourir à ces actes dont l'utilité médicale ne fait aucun doute. Pour l'Uniopss, cette vision comptable ne peut-être médicalement justifiée.

Cela passe d'autre part par le fait de conforter l'existence de tarifs opposables. L'une des conditions pour garantir la maîtrise de la dépense de santé et assurer une égalité d'accès aux soins consiste en effet à faire en sorte que les tarifs de l'Assurance maladie correspondent au prix pratiqué par les professionnels de santé. Cette condition ne doit pas, bien au contraire, occulter la question de la nécessité d'assurer une rémunération correcte des professionnels de santé et en particulier de revaloriser la rémunération de certaines spécialités ou prise en charge.

Aussi, s'inquiétant de l'augmentation du nombre de médecins en secteur II, à honoraire libre, du rétrécissement corrélatif du secteur I et des possibilités récemment ouvertes pour des dépassements d'honoraires dans le cadre du hors parcours de soins et du futur "secteur optionnel", l'Uniopss proposait-elle de revenir à un encadrement tarifaire plus strict. Dans le même sens, elle demandait que la transparence soit faite sur les tarifs des professionnels de santé (affichage, lisibilité dans les grilles tarifaires...).

 ***Elargir l'accès à la Couverture maladie universelle (CMU) et à sa complémentaire (CMUC) à toute personne ayant des ressources inférieures au seuil de pauvreté***

Pour l'Uniopss, toutes les personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté devraient pouvoir bénéficier de la CMU. Elle proposait donc que le plafond de ressources pour cette prestation corresponde au seuil de pauvreté défini au niveau européen : le plafond de ressources mensuelles se serait ainsi établi à 788 €, soit plus de 30 % par rapport à son niveau de 2006 (590,25 € pour la CMU de base au 1er octobre 2006).

Et pour mettre fin à la séparation AME / CMU et aux situations dans lesquelles sur notre territoires des personnes ne sont pas prises en charge, elle proposait de généraliser à tous les résidents, sans condition de durée, le régime de la CMU. Cette mesure aurait mis un terme aux discriminations et permis une réelle économie en simplifiant la gestion avec un seul dispositif applicable. La séparation introduit en effet des droits différents et une discrimination dans l'accès aux soins avec une couverture très limitée pour ce qui est de l'AME : absence de carte vitale, aucune prise en charge des lunettes... Pour les associations de solidarité, le droit à la protection de la santé, inscrit dans la constitution française, ne doit pas dépendre de la condition de régularité du séjour.

 ***Réserver l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé de qualité aux personnes ayant des ressources supérieures au seuil de pauvreté et inférieures au SMIC.***

La loi relative à l'assurance maladie a instauré en 2005 un nouveau dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes dont les ressources étaient comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et ce plafond majoré alors de 15 %.

Pour les associations, cette aide, si elle constituait une avancée, n'en demeurait pas moins qu'une simple aide financière sans aucune garantie sur le niveau de couverture et, de plus, avec un reste à charge important : en moyenne 60% du prix du contrat.

La CMUC étant le dispositif à privilégier pour les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, elles considéraient que cette aide devait être réservée aux personnes dont les revenus étaient supérieurs à ce seuil mais inférieurs au SMIC. Cette aide devait avoir un caractère dégressif. L'Uniopss demandait en outre que les contrats de complémentaire santé

respectent obligatoirement un cahier des charges permettant de garantir la qualité de la couverture et d'éviter la sélection et l'exclusion des populations.

 **Favoriser le recours aux droits**

Afin que les personnes qui ont pourtant des droits les exercent effectivement, les associations de solidarité demandaient :

- de supprimer l'obligation d'une domiciliation pour la CMU et l'AME dès lors que la personne dispose d'une adresse postale

La domiciliation ne doit pas conduire à entraver l'accès aux droits. Or dans les faits, la domiciliation constitue un obstacle à l'accès aux droits : insuffisance de l'offre, manque de cohérence, d'information. Le groupe de travail organisé en 2006 sur le sujet par la Direction générale de l'action sociale a ainsi conclu à la nécessité d'instaurer une domiciliation unique et de rappeler aux centres communaux d'action sociale leurs obligations en la matière. L'Uniopss proposait qu'une fois cette réforme mise en œuvre, une évaluation en soit faite et qu'éventuellement, si elle n'était pas satisfaisante, que soit supprimée cette obligation de domiciliation pour la CMU et l'AME dès lors que la personne dispose d'une adresse postale.

- de rappeler que la responsabilité de l'ouverture des droits à la CMUC incombe à l'organisme en charge d'instruire la demande de RMI, à savoir qu'il doit informer la personne et s'assurer que l'organisme complémentaire est bien désigné. A défaut de choix par la personne, les associations proposaient que ce soit l'organisme d'Assurance maladie qui soit désigné, ce, en dernier recours et afin d'éviter un non recours aux droits.

En effet, pour une part le décrochage entre le nombre de bénéficiaires du RMI et le nombre de personnes à la CMUC, s'expliquait par le fait que l'attribution de la CMU complémentaire au RMIste, pourtant de droit, était loin d'être systématique. L'attribution de la CMUC n'était en effet pas réellement automatique : les personnes ont à désigner l'organisme complémentaire en charge de la CMU complémentaire. Or, celles-ci ne le faisaient pas toujours et la demande restait alors en souffrance.

- d'accorder une CMU autonome aux adolescents qui en font la demande

Compte tenu de l'importance du nombre de consultations de jeunes adolescentes notamment (prévention des grossesses, maladies sexuellement transmissibles...), il était nécessaire, selon les associations d'accorder une carte CMU aux jeunes qui en font la demande. Cette disposition favoriserait l'accès aux soins des adolescents en leur assurant, à l'égard de leurs parents, la confidentialité sur les actes dont ils bénéficient et qui sont remboursés par la sécurité sociale.

- de permettre le rattachement de la prise en charge des enfants au parent avec qui ils vivent

Le rattachement de la prise en charge des enfants avec leur mère lorsqu'ils vivent avec elle, à la suite d'une séparation, plutôt qu'un rattachement au père, permettrait en effet d'éviter que ce dernier puisse bénéficier de remboursements de frais qu'il n'a pas avancé (ou inversement).

3.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes à venir

Le constat perdure : l'Assurance maladie est plus que jamais déficitaire malgré les plans d'économie successifs adoptés au prix d'un recul de la prise en charge



En 2008, l'Etat réglait sa dette au régime de base de l'Assurance maladie, assainissant ainsi leurs rapports. Les comptes de l'Assurance maladie comme ceux de la sécurité sociale connaissent à nouveau un déficit (4,4 milliards pour l'Assurance maladie¹⁷), déficit qui ne manquera pas de s'accroître en 2009 compte tenu de la conjoncture économique.

A la différence de 2007, la procédure d'alerte¹⁸ n'a finalement pas été déclenchée en 2008 mais son imminence n'en a pas moins légitimé les mesures ponctuelles adoptées à la faveur de l'été. En 2008, comme les années précédentes, ces mesures étaient ponctuelles : franchises, économies sur le médicament, contribution supplémentaire de 1 milliard d'euros sur les complémentaires de santé...

Par rapport à ce déficit de l'Assurance maladie, il ne fait aucun doute qu'il convient de rationaliser la dépense de santé, maîtriser sa croissance, en influant sur la construction des coûts (coût des produits pharmaceutiques, rémunération de certaines spécialités, meilleure coordination des acteurs pour éviter les actes inutiles et redondants), en responsabilisant professionnels de santé et usagers sur la consommation de soins (pour ces derniers, dans la mesure où ils peuvent influencer sur leur consommation ce qui n'est pas le cas pour l'essentiel de la dépense) et qu'il faut demeurer vigilant en matière de remboursement, ce qui implique une sanction des fraudes. Mais, in fine, tout dépend de la manière dont cette rationalisation est opérée et surtout s'il s'agit réellement d'une maîtrise de la dépense de santé où d'une limitation de la dépense d'Assurance maladie, ce qui est loin d'être équivalent. Or nombre d'acteurs dont l'Uniopss ont pu regretter la méthode employée : empilement de dispositifs, absence de réel débat au fond sur les choix opérés, communication focalisée sur les fraudes qui sert trop souvent à justifier une politique restrictive en termes d'accès aux droits... et sur le fond, les associations de solidarité et d'usagers n'ont eu de cesse de dénoncer le résultat d'une participation de l'assuré en hausse, à savoir, un accès aux soins en net recul.

En effet, bien qu'au global la part de l'Assurance maladie dans le financement de la dépense de santé demeure relativement stable : autour de 77% depuis 1995 avec un léger recul depuis 2005 du fait de la mise en œuvre du forfait de 1 euro et des différentes mesures qui s'ensuivent¹⁹. Au niveau de la personne, l'augmentation des restes à charge est une réalité. La raison de ce décalage est simple : au niveau macroéconomique, les mesures restrictives sont

¹⁷ Prévisions mai 2009.

¹⁸ La procédure d'alerte instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie impose aux caisses d'assurance maladie de proposer des mesures de redressement en cas de dépassement de l'Ondam de plus de 0,75%.

¹⁹ La part de la sécurité sociale de base dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux était ainsi de 77,1% en 2004 ; 77,0% en 2005 ; 76,8% en 2006 et 76,6% en 2007. La décroissance devrait se poursuivre avec la mise en œuvre des franchises en 2008.

compensées par la montée en charge des affections de longue durée (ALD, prise en charge à 100%) dont le nombre de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter²⁰.

In fine, ce sont les personnes dont les ressources les situent juste au dessus du plafond pour bénéficier de la CMUC qui sont le plus impactées. Paradoxalement, les personnes à la CMUC sont plus préservées car elles bénéficient de la prise en charge à 100% aux tarifs opposables. Les autres voient leur reste à charge augmenter : elles sont frappées de plein fouet par les franchises, forfaits, déremboursements... sans compter les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents et importants. Les premières données disponibles selon la méthode du sondage témoignent de la surexposition des bas revenus. Ainsi, si un Français sur cinq (19%) déclare avoir modifié son comportement depuis l'instauration de franchises sur les médicaments et les consultations, la part des personnes ayant modifié leur comportement passe à 31 % parmi les personnes à bas revenus, alors qu'elle n'est que de 9 % parmi les plus hauts revenus. Plus le pouvoir d'achat est faible, plus les ménages sont obligés de consommer différemment conclut l'institut de sondage²¹.

Dans le même temps, les reports voire les renoncements aux soins ont été confirmés. Dernières en date, les données fournies par le Baromètre de la pauvreté Ipsos Secours populaire selon lequel 39% des français déclarent avoir déjà retardé ou renoncé à des soins à cause de leur coût, cette proportion montant à 52% dans les foyers les plus pauvres (moins de 1 200 € nets / mois). Ainsi, près d'un Français sur trois aurait déjà retardé ou renoncé à l'achat de prothèses dentaires (31%) ou de lunettes (29%). Pour l'achat de produits d'optique, cette proportion serait deux fois plus élevée dans les foyers les plus pauvres (40%) que dans les foyers les plus riches (20%)²².

Complétant l'analyse, l'association Médecins du monde témoignait en novembre 2008 que de nouvelles catégories de personnes arrivaient dans les consultations de l'association. Des personnes aux ressources les plaçant au dessus du plafond pour bénéficier de la CMUC et pourtant insuffisantes pour leur permettre de payer les tickets modérateurs mais aussi les forfaits et franchises qui se sont multipliées ces dernières années. Ces personnes sont des travailleurs pauvres, des titulaires de minimas sociaux.

²⁰ 8 millions de personnes en ALD en 2007 avec une croissance de +6,1% sur la période 1994-2006.

²¹ Baromètre AG2R-La Mondiale, 25 septembre 2008.

²² Baromètre de la pauvreté Ipsos Secours populaire, août 2008.

De nouvelles mesures ponctuelles ou une réforme d'ampleur sur le volet financier ?

La réforme HSPT ne comporte pas de mesures financières, champ d'action de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La Ministre de la santé a néanmoins présenté son projet comme devant permettre une action structurelle sur le système de santé à travers notamment la création des ARS et la recherche d'une meilleure coordination entre les acteurs. Dans cette optique, elle a également annoncé la relance du projet de dossier médical personnel, un des grands échecs de la loi de 2004 qui n'a au final opéré qu'une réforme comptable du système sans réelle amélioration de la coordination et de la qualité des soins. Sans cet élément essentiel de coordination, le parcours de soins n'a en effet été qu'un dispositif tarifaire permettant aux professionnels de santé d'élargir les cas dans lesquels ils pouvaient procéder à des dépassements, avec un gain très relatif pour les patients : bon nombre d'entre eux avaient déjà un médecin traitant et n'ont fait que formaliser l'existant.

A ce titre, notons que les bénéficiaires de la CMUC ont dépassé en termes de déclaration de médecin traitant le reste de la population (fin 2007, 84,7% des bénéficiaires de la CMUC avaient désigné un médecin traitant contre 83,9 % pour le reste de la population²³). Cette évolution est d'autant plus positive qu'elle a eu lieu sans que les sanctions financières du hors parcours de soins (moindre remboursement) n'aient été mises en œuvre pour cette population. Les associations s'étaient opposées à l'application de ces sanctions qui auraient été contreproductives pour des personnes peu informées et pour lesquelles une participation financière aurait été rédhibitoire. Elles préféraient à la contrainte l'information et la pédagogie. La démarche a donc bien été payante.


Sur le volet financier, le projet de LFSS pour 2010 sera par contre déterminant. Si pour 2009, l'Ondam (le niveau de dépense) serait respecté, l'ampleur du déficit – lié donc essentiellement aux faibles rentrées de recettes avec des prévisions revues chaque jour à la baisse – pourrait conduire à de nouvelles mesures. Mesures pour limiter à nouveau les dépenses et/ou mesures pour dégager de nouvelles recettes ? Pour l'heure, aucune réforme globale n'a été annoncée si ce n'est des pistes de travail qui ont été avancées : transfert de dépenses de santé comme l'optique aux complémentaires de santé, instauration d'un bouclier sanitaire, réforme du périmètre des ALD... sans nouveauté cependant puisque ces pistes son régulièrement relancées depuis quelques années.

Dans le contexte actuel, l'Uniopss réaffirme ses propositions en faveur d'un système solidaire d'assurance du risque maladie

Les propositions associatives de 2006 demeurent pour l'essentiel d'actualité avec pour certaines une acuité encore plus grande compte tenu des reculs constatés dans l'accès aux soins et de la dégradation de la situation économique qui a d'ores et déjà une influence à la hausse sur le nombre de personnes en situation de précarité. De plus, **au regard de l'ampleur des déficits qui attendent l'Etat et les organismes de protection sociale, l'Uniopss tenait à**

²³ Données du fonds CMU, références CMU, avril 2009.

réaffirmer son positionnement pour un haut niveau de prise en charge par l'Assurance maladie des dépenses de santé, en tant que choix pour la collectivité.

 **Maintenir un haut niveau de prise en charge de la dépense de santé par l'Assurance maladie**

Pour l'Uniopss, il a en effet toujours été important de maintenir la part de l'Assurance maladie dans le financement de la dépense de santé. Ce choix collectif d'un niveau élevé de couverture maladie se justifie socialement – c'est le seul système réellement en mesure d'assurer un large accès aux soins – mais aussi économiquement puisqu'il permet de mieux contenir la croissance des dépenses globales de santé. En effet, les pays où le taux de couverture maladie est le plus élevé (tels que les pays du Nord de l'Europe) sont aussi ceux où les dépenses de santé augmentent le moins rapidement (comparativement aux Etats-Unis par exemple).

L'Uniopss n'est donc pas favorable à la sortie de biens et services, tels que l'optique et le dentaire, du panier de soins de l'Assurance maladie pour un transfert vers un financement privé. Le transfert vers les complémentaires de santé pourrait du reste s'accompagner d'un coût au global plus élevé compte tenu notamment de la nécessité d'aider les personnes aux ressources insuffisantes d'acquies une complémentaire santé²⁴.

L'Uniopss est également très réservée sur la mise en œuvre, dans les conditions actuelles, d'un bouclier sanitaire, même si celui-ci est modulé en fonction des ressources de la personne. Elle préférerait que la réflexion soit approfondie sur les critères d'inclusion dans le régime des ALD et les conditions de prise en charge à ce titre et surtout qu'il y ait une véritable action au niveau du financement de l'Assurance maladie. L'effort supplémentaire nécessaire chaque année du fait de l'augmentation de la dépense d'Assurance maladie devrait en effet être porté par l'ensemble de la collectivité au niveau du financement du système, en fonction des capacités contributives de chacun, et non au niveau de la dépense par les seuls malades comme le ferait un système de bouclier sanitaire instauré à coût constant pour l'assurance maladie, seule perspective à l'heure actuelle.

Les pistes que l'Uniopss privilégiait dans son positionnement en 2004, année de réforme de l'Assurance maladie, ont été écartées par les pouvoirs publics. Il s'agissait d'instaurer une taxe sur la valeur ajoutée des entreprises et d'envisager une hausse de la CSG avec l'introduction d'une certaine progressivité dans ce prélèvement. En 2009, l'Uniopss considère que cette seconde piste ainsi que celle d'un nouvel élargissement de l'assiette des prélèvements ne devrait pas être ignorée. Par ailleurs, l'annonce par le chef de l'Etat d'une réflexion pour revoir la répartition entre la rémunération du travail et celle du capital pourrait également amener, si cette annonce se concrétisait, des perspectives nouvelles en termes de financement de notre système de protection sociale.

La réflexion sur le financement n'exonère pas non plus des actions en faveur de la maîtrise de la dépense de santé (éviter de multiplier les actes, recours aux génériques...) et des coûts. Pour

²⁴ Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages. Sénat. Commission des Affaires Sociales. Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale, Cour des comptes, 2008.

certaines produits et prestations, le bien-fondé doit en être étudié avec attention (spécialités pharmaceutiques, certains actes...). Mais, en tout état de cause, la croissance des dépenses de santé peut correspondre à un optimum collectif en termes de gains en bien-être et le fait que la France consacre une part de plus en plus importante de son PIB à ce marché n'est pas une perspective insoutenable. La question porte davantage sur la façon de financer : collectivement et solidairement ou individuellement ? L'Uniopss plaide pour la première approche.

 ***L'urgence à augmenter le plafond de la CMUC de manière à ce qu'il permette d'intégrer les personnes qui touchent l'AAH et l'ASPA...***

Les associations réaffirment leur attachement à ce que les personnes bénéficiaires des minimas sociaux que sont l'AAH (allocation aux adultes handicapés : 666,96 € par mois pour une personne seule) et l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées : 677,13 € par mois pour une personne seule) puissent bénéficier de la CMUC (plafond actuel : 621 € par mois pour une personne seule). Ces personnes âgées ou en situation de handicap sont en effet en grande précarité, et on leur accorde, à ce titre, un revenu de subsistance sans paradoxalement leur permettre une couverture maladie complète, nécessaire pourtant au regard de leur état de santé. Le plafond de la CMUC doit ainsi progresser avec le montant de l'AAH qui devrait atteindre 776 € par mois en 2012, l'objectif demeurant l'alignement de ce plafond sur le seuil de pauvreté fixé à 880 € par mois.

Il conviendrait par ailleurs de procéder à une estimation des différentes populations cibles pour chiffrer la portée et le coût exact de la mesure.

La difficulté d'estimer la population cible d'un relèvement des plafonds de l'ACS et de la CMUC :


En 2007, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie estimait la population cible de l'ACS à 2,2 millions de personnes. L'ACS était alors accordée pour des ressources situées entre 598,23 € et 717,88 (par mois pour une personne seule). Au final, moins de 400 000 personnes ont utilisé l'attestation.

L'Insee dénombre, quant à elle, pour cette même période, environ 4,2 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, selon l'ancienne définition retenue pour le seuil de pauvreté (ressources inférieures à 733 € par mois pour une personne seule en 2006), ce qui est bien en deçà des effectifs de la CMUC et de l'ACS regroupés (4.8 + 0.3 millions de personnes).

Selon l'hypothèse haute du HCAAM, la mesure qui consiste à porter le plafond de la CMUC au niveau du seuil de pauvreté, selon l'ancienne définition retenue pour le seuil de pauvreté permettrait de toucher un peu plus de 2,2 millions de personnes supplémentaires et coûterait à coût constant environ 800 millions d'euros.

Depuis ces estimations, les services statistiques de la CNAMTS, en coordination avec le Fonds CMU, ont mis en place un nouveau programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU. Ce nouveau programme permet de décompter plus précisément les individus effectivement gérés par les CPAM et CGSS et de supprimer les doubles comptes liés aux affiliations d'une même personne auprès de plusieurs assurés. Le nombre de bénéficiaires de la CMUC a ainsi été revu à la baisse : de 4,2 à 3,9 millions de personnes pour juin 2008.

La population cible de l'ACS aurait elle été quelque peu surestimée.

 **Accorder l'aide à la complémentaire santé de façon dégressive jusqu'au point de sortie du RSA**

La loi HPST procède à un nouveau relèvement du montant de l'aide pour les personnes âgées. La mesure est une avancée qui était nécessaire au regard de l'augmentation du coût des complémentaires de santé en 2009.

Pour les associations, elle ne sera cependant pas suffisante. Il faudrait élargir le public cible de ce dispositif. Trop de personnes renoncent en effet encore à des soins pour des raisons financières, en particulier faute de couverture complémentaire²⁵ alors que l'accès à cette dernière demeure très inégalitaire²⁶. Pour pallier cette situation, il faudrait permettre aux personnes qui touchent le RSA (revenu de solidarité active) de bénéficier de cette aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et l'attribuer de façon automatique aux personnes qui sortent du dispositif de la CMUC. Pour les associations, le dispositif du RSA destiné à lutter contre les « trappes de pauvreté » et favoriser le retour à l'emploi, ne peut être pleinement efficace que s'il est accompagné d'une revalorisation des plafonds en matière de complémentaire santé et d'une atténuation des effets de seuils liés à l'ACS que permettrait cette mesure.

Avec le relèvement du plafond de la CMUC, **l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé serait ainsi accordée de manière dégressive aux personnes dont les revenus leur permettent de se situer au-dessus de ce nouveau plafond de la CMUC jusqu'à un niveau de revenu correspondant au point de sortie du RSA²⁷**. Cette mesure permettra de diminuer mécaniquement la part de revenu que les ménages consacrent à l'acquisition d'une complémentaire santé et ainsi améliorer le taux d'adhésion au dispositif. En effet, malgré une progression plus nette sur les deux dernières années liée aux revalorisations du montant de l'aide et à une vaste campagne d'information, le nombre d'utilisateurs ne parvient pas à décoller réellement : fin 2007, moins de 400 000 personnes avaient acquis une complémentaire avec l'ACS sur 2,2 millions de personnes visées par le dispositif. Et il semble bien que ce soit l'important reste à charge qui demeure le principal obstacle à la réussite du dispositif. En moyenne, après déduction de l'aide, 50% du prix du contrat reste à la charge de la personne, soit 366 € par an, ce qui représente environ 30 € par mois pour des personnes dont les ressources mensuelles sont aux environs de 700 euros.

²⁵ En 2006, 14 % de la population déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Questions d'économie de la santé IRDES n° 132, mai 2008.

²⁶ « En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise. », La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Questions d'économie de la santé IRDES n° 132, mai 2008.

²⁷ Au lieu de concerner comme actuellement les personnes dont les ressources sont évaluées entre 621 € et 745 €, seraient visées les personnes aux ressources comprises entre 880 € et 1180 €.

Le taux d'effort étant moins important, les associations en escomptent également une amélioration du niveau de garantie des contrats souscrits. D'après l'étude 2007 sur les niveaux de garanties offerts par les contrats souscrits grâce à une aide à la complémentaire santé, il apparaît que les personnes souscrivent des contrats de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. Les associations ont eu l'occasion de pointer à plusieurs reprises ce risque inhérent au dispositif.

► **Assurer l'attribution de la CMUC et autres droits connexes aux bénéficiaires du RSA qui en remplissent les conditions**

Avec le Revenu de solidarité active (RSA), l'octroi de la CMUC et des autres droits connexes ne dépend plus du statut de la personne. Alors que l'attribution du RMI conférait le droit à la CMUC et à certain nombre d'autres droits connexes (exonération de taxe d'habitation, de redevance audiovisuelle), désormais l'octroi du RSA qui se substitue pour partie au RMI n'emporte pas automatiquement droit aux prestations connexes.

Deux raisons ont présidé à ce choix : non seulement le RSA est attribué bien au delà du plafond de la CMUC et il serait mal venu de distinguer les titulaires du RSA de base des personnes qui travaillent et reçoivent le complément. Mais surtout, il s'agissait de substituer des critères de ressources au critère de statut qui pouvait parfois, à revenu équivalent être inéquitable : avec le même niveau de ressources, un Rmiste avait accès à un niveau de prestations/avantages qu'un non RMIstes ne pouvait obtenir. Les associations solidarité sont satisfaites de ce changement qui met fin à des situations inéquitables et à un système qui a finalement consisté à ériger le bénéfice d'une prestation sociale en un statut enfermant pour la personne et qui déterminait l'ensemble des droits connexes²⁸.

Par contre, si rien n'est fait pour assurer une articulation entre l'ouverture des droits au RSA et celui des droits antérieurement qualifiés de connexes, elles alertent sur le risque de retards voire de non-recours par rapport à ces droits. Avec des conséquences négatives sur l'accès aux soins pour ce qui concerne la CMUC. Ainsi, s'il doit y avoir un nouvel examen du dossier pour vérifier que les conditions d'attribution des droits sont remplies, cela doit être transparent pour les bénéficiaires et réalisé dans les plus brefs délais. Autrement dit, dès lors que les revenus de la personne n'excèdent pas les plafonds de ressources, elle se verrait attribuée la prestation sans avoir de nouveau à produire les éléments nécessaires à l'examen de son dossier. **C'est au service qui instruit la demande de RSA et accorde les droits – et donc a connaissance des ressources de la personne - de s'assurer avec les services compétents**

²⁸ A l'origine, la disposition avait objectif de faciliter l'accès aux droits de la personne en situation de précarité qui n'a pas à justifier une nouvelle fois des conditions pour bénéficier de la prestation. Ainsi, le RMI étant une allocation différentielle dont le montant est en deçà du plafond maximum de ressources pour bénéficier de la CMUC, le respect de la condition de ressources est par définition acquis. Mais force est de constater que la mesure n'a pu pleinement porter ses fruits en ce qui concerne la CMUC. En effet, pour que ce droit se concrétise, la personne doit désigner l'organisme complémentaire de son choix pour gérer sa complémentaire santé. Or en l'absence de choix le dossier reste en suspens et le droit n'est pas effectif. Ainsi, une enquête de la DREES publiée en octobre 2007 révèle que 89 % des allocataires du RMI seulement déclaraient bénéficier de la CMUC en 2006. Si certaines de ces personnes n'en éprouvent pas la nécessité car elles ont déjà une complémentaire santé (35% des cas), 26% des non-recours seraient liés à une absence de démarche ou un abandon. Une étude plus récente du fonds de gestion de la CMUC sur les rotations du dispositif confirme le constat : elle fait état de ruptures de continuité de droit liées en partie à des demandes tardives.

(Caisse primaire d'assurance maladie pour la CMUC) que les droits aux autres prestations seront ouverts. Ce principe est également valable pour l'aide à la complémentaire sante.

Restera pour la personne à désigner l'organisme de son choix pour la gestion de sa CMUC. **Pour éviter les situations de latence, l'Uniopss propose qu'à défaut de choix de l'organisme complémentaire par la personne dans un délai raisonnable, l'organisme qui procède à l'ouverture des droits au RSA désigne par défaut un organisme inscrit à la gestion de la CMUC ou un organisme du régime obligatoire.**

Les associations de solidarité qui, de manière générale, regrettent le caractère très limité de l'expérimentation du RSA, déplorent que les conditions d'attribution des droits antérieurement connexes n'aient pu être expérimentées.

► Revoir sans attendre les restrictions apportées à l'Aide médicale d'Etat (AME)

Pour les associations, il est urgent de revenir sur les restrictions apportées à l'AME, en particulier sur la condition de résidence ininterrompue de plus 3 mois sur le territoire national instaurée en 2004 pour bénéficier de l'AME. En effet, avec cette condition, en deçà des 3 mois de présence ininterrompue en France, il n'y a plus de prise en charge possible hors les cas d'urgence vitale et de risque sanitaire avéré.

Cette situation est intolérable pour les associations : elles constatent une détérioration de l'état de santé de ces personnes qui arrivent dans le système de soins avec un état de santé de plus en plus dégradé ; au point qu'il devient désormais urgent de rétablir l'accès immédiat aux soins²⁹.

► Assurer l'effectivité d'une offre de domiciliation unique pour que la domiciliation ne constitue pas un obstacle à l'accès à la CMUC et à l'AME

Les associations ont noté la définition stricte donnée par la circulaire du 25 février 2008 des cas dans lesquels la domiciliation était exigée, respectant ainsi le principe même d'une domiciliation qui permet à la personne sans domicile stable d'avoir une adresse administrative pour faire valoir ses droits civils, civiques et sociaux, adresse à laquelle un courrier peut lui être adressé³⁰. Au sens de la circulaire, les personnes pour lesquelles la domiciliation est nécessaire sont en effet les seules personnes qui ne disposent pas d'une adresse leur permettant d'y recevoir et d'y consulter leur courrier de façon constante. Les cas dans lesquels la domiciliation est nécessaire sont donc plus restreints que l'interprétation qui avait pu en être faite auparavant. L'important est désormais que l'ensemble des acteurs (administrations, associations, assistantes sociales...) se réfèrent à cette définition.

²⁹ Médecins du monde note un retard de recours aux soins dans 11% des consultations délivrées en 2007 dans les centres de l'association. L'accès aux soins des plus démunis en 2007, rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2008.

³⁰ En 2006, les associations demandaient de supprimer l'obligation d'une domiciliation pour la CMU et l'AME dès lors que la personne dispose d'une adresse postale. Largement exigée, la domiciliation constituait en effet un obstacle majeur à l'accès aux droits à la CMUC et à l'AME : insuffisance de l'offre, manque de cohérence, d'information.

Concernant le nouveau dispositif de la domiciliation unique mis en place en 2008, il est trop récent pour pouvoir porter à ce stade une appréciation. Ceci est d'autant plus vrai que le dispositif tarde à être mis en œuvre. Les retards accumulés font qu'il y a désormais urgence à ce que l'Etat se mette en mesure de produire les cahiers des charges et d'exercer sa responsabilité en matière de coordination territoriale, de planification et d'échange avec les acteurs.

La domiciliation unique était une demande des associations qui regrettent qu'elle ne le soit pas réellement puisque l'AME en est exclue ainsi que la domiciliation pour la demande d'asile : ces deux dispositifs demeurent spécifiques. Les associations peuvent par ailleurs choisir les prestations pour lesquelles elles domicilient de manière à limiter ce service pour tenir compte de leurs capacités et de leurs compétences (par rapport à des publics spécifiques par exemple).

Pour assurer la présence d'une offre suffisante de domiciliation, les organismes domiciliateurs ont donc, dans la mesure du possible, à privilégier une activité de domiciliation pour l'ensemble des prestations, y compris l'AME et la demande d'asile, et par conséquent à demander les différents types d'agrément liés. Mais, cette volonté des acteurs associatifs, centres communaux d'action sociale, ne saurait suffire à elle seule : l'offre ne pourra réellement se développer de manière satisfaisante, qu'à partir du moment où elle sera financée en tant que telle, ce qui n'est pas le cas (l'activité de domiciliation est financée par les autres ressources de la structure, sans apport de la part de la puissance publique). Ce point pourrait même devenir bloquant, le nouveau dispositif alourdissant considérablement les obligations pesant sur les acteurs de la domiciliation (enregistrement des courriers, remontées régulières des attestations délivrées...).

Il y a pourtant urgence à développer l'offre de domiciliation, son insuffisance est un véritable frein à l'accès aux droits, particulièrement criant pour l'AME. L'association Médecin du Monde le pointe à nouveau dans le rapport de son observatoire de 2008 : 48 % des patients de leurs centres sont concernés par une domiciliation (7 176 personnes) et parmi eux, 73 % en sont dépourvus. L'offre a toujours été très insuffisante et le fait d'avoir écarté l'AME de la domiciliation unique comporte le risque que le dispositif soit délaissé. A cet état de fait, s'ajoute, toujours pour la domiciliation AME, une difficulté supplémentaire liée à la demande non fondée de certaines CPAM qui exigent des organismes domiciliateurs la liste des personnes domiciliées pour que ces dernières puissent bénéficier de l'AME.

Pour les associations, une évaluation du dispositif sera de toute façon nécessaire, passées deux années de fonctionnement. Cette évaluation devrait dresser un état de l'offre disponible et de son développement. Elle devrait également porter sur le fonctionnement du dispositif tant du côté des organismes qui délivrent l'attestation que de ceux qui exigent cette attestation pour délivrer des services et prestations (organismes de sécurité sociale, conseils généraux, banques...). Un bilan de l'action des services de l'Etat devra également être dressé.

 **Objectiver la fraude aux prestations sociales par une mesure de son étendue**

Nombre de mesures restrictives (contrôle a priori des ressources, évaluation des éléments de train de vie...) ont été mises en œuvre de manière à limiter les cas de fraudes aux prestations. Ces mesures restrictives en matière d'accès aux droits, outre le coût supplémentaire qu'elles peuvent engendrer, méritent d'être mises en balance avec le nombre de cas de fraude avérée. Les discours stigmatisants envers les titulaires de minimas sociaux, de la CMU ou de l'AME découlent également d'une méconnaissance de la réalité de ce phénomène.

Or des quelques données qui existent, il apparaît que la fraude sur ces prestations serait, sommes toutes, limitée. Pour l'AME, l'IGAS et l'IGF le pointaient dans leur rapport rendu en 2007. Pour une telle prestation en nature, les potentialités de fraude de la part de bénéficiaires sont circonscrites : elles consistent essentiellement en de fausses déclarations ou la falsification des papiers permettant l'accès à l'AME³¹. La mise en place d'une attestation non falsifiable avec photo devrait la rendre impossible. Pour la CMUC, la comparaison entre les ressources déclarées et celles constatées lors des contrôles fait apparaître une divergence de 4,5%, ce qui est faible, d'autant plus que ce chiffre doit être minoré par les cas d'erreurs plus fréquents compte tenu de la difficulté, pour certaines de ces personnes, d'appréhender un langage administratif³².

Les associations demandent que de telles études soient menées régulièrement avec diffusion des résultats de manière à objectiver le phénomène.

³¹ IGAS, IGF, AME : mission d'audit, mai 2007, La documentation française.

³² Référence CMU, avril 2009.

Bouclier sanitaire : les réserves de l'Uniopss

Au préalable, sur le registre des fondements du système d'Assurance maladie, ce dispositif rompt complètement avec le principe de l'Assurance maladie selon lequel chacun contribue en fonction de ses ressources et reçoit en fonction de ses besoins. Mais c'est surtout les conditions actuelles dans lesquelles seraient mises en œuvre le dispositif qui font douter de sa pertinence.

Il convient ainsi de bien resituer l'objectif poursuivi : il ne s'agit nullement de limiter le reste à charge de l'ensemble des assurés dans un contexte de financements en forte croissance. La problématique est bien de résoudre la question cruciale du régime des affections de longue durée (ALD), régime "inflationniste" pour la dépense d'Assurance maladie dont la pertinence fortement questionnée : dans les faits les restes à charge demeurent importants pour des personnes qui sont pourtant sensées être prises en charge à 100%³³. Le dispositif serait supprimé et remplacé par un « bouclier sanitaire »

Le système du bouclier sanitaire entend ainsi favoriser les "gros" risques, mieux les rembourser : une fois le montant forfaitaire du bouclier atteint par le cumul des tickets modérateurs, ils sont remboursés intégralement. Ceci se ferait au détriment des "moyens" et "petits" risques qui n'atteindraient pas ce seuil au-delà duquel la prise en charge est intégrale et auront donc sur l'ensemble de leurs soins un reste à charge. En effet, comme le dispositif ne pourrait être mis en œuvre qu'à coût constant pour l'Assurance maladie avec un objectif de maîtrise de la croissance de la dépense d'assurance maladie, il s'agit bien de compenser une amélioration de la prise en charge des risques les plus importants, jusque là en ALD, par un moindre remboursement des autres risques. Pour ce faire, le bouclier ne peut-être fixé qu'à un niveau assez élevé voire avec une augmentation du montant des tickets modérateurs³⁴. Son montant, comme celui du ticket modérateur pouvant ensuite très bien jouer le rôle de variable d'ajustement en fonction de la dégradation des comptes de l'Assurance maladie.

Dans ce contexte, deux arguments fondent la position réservée de l'Uniopss sur la mise en œuvre du bouclier sanitaire ainsi décrit. D'une part, le risque pointé par de nombreux acteurs de perte d'adhésion d'une partie des usagers qui financeraient toujours à la même hauteur l'Assurance maladie obligatoire tout en voyant une importante augmentation de leur reste à charge est, selon elle, réel et à ne pas négliger. A ce titre, l'idée de moduler le montant du bouclier en fonction des ressources de la personne ne permet pas de résoudre cette contradiction qui pèserait principalement sur les classes moyennes pour lesquelles le taux d'effort serait le plus important à la fois du côté du financement de l'Assurance maladie et de celui des prestations qu'ils en recevraient. La redistributivité s'exercerait en effet sur les deux volets et non du seul côté du financement du système comme à l'heure actuelle (financement assuré principalement par les cotisations sociales et la CSG).

D'autre part, il s'agit d'un changement total de logique dans lequel s'opèrerait une certaine redistribution qui, en quelque sorte amènerait les personnes les moins malades à financer indirectement les risques les plus importants.

Pour toutes ces raisons, l'Uniopss est très réservée sur la mise en œuvre dans les conditions actuelles du bouclier sanitaire, même si celui-ci est modulé en fonction des ressources de la personne.

³³ 1 million de personnes en affection de longue durée (ALD) ont ainsi un reste à charge (RAC) supérieur à 600 euros. Cf. rapport sur le bouclier sanitaire, page 11.

³⁴ « Tout mécanisme de plafonnement des RAC « coûte ». La limitation des RAC élevés implique en effet une dépense supplémentaire qui doit être couverte par un relèvement corrélatif du taux du ticket modérateur. » Cf. rapport sur le bouclier sanitaire, page 18.

Assurer un niveau élevé de couverture par l'Assurance maladie

Synthèse

Quel bilan des propositions de 2006 ?

Les points positifs :

- ⇒ L'Etat a réglé sa dette au régime de base de l'Assurance maladie, assainissant leurs rapports.
- ⇒ Les bénéficiaires de la CMUC ont dépassé en termes de déclaration de médecins traitant le reste de la population sans que des sanctions financières qui auraient été contreproductives n'aient été mises en œuvre.
- ⇒ Le montant de l'aide à la complémentaire santé a été relevé à plusieurs reprises.
- ⇒ Une définition stricte des cas dans lesquels une domiciliation est nécessaire.

Les points négatifs :

- ⇒ Un empilement de dispositifs et de tarifs (forfaits, franchises, tarifs spécifiques, dépassement autorisés hors du cadre du parcours de soins, taxe sur les complémentaires...) qui rend illisible pour l'utilisateur sa contribution au financement de la santé.
- ⇒ L'absence de débat au fond sur les choix opérés.
- ⇒ Des mesures qui ont consisté essentiellement à limiter la dépense d'Assurance maladie avec une réforme de 2004 qui n'aura au final opéré qu'une réforme comptable du système sans réelle amélioration de la coordination et de la qualité des soins et sans impact sur la dépense de santé.
- ⇒ Un reste à charge croissant pour les ménages qui frappe plus particulièrement les personnes dont les ressources les situent juste au dessus du plafond pour bénéficier de la CMU complémentaire.
- ⇒ Une domiciliation unique qui n'est pas effective.
- ⇒ Une communication focalisée sur les fraudes qui sert trop souvent à justifier une politique restrictive en termes d'accès aux droits.

Quelles propositions en 2009 ?

- ⇒ Maintenir un haut niveau de prise en charge de la dépense de santé par l'Assurance maladie.
- ⇒ Augmenter sans plus attendre le plafond de la CMUC de manière à ce qu'il permette d'intégrer les personnes qui touchent l'AAH et l'ASPA...
- ⇒ Accorder l'aide à la complémentaire santé de façon dégressive jusqu'au point de sortie du RSA.
- ⇒ Assurer l'attribution de la CMUC et autres droits connexes aux bénéficiaires du RSA qui en remplissent les conditions.
- ⇒ Revoir sans attendre les restrictions apportées à l'AME.
- ⇒ Assurer l'effectivité d'une offre de domiciliation unique pour que la domiciliation ne constitue pas un obstacle à l'accès à la CMUC et à l'AME.
- ⇒ Objectiver la fraude aux prestations sociales par une mesure de son étendue.

4

Conforter les droits et favoriser la participation effective des usagers

4.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : les droits des usagers du système de santé et leur participation sont reconnus mais méritent d'être confortés

La loi du 4 mars 2002 a consacré les droits des usagers du système de santé (le droit de recevoir les soins les plus appropriés, le droit à la sécurité sanitaire et à la continuité des soins, le droit à la dignité, le droit au respect de l'intimité et de la vie privée, le droit au respect du secret professionnel, le droit d'être informé et de participer aux décisions les concernant) et le principe de leur participation aux problématiques de santé.

Postérieurement, différents textes, notamment la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, sont venus conforter l'essor de ce qui est désormais communément désigné sous le terme de « démocratie sanitaire » avec l'association des représentants des usagers dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé. Les associations représentant les usagers ont été soumises à un mécanisme d'agrément, gage de leur représentativité et d'une certaine « professionnalisation ».

Concernant les droits des usagers et leur respect, un parallèle peut-être fait avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a consacré les droits des usagers des structures sociales et médico-sociales et leur participation et représentation.

Les outils pour satisfaire ces exigences sont nombreux. Les établissements de santé sont ainsi tenus de disposer de la charte du patient hospitalisé et d'un livret d'accueil présentant l'établissement et informant le patient sur ses conditions d'admission, de séjour et de sortie. La charte du patient hospitalisé ainsi qu'un questionnaire de sortie sont joints à ce livret qui est délivré au patient lors de son admission dans l'établissement ou le service. Le questionnaire de sortie, dont la conception relève de chaque établissement, est destiné à recueillir l'avis du patient sur les conditions d'accueil et de séjour qui lui ont été réservées. Depuis le 30 avril 2002, un « contrat d'engagement contre la douleur » doit également être remis au patient à son arrivée. Les établissements et professionnels sont également tenus à des règles précises en matière de gestion et d'accès au dossier médical et plus généralement en matière d'informations médicales. La notion de personne de confiance a été introduite par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Des lignes

téléphoniques ont été ouvertes pour renseigner les usagers et leurs représentants sur leurs droits.

La commission des relations avec les usagers et la qualité du système de santé (CRUQ) doit par ailleurs veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches. Elle est chargée d'établir chaque année un rapport sur la politique de l'établissement sur les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Au regard notamment de ces rapports, la conférence régionale élabore également un rapport sur le sujet, rapport qu'elle transmet à la Conférence nationale de santé qui à son tour rend annuellement son rapport au Ministre de la Santé sur le respect des droits des usagers du système de santé.

Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, le parallèle peut être poursuivi : ils sont tenus de mettre en place un livret d'accueil, une charte des droits et des libertés de la personne accueillie, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge, la possibilité de recourir à une personne qualifiée, un conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation et un projet d'établissement et de service.

Ainsi, si les conditions pour la mise en œuvre des droits des usagers du système de santé et leur participation étaient, en 2006, assez largement réunies, il était nécessaire d'en assurer l'effectivité. Pour ce faire, les associations dressaient un certain nombre de propositions.

4.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Davantage informer les usagers et plus généralement tout citoyen

La santé est un sujet qui ne doit pas rester l'apanage du monde médical, ne serait-ce parce que tout citoyen est un usager potentiel du système de santé, mais aussi parce que le sujet intéresse l'ensemble de la collectivité. Le système de santé peut en effet se définir comme « l'organisation composée de structures et de personnes chargées directement ou indirectement par une population de travailler pour sa santé ».

Aussi, pour les associations, la politique de santé devait-elle faire l'objet d'un effort particulier de transparence, de communication. Cela passait notamment par :

- Une plus grande information du public :

Au-delà du droit individuel du patient d'être informé et de participer aux décisions qui le concernent, la collectivité doit être largement tenue informée sur l'organisation et la régulation du système de santé : l'offre de soins disponible, les conditions tarifaires, de remboursement, la sécurité sanitaire et la qualité des prestations... Les conditions de financement du système, mériteraient ainsi un effort de clarification tant sur le plan des tarifs applicables et des niveaux de remboursement que par rapport aux lois de finances et financement de la sécurité sociale et des recettes affectées. Plus trivialement, cela permettrait enfin à tout un chacun de savoir qui paye quoi et combien.

La loi du 9 août 2004 a en parti tenté de répondre à cette attente en confiant aux conférences régionales de santé la mission d'organiser des débats publics sur leurs travaux, notamment sur l'analyse de l'état de santé de la population et les orientations générales du plan régional de santé publique.

- Un vocabulaire compréhensible :

La technicité du vocabulaire peut très vite rendre l'information incompréhensible. C'est d'ailleurs l'une des difficultés qu'ont rencontrées les représentants d'usagers dans les instances où ils étaient présents mais de fait écartés des débats.

Favoriser la participation effective des représentants des usagers


La parole des usagers du système de santé a été organisée dans les instances hospitalières ou de santé publique à travers la désignation de représentants. Pour que ces représentants des usagers puissent y jouer pleinement leur rôle, les associations demandaient qu'ils puissent bénéficier de formations et du versement d'indemnités de représentation. Pour les conférences de santé, l'Uniopss avait ainsi demandé à ce que l'indemnité compensatrice pour perte de revenus soit versée à l'ensemble des représentants et non aux seules personnes qualifiées.

Par ailleurs, le nombre de CRUQPC devait continuer à progresser pour qu'elles soient présentes dans tous les établissements.

Considérer les personnes fragiles comme des usagers à part entière du système de santé

L'Uniopss rappelait la nécessité de considérer les personnes âgées, handicapées ou en situation de précarité comme des usagers à part entière du système de santé dans le respect de leurs droits comme dans leur représentation. La représentation des usagers doit ainsi

s'entendre de la représentation de tous les usagers, y compris ceux dont l'association, l'expression et la représentation sont les moins aisées, personnes en situation d'exclusion, usagers en santé mentale.

 **Respecter les principes du secret médical notamment dans le cadre du dossier médical personnel**

Les associations qui étaient favorables à la mise en place du dossier médical personnel prévu par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie pour améliorer la coordination et de suivi médical, rappelaient leur grande vigilance quant au respect du consentement du patient et aux acquis de la loi du 4 mars 2002.


À ce titre, elles demandaient le retrait du dispositif « Web médecin » instauré également par la loi de 2004 qui contrevient aux règles élémentaires du consentement. Ce dispositif permet en effet aux médecins d'accéder aux informations médicales des douze derniers mois relatives à chacun de leurs patients, sans possibilité pour ce dernier de sélectionner les informations qu'il souhaite garder secrètes et avec un consentement qui n'est matérialisé que par la simple remise de la carte Vitale au médecin, ce qu'il fait de toute façon pour la facturation des actes et consultations. Pour ces raisons, même si les pouvoirs publics justifiaient ce dispositif par l'amélioration de la continuité des soins qu'il permettrait et la possibilité qu'il offrirait d'identifier une pathologie précise, l'Uniopss et nombre d'associations considéraient que le dispositif ne présentait pas les garanties minimales de confidentialité des données et en demandaient le retrait.

La perspective de la mise en place d'un dossier médical personnel (DMP) suscitait également des inquiétudes. Ce dossier unique comporterait en effet l'ensemble des éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville comme à l'hôpital et les éléments du compte-rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Il y aurait également un volet spécialement destiné à la prévention. Si le secret médical peut très bien être partagé dans l'intérêt même du patient, les associations rappelaient la nécessité d'être particulièrement vigilant quant aux personnes qui pourraient consulter ce dossier.

Le chapitre de la lutte contre les fraudes à l'Assurance maladie faisait également l'objet d'une forte inquiétude. Pour les associations, les dispositifs de contrôle, de recueil d'information, les recoupements de fichiers ne sauraient remettre en cause la confidentialité des données. Du reste si la lutte contre les fraudes doit être menée, elles regrettaient la multiplication des discours globalisants du type « tous fraudeurs » et stigmatisants à l'encontre de certaines personnes comme les bénéficiaires de la CMU, de l'AME.

4.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Le constat : la représentation des usagers et la préservation de leurs droits demeurent fragiles et la confusion est parfois de mise dans la notion même d'usagers



EN 2009, pour la seconde fois, la Conférence nationale de santé a fait le point sur le respect des droits des usagers du système de santé³⁵. Elle passe en revue l'ensemble de ces droits qu'elle distingue entre droits individuels (droit au respect de la dignité de la personne, principe de non discrimination, droit à l'information des usagers, droit au consentement, droit d'accès au dossier médical, droits de la fin de vie, droit à la réparation des conséquences des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé, accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, droits des personnes se prêtant à des recherches biomédicales) et droits collectifs (participation des représentants des usagers au sein des instances hospitalières et de santé publique, participation des associations agréées et des associations de bénévoles dans les services). Elle constate que ces droits sont loin d'être effectifs et dresse un certain nombre de recommandations sur les moyens, les outils et les attitudes à mettre en œuvre pour faire évoluer ce constat.

Liste des recommandations de la conférence nationale de santé dans son rapport 2009 sur le respect des droits des usagers du système de santé

1. Parachever la démocratie sanitaire par le développement des procédures contradictoires
2. Résoudre le défi du droit à l'information
3. Rendre les droits lisibles et visibles
4. Former aux droits
5. Promouvoir les droits
6. Se donner les moyens de suivre le respect des droits
7. Soutenir financièrement la défense des droits et l'exercice de la démocratie sanitaire

Pour ce qui est la participation effective des représentants des usagers au sein des instances hospitalières ou de santé publique, l'Uniopss salue les efforts portés autour de la formation de ces représentants. Un congé de représentation leur a été accordé. Toutefois, ces mesures sont selon elle, loin d'être suffisantes au regard de l'ampleur de la mobilisation que nécessiterait une représentation efficace. Une représentation efficace serait une présence dans l'ensemble des instances de représentants formés.

³⁵ Conférence nationale de santé, rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, « Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé », Juin 2009.

Cette légitimité des usagers à siéger dans un certain nombre d'instance et ainsi de participer à la définition des politiques est aujourd'hui largement reconnue et même de plus en plus mise en avant. Les usagers seront ainsi représentés au sein des conseils de surveillance des futures agences régionales de santé créées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Etant donné ce rôle, pour qu'ils ne soient pas de simples « cautions », l'effort à consentir pour les former est d'autant plus important. La réflexion doit également être menée sur la démultiplication des instances où ils sont attendus. Il y a à ce jour encore trop peu de personnes pour assurer le mandat de représentants d'usagers. L'enjeu est en effet d'éviter que ne s'instaure un hiatus entre la volonté affichée de faire participer les usagers et la réalité de cette participation.

La confusion est par ailleurs souvent entretenue entre les trois niveaux de lecture que l'on peut faire de l'utilisateur dans le système de santé :

o la personne souffrante, fragile, dont le respect des droits doit être assuré (droits individuels de la loi 4 mars 2002 traduits en établissement de santé dans la Charte du patient hospitalisé, le livret d'accueil ...)

o la personne consommatrice, interrogée sur la qualité des soins et des établissements de santé (participation à la certification dans l'établissement de santé, questionnaire de satisfaction, développement d'indicateurs sur la gestion des risques, CRUQPC, CLIN,...)

o la personne citoyenne (le citoyen) qui participe à la vie de la Cité et agit sur les politiques publiques.

Sur ces trois aspects, les usagers ont vocation à intervenir directement ou indirectement (démocratie directe ou indirecte par représentation).

Ces axes se retrouvent dans le champ social et médico-social.

Pour les établissements de santé, ce sont souvent des personnes qui ont été prises en charge dans l'établissement en question qui siègent en tant que représentant et doivent néanmoins parler au nom du collectif. Ce recul s'acquiert notamment par une formation à la fonction de représentant.

Autre constat concernant les établissements de santé, les rapports de leur commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge usagers et la qualité, ceux-ci sont encore insuffisamment exploités.

Le positionnement et les propositions de l'Uniopss



Dans ce contexte, l'Uniopss tient à réaffirmer ses propositions formulées en 2006 qui concordent sur bien des points avec les deux rapports successifs 2008 et 2009 de la conférence nationale de santé dont elle est membre.

► L'Uniopss réaffirme son positionnement formulé en 2006 comme priorités d'action :

- ⇒ ***Davantage informer les usagers et plus généralement tout citoyen***
- ⇒ ***Favoriser la participation effective des représentants des usagers***
- ⇒ ***Considérer les personnes fragiles comme des usagers à part entière du système de santé***
- ⇒ ***Assurer le respect du secret médical notamment dans le cadre du dossier médical personnel***

Pour cette dernière priorité, elle est d'autant plus d'actualité que le chantier avorté du dossier médical personnel est relancé.

En matière d'information, un des grands enjeux actuels est la sécurisation de l'information sur Internet. A cette fin, la certification des sites doit sans tarder se développer.

► L'Uniopss appelle à clarifier le rôle de l'utilisateur ou de son représentant

A l'heure où les usagers sont de plus en plus sollicités, il est particulièrement important de clarifier ce qui est attendu de leur part ou de la part de leur représentant afin d'éviter les confusions dans le niveau d'expression de l'utilisateur et le sens de leur intervention.

D'autre part, l'Uniopss tient à rappeler la complémentarité des regards entre associations de représentants d'usagers et associations gestionnaires d'établissements ou de services qui sont parfois elle même créés ou gérés par des usagers. Par l'observation qu'elles ont des besoins des personnes et leur regard de professionnel, elles sont en mesure de fournir une expertise distinctes mais tout aussi utile. (Cf. 10).



Assurer la qualité du système de santé



5.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : les usagers sont demandeurs d'information en la matière, les acteurs demandent à être accompagnés

La qualité et la sécurité du système passent par des mesures a priori : respect de normes de sécurité, mise en place de protocoles, de plans (plan blanc pour les établissements de santé, plan bleu pour les établissements pour personnes âgées), formation continue du personnel. Les démarches d'évaluation, au sens large, ont également pour objectif d'améliorer la qualité du service.

En 2006, l'Uniopss et son réseau constataient que les établissements et services de santé mais également sociaux et médico-sociaux étaient largement convaincus de la nécessité de s'engager encore davantage dans cette voie pour la qualité du service en tant que tel mais aussi pour différencier leur action dans un secteur de plus en plus soumis à la concurrence. Ils marquaient cependant leur vigilance et leurs attentes quant aux moyens nécessaires pour la mise en œuvre ces processus : moyens financiers, humains, méthodologiques... En effet même si au final, ils seront gagnants sur le terrain de la qualité, le processus nécessite un investissement initial, de la méthode et des outils appropriés. Ceux-ci étaient en 2006 plus ou moins développés selon les secteurs.

Du côté des usagers, le constat d'une forte demande sur ce point pouvait également être fait. Les Français, sont devenus de plus en plus demandeurs d'une information détaillée sur la qualité et la sécurité des prestations. En témoignait, la multiplication des classements parus dans de grands hebdomadaires ou des sites Internet spécialisés pour distinguer les établissements de santé en fonction de leurs performances. Tentant de rompre avec l'ensemble de ces informations « non validées », le ministère de la Santé a par ailleurs mis en place d'un tableau de bord référençant les établissements selon des critères précis. Le premier d'entre eux, ICALIN, mesure l'importance des activités de lutte contre les infections nosocomiales déployées par chaque établissement.

5.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Evaluer les biens médicaux, les pratiques organisationnelles et professionnelles, mettre en place les indicateurs de suivi

L'Uniopss, largement favorable à l'évaluation des biens médicaux et des soins, y compris des pratiques des professionnels, demandait l'élargissement de ces processus, y compris pour l'exercice libéral.

Prévoir le coût des démarches d'évaluation et accompagner les structures dans leur processus qualité

L'Uniopss demandait que les moyens nécessaires au déploiement des démarches soient chiffrés et que le financement soit prévu. Les établissements et services devraient également pouvoir être accompagnés.

Déployer les indicateurs qualité pour les porter à la connaissance du public

L'Uniopss attirait l'attention sur la nécessité que la qualité de la prise en charge et la sécurité qui y est attachée fassent l'objet d'une communication particulière à partir d'une information validée. Par exemple, à partir du développement des indicateurs qualité élaborés par le Ministère de la santé.

Il ne s'agissait toutefois pas d'en faire un instrument de sanction pour les établissements mais bien d'incitation à améliorer leur « score ».

Assurer la rénovation et la mise aux normes des installations

Les contrats Etat-Région de la période 1999-2006 contenaient des actions concourant à l'adaptation et à la remise aux normes, notamment des établissements pour personnes âgées. Les besoins dans l'ensemble du champ de l'action sociale et de la santé sont très importants. Des moyens avaient certes été mobilisés (via notamment la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le plan hôpital 2007, le budget de l'Etat ou des départements) mais l'effort restant à accomplir était très important. L'Uniopss proposait donc de poursuivre et même d'accentuer cette mobilisation afin de rénover le cadre bâti, mettre aux normes de sécurité et d'accessibilité l'ensemble des équipements concernés.

Assurer l'accès aux innovations

Pour l'Uniopss, l'Assurance Maladie devait assurer le financement des innovations apportées par les laboratoires pharmaceutiques et les industriels intervenant dans le champ de la santé. Elle alerte cependant sur la nécessité qu'il y avait de d'accorder ce financement qu'après une évaluation indépendante du produit qui aurait montré que les nouveaux services rendus aux patients justifient bien la prise en charge d'un surcoût par l'Assurance Maladie ou bien que les mêmes services sont offerts aux patients pour un moindre coût.

A l'inverse, elle considérait bienvenu de moins rembourser ou ne plus rembourser pour un service médical rendu insuffisant mais à condition que cela soit scientifiquement démontré. Il

ne saurait, en effet, y avoir de remboursements massifs dans le seul objectif de réduire les dépenses d'Assurance maladie.

5.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Si des avancées peuvent être constatées, l'effort demeure important sur certains pans



Si des avancées peuvent être constatées notamment quant à la mise en place d'indicateurs de suivi, de mise aux normes des installations et de rénovation du cadre bâti, beaucoup reste à faire.

Et pour ce qui concerne les établissements de santé, après les investissements conséquents des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 des inquiétudes se font jour sur la capacité des établissements et services à investir pour l'avenir au regard des déficits constatés sur les dernières années.

Le positionnement et les propositions de l'Uniopss



► Prévoir l'investissement suscité par les démarches qualité et le développement des systèmes d'information dont l'objectif final doit être clairement défini

L'Uniopss tient à rappeler sa demande qui est d'autant plus d'actualité que les démarches qualité et les systèmes d'information se mettent en place et évoluent dans l'ensemble du champ de la santé et de l'action sociale (développement de la démarche qualité en centres de santé, de l'évaluation interne puis externe dans le secteur social et médico-social, projet de pilotage des données et de spécifications des systèmes d'information de l'Anap, l'agence nationale d'appui à la performance). Les moyens (humains, matériels, financier...) que suppose ce type de processus doivent être prévus et les structures accompagnées en conséquence.

Elle appelle également à clarifier l'objectif même de ces dispositifs, dans un contexte où qualité du service et efficience économique sont placées sur un même plan dans les priorités d'action des pouvoirs publics. Les associations sont particulièrement attentives au risque qu'un objectif purement quantitatif d'économie budgétaire ne remette en cause la qualité et la pertinence du service rendu aux publics fragiles.

► Au plan européen, revenir à l'autorisation préalable pour accéder à l'étranger à certains soins inscrits sur des listes nationales

En matière de qualité et de sécurité des soins, l'influence croissante du droit communautaire doit également être appréhendée. La question se pose en effet de l'équilibre entre, d'une part, les objectifs liés à la construction d'un marché intérieur sans frontières, sans entraves,

permettant la libre prestation de service et favorisant l'établissement des opérateurs, et d'autre part sécurisation et qualité des soins. La proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers tend ainsi à concilier ces deux aspects. Elle pose par ailleurs de sérieuses interrogations quant à la soutenabilité en termes d'équilibre financier pour les systèmes de sécurité sociale des pays du fait de l'ouverture de l'offre (les patients pourront aller se faire soigner dans un autre Etat membre et être remboursés aux mêmes conditions, ce sans autorisation préalable, les systèmes nationaux sont en quelque sorte dessaisis de leur compétence) et au développement d'un « tourisme médical » pour patients avertis et aisés. En l'occurrence, l'Uniopss demande de revenir à l'autorisation préalable pour certains soins inscrits sur des listes nationales.



Engager une politique de santé cohérente pour répondre aux besoins

6.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : le cloisonnement des décideurs et des politiques conduit à une réponse partielle aux besoins

Le constat dressé en 2006 n'était guère nouveau : le cloisonnement des décideurs, l'absence d'articulation entre eux est préjudiciable au caractère global de la réponse ainsi qu'aux prises en charge qui se situent dans les interstices des dispositifs.

Dans le domaine de la santé et de l'action sociale, la complexité de l'organisation de l'Etat et des collectivités locales est en effet poussée à l'extrême : les décideurs sont multiples et en plus ils ne sont pas forcément les financeurs, l'inverse étant également vrai. Au delà de la difficulté que cela pose pour appréhender simplement l'organisation et la répartition des compétences, c'est plus fondamentalement la pertinence de la réponse apportée aux besoins de la personne qui est en cause. Ces besoins sont à la fois divers et évolutifs, si bien que pour une même personne, diverses autorités sont concernées simultanément ou successivement, chacune étant compétente pour le champ de sa mission. Dès lors, les lacunes observées en termes d'articulation des différents décideurs entre eux, leur cloisonnement voire leur volonté de se renvoyer la responsabilité d'une dimension plus problématique de leur action sont préjudiciables à la fois au caractère global de la réponse et aux situations qui ne relèvent pas clairement de l'autorité de l'un d'eux.

L'Uniopss constatait par ailleurs que la concertation avec les professionnels en contact avec la réalité était trop souvent négligée au risque pour les pouvoirs publics de se priver d'une observation complémentaire. Elle déplorait également la multiplication des réformes successives : une nouvelle réforme était bien souvent programmée alors mêmes que la précédente n'avait pas finie d'être mise en œuvre et encore moins évaluée. Le constat concernait les structures sanitaires mais aussi médico-sociales et sociales, ces dernières ayant eu à connaître, entre décembre 2005 et mai 2006, pas moins de vingt-cinq textes réglementaires successifs sur leur financement et la tarification ! Or les acteurs ont besoins de disposer de « règles du jeu » claires qui n'évoluent pas constamment. Leur capacité à déployer une offre de manière satisfaisante en dépend grandement.

Pour pallier cet état de fait, l'Uniopss dressait un certain nombre de propositions.

6.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Clarifier le rôle respectif des différents décideurs, coordonner les politiques

Avant même d'envisager une quelconque simplification des décideurs, chacun ayant sa légitimité, c'est sur l'articulation des politiques, la coordination des décideurs que l'Uniopss demandait de concentrer les efforts.

A ce titre, elle saluait la volonté de la loi du 13 août 2004 de simplifier sur le volet santé publique, les démarches et les circuits de financement à travers une coordination unique des différents décideurs nombreux en ce domaine. Les groupements régionaux de santé publique pouvaient en effet présenter une avancée dans la coordination, à condition de parvenir à y regrouper l'ensemble des décideurs/financeurs de la politique de santé publique.

Elles pointait également comme intéressantes en termes de coordination des initiatives telles que la Mission régionale de santé qui réunit l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) sur leurs compétences conjointes (réseaux, permanence des soins, répartition des professionnels de santé...) et des expérimentations comme l'implication des Conseils régionaux au sein des ARH.

Elle en demandait une évaluation afin d'en déterminer la plus-value effective.

Construire des schémas de planification en interconnexions les uns avec les autres

L'Uniopss alertait par ailleurs sur la nécessité qu'il y avait à faire en sorte que les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les schémas départementaux sociaux et médico-sociaux et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie s'articulent entre eux.

En effet, les besoins des personnes sont non seulement divers mais aussi évolutifs – idée de parcours – et les réponses ne sont pas à prendre comme des éléments indépendants mais en interconnexions les unes avec les autres. L'engorgement de structures d'aval a, par exemple, des répercussions sur les structures d'amont. Les schémas de planification comme les actions qui en découlent doivent par conséquent être étroitement coordonnés.

Fonder la politique de santé sur l'observation sociale partagée et la concertation préalable

Par ailleurs, pour l'Uniopss, une politique publique ne peut être efficace, c'est-à-dire répondre de manière pertinente aux besoins de nos concitoyens, que si elle s'appuie sur un diagnostic aussi précis que possible de la situation sur laquelle elle compte agir. C'est par le croisement des regards et des informations détenues par les différents acteurs impliqués que peut se construire ce diagnostic. L'Uniopss en appelait donc au développement de l'observation sociale partagée. La concertation des différents partenaires concernés est également un gage de qualité pour les politiques publiques. L'implication des associations d'usagers mais aussi celle des associations d'organisation et de gestion de réponses à des besoins de la population sont à ce titre indispensables (cf 10).

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu d'associer largement les acteurs aux différentes étapes de la politique de santé publique : son élaboration, sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation.

Mais au delà, l'Uniopss souhaitait une meilleure association des acteurs à l'élaboration des lois de finances et de financement de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale ainsi que les différentes instances sectorielles (Conseil national consultatif des personnes handicapées, Conseil national de lutte contre l'exclusion...) pourraient ainsi être des lieux de concertation.

Au niveau local, elle demandait la création d'un conseil départemental ou régional de développement local qui aurait permis d'associer notamment les différentes collectivités publiques, organismes de sécurité sociale, représentant des associations et des usagers. Ce conseil aurait permis d'échanger sur les réalités sociales observées, les différentes politiques menées et les évolutions souhaitables.

L'Uniopss demandait en outre le respect des temps de concertation prévus par la législation.

Envisager la cohésion sociale comme un levier de la politique de santé

L'Uniopss mettait également l'accent sur le caractère très global de la politique de santé. Pour que l'action publique en ce domaine soit pertinente, elle a en effet toujours considéré comme indispensable d'envisager la cohésion sociale comme une condition nécessaire à la bonne santé. Cette orientation va dans le sens des préconisations de l'Organisation mondiale de la santé qui a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En cela, une politique globale de promotion de la santé dépasse largement le cadre du soin et trois autres volets des politiques publiques devraient faire l'objet d'un effort accru :

- l'éducation. La prévention se fait en effet en amont, par l'éducation, et la petite enfance en constitue un temps privilégié ;
- la lutte contre toutes les formes d'exclusion et de pauvreté, situation de précarité et état de santé étant deux aspects étroitement liés ;
- l'autonomie et la participation sociale des personnes âgées et des personnes handicapées. Compte tenu de la transition démographique et épidémiologique, cet aspect doit en effet constituer une priorité.

Fixer des objectifs et des critères d'évaluation pour assurer la transparence des politiques menées et les inscrire dans la durée

Dans l'objectif d'assurer lisibilité et pérennité de l'action, l'Uniopss demandait que les pouvoirs publics introduisent systématiquement en plus des objectifs des critères d'évaluation à leur action, qu'ils respectent le temps de la mise en œuvre et surtout celui de l'évaluation avant de mettre en œuvre une nouvelle réforme qui devrait, pour être pertinente, tenir compte du bilan de la précédente.

► ***Garder pour objectif premier la satisfaction des besoins et non la réduction de la dépense***

L'Uniopss rappelait que certes l'alignement sur le moins disant est une tentation dans un contexte de tension budgétaire, mais que l'objectif de la politique de santé ne doit se situer sur la logique des moyens, des ressources mais bien sur celles des besoins : c'est en fonction des besoins que sont identifiés les actions à mener et les équipements à déployer. C'est dans un deuxième temps seulement, qu'il est tenu compte du caractère contingenté des moyens.

A ce titre, elle demandait, pour les établissements de santé, d'écarter toute possibilité d'une planification par le tarif que le modèle de la tarification à l'activité pourrait induire avec une régulation de type prix /volume. La politique de développement de l'offre ne devait pas se révéler être qu'une affaire de coûts mais bien suivre une logique de réponse à des besoins. La régulation de type prix/volume consiste en effet à ajuster les tarifs en fonction des résultats en volume de la période précédente et revient à dire que si une année donnée le nombre d'actes produits dépassent les prévisions, une provision est opérée et le tarif des actes est revu à la baisse pour compenser le trop versé. Or ce n'est pas la logique de l'offre et de la demande qui doit réguler l'offre de soins mais bien la planification de l'offre en fonction des besoins qui doit être à l'œuvre. Une politique tarifaire attractive peut bien sûr permettre de susciter la constitution d'une offre sur un segment d'activité qui sans cela n'aurait pas été investi par les porteurs de projet. Dans le cas de l'Hospitalisation à domicile, des tarifs attractifs ont ainsi permis de développer sensiblement l'offre mais ce n'était qu'un moyen au service d'une politique de satisfaction de besoins.

6.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Les réformes en cours visent à remédier au cloisonnement et au manque de cohérence qui sont plus que jamais pointés



La loi Hôpital, patients, santé et territoires prévoit la création à l'horizon 2010 des agences régionales de santé qui ont vocation à se substituer aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), aux pôles « santé » et « médico-social » des DRASS et DDASS, aux Urcam, aux récents groupements régionaux de santé publique (GRSP), à la partie sanitaire des CRAM et aux missions régionales de santé (MRS). Ces agences auront notamment dans leur champ de compétences : la médecine de ville, l'hospitalisation, le médico-social pour sa partie financée par l'Etat et l'Assurance maladie, la prévention et l'éducation à la santé, certaines compétences en matière de sécurité et de veille sanitaires. L'objectif est d'unifier un pilotage actuellement éclaté entre plusieurs autorités et d'ainsi assurer une meilleure coordination entre l'ambulatoire, l'hôpital, le médico-social, la prévention et l'éducation à la santé etc. Avec ce vaste périmètre d'action, il est ainsi attendu des ARS qu'elles aient les leviers d'action pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé : renforcer son caractère préventif, mieux organiser la permanence et la gradation des soins, améliorer la fluidité du parcours des patients, renforcer la territorialisation des politiques de santé ; et au titre de l'efficience, mieux structurer et maîtriser l'offre de soins ambulatoire et renforcer les restructurations et l'efficience hospitalières y compris en recomposant ce type d'offre au profit du secteur médico-social. Les attentes sont importantes.

La visée restructurante pour le paysage hospitalier et médico-social est clairement affichée et la recherche d'une plus grande efficience économique est un objectif. A ce titre, les futures ARS pourront s'appuyer sur les travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). L'ANAP est prévue par la loi en lieu et place de structures existantes qui interviennent actuellement dans le champ hospitalier. Cette agence qui concerne les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie, sera chargée d'élaborer des recommandations notamment en matière de gestion et d'optimisation du patrimoine immobilier. Elle pourra procéder ou faire procéder à des audits dans ces établissements et services.

Parallèlement, une Direction régionale jeunesse, sport et cohésion sociale (DRJSCS) pilotera notamment les structures de lutte contre les exclusions relevant de l'Etat, comme les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale), les boutiques de solidarité, les maisons relais. Elle sera également chargée d'actions en faveur des familles vulnérables, de l'intégration des étrangers, à l'exception de la gestion de places en CADA (Centre d'accueil pour demandeurs d'asile) qui sera confiée à la préfecture du département chef lieu de la région, etc. Alors que les ARS auront une compétence large sur la santé et le médico-social, le social sera traité à part et il est prévu certaines articulations pour éviter la césure entre ces deux champs (notamment en la personne de Préfet de région qui présidera l'ARS et a autorité sur la DRJSCS).

La réforme des collectivités territoriales annoncée en septembre 2008 et actuellement en réflexion percute également la définition et le pilotage de la politique de santé. Cette réforme

visée en effet à simplifier l'organisation des collectivités, à clarifier leurs compétences et revoir leurs modalités de financement. A ce stade, les questions soulevées demeurent en suspens : est-il pertinent de créer des conseillers territoriaux au double mandat : siéger au conseil général et au conseil régional ? Convient-il de créer des métropoles qui assumeront sur leur territoire les compétences des communes, intercommunalités et du département ? L'action des départements et des régions doit-elle être spécialisée par cœur de métiers, mettant fin à la clause générale de compétences qui leur permet d'intervenir aujourd'hui au-delà de leurs compétences obligatoires ? L'Etat doit-il transférer de nouvelles compétences aux collectivités ?... Les réponses qui seront apportées à ces questionnements influenceront nécessairement sur la définition et la conduite de la politique de santé.

Le positionnement et les propositions de l'Uniopss

► Création des ARS : une meilleure synergie au bénéfice de l'utilisateur...

La mise en place des ARS suscite des attentes importantes. L'Uniopss salue la concrétisation de ce projet désormais ancien de création d'agences régionales de santé en ce qu'elle devrait permettre une articulation plus forte de l'action de l'Etat et de l'Assurance maladie et une meilleure coordination des acteurs œuvrant pour la santé et l'accompagnement médico-social de nos concitoyens. Elle espère ainsi que les obstacles à la mise en place de réponses transverses aux secteurs sanitaire et social de types réseaux de santé ou équipes mobiles intervenant en établissements et services médico-sociaux seront levés. Elle partage également l'objectif affiché d'accroître la territorialisation des politiques publiques en vue de mieux répondre aux besoins de la population.

► ... à condition de réussir la coordination avec les autres autorités compétentes

La réforme ne doit toutefois laisser à penser qu'il y aura une simplification radicale du paysage institutionnel. Ce dernier demeurera complexe, tout simplement parce que les champs concernés sont divers et les autorités compétentes multiples même si une part a été réunie au sein des ARS. En effet, conseils généraux pour ce qui est du secteur médico-social, ensembles des collectivités pour le champ de la santé publique, Assurance maladie pour la gestion du risque, Education nationale pour la santé scolaire ont leurs propres compétences.

Aussi, l'Uniopss insiste-t-elle sur l'importance de parvenir à une réelle coordination des décideurs, au sein de l'Etat mais également entre celui-ci et les collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale... ce sans quoi la réforme ne permettra pas d'atteindre ses objectifs.

Il existera au sein de l'ARS, deux commissions de coordination avec les autres décideurs. Elles associeront les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale, ce afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et enfin dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Mais la création de ces commissions risque de ne pas suffire à assurer une réelle coordination, d'autant que les collectivités territoriales se sont, pour certaines, déjà déclarées peu ou pas associées et expriment la crainte d'être réduits à de simples exécutants d'une politique décidée par l'ARS. Le champ de la santé publique connaît un malheureux précédent avec une adhésion relative des collectivités à l'organisation proposée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique (Cf. 1).

Pour le secteur médico-social, l'inquiétude s'exprime au niveau de l'articulation des schémas entre eux. En effet, si les Conseils généraux et les directeurs d'ARS n'arrivaient pas à avoir une vision commune des besoins et de l'évolution de l'offre en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, ils pourraient élaborer des schémas contradictoires. Si tel était le cas, le projet d'un promoteur pourrait donc être compatible avec l'un mais pas avec l'autre. C'est la raison pour laquelle l'Uniopss a toujours milité pour des schémas et des Priac conjoints entre les Conseils généraux et l'Etat), des schémas conjoints entre Conseil général et ARS et pour que le schéma régional en ce qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées - personnes handicapées agrège les éléments des schémas départementaux. Prenant pour partie en compte cette considération, les parlementaires ont adopté une mesure dans la loi HPST prévoyant que le schéma régional médico-social personnes âgées, personnes handicapées de l'ARS doit tenir compte des schémas départementaux des Conseils généraux.

 ***... et de préserver l'identité et la pertinence de l'action sur chacun des champs***

Si l'Uniopss s'est prononcée en faveur de la création des ARS, c'est à la condition qu'un certain nombre de garanties soient apportées, ce afin d'éviter des écueils qui se révéleraient pour l'avenir néfastes : hospitalocentrisme, centralisation et caractère purement descendant de la politique menée par les ARS, recul dans la prise en charge et l'individualisation de la réponse apportée à nos concitoyens L'une des conditions qu'avait mise en avant l'Uniopss, dès décembre 2007, pour la création des ARS était le prisme qui devait être adopté : celui de la santé, domaine bien plus vaste que celui des soins et de la médecine. Il ne s'agissait pas, selon elle, de créer des agences régionales de soins mais bien des agences régionales de santé témoignant d'une approche globale de la santé. La santé publique devrait, à ce titre, à la fois irriguer la politique de l'ARS et être une approche identifiée au sein des ARS. De même, ces nouvelles agences doivent pleinement intégrer leur mission médico-sociale avec tout ce que cela implique.

La crainte dans ce secteur est en effet grande que le médico-social ne soit abordé par l'agence qu'à travers les soins. Or l'accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées... ne se limite pas à cette dimension, loin s'en faut. Une autre crainte liée à la précédente est celle de l'hospitalocentrisme avec les mouvements de reconversion en cours et à venir d'une partie des capacités hospitalières notamment en capacités sociales et médico-sociales. Or, le secteur social et médico-social ne se confond pas avec le secteur hospitalier. S'ils doivent bien sûr mieux coordonner leur action, c'est en préservant leurs spécificités respectives. Les personnes accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux le sont pour des périodes relativement longues : aussi leur projet de vie ne se résume pas à un projet de soins, les locaux doivent être à taille humaine étant des lieux de vie, les personnels ont des profils plus variés.

La fongibilité asymétrique instaurée pour le budget médico-social (les crédits affectés à ce secteur ne peuvent être utilisés à d'autres fins notamment pour financer les établissements de santé mais l'inverse étant possible) et la « garantie » des crédits sur le champ de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé sont des gages pour la préservation des enveloppes consacrées à ces champs d'action mais ne sauraient suffire à elles seules à assurer la pertinence de la politique de l'ARS sur l'ensemble du champ qu'elle couvre. Le profil du directeur de l'ARS et sa façon de conduire la politique de l'agence seront tout aussi déterminants pour inscrire cette dernière dans une vision à la fois globale et préservatrice des spécificités de chaque champ.

► ***Dans ce nouveau cadre, inscrire les principes d'action auxquelles les associations de solidarité sont attachées :***

=> Fonder la politique de santé sur l'observation sociale partagée et la concertation préalable

=> Garder pour objectif premier la satisfaction des besoins et non l'économie budgétaire

=> Envisager la cohésion sociale comme un levier de la politique de santé

► ***Adopter une grande loi de santé mentale***

Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, l'Uniopss considère qu'une grande loi de santé mentale est nécessaire de manière à répondre aux besoins en ce domaine. Cette loi doit permettre de dépasser la seule la réforme de l'hospitalisation d'office – trop souvent ramenée à une problématique sécuritaire – pour adopter une politique générale de santé publique articulant les différents volets que sont la prévention, la promotion de la santé, les soins, le suivi et la réinsertion.

Dans ce cadre, le système devra associer plus étroitement qu'il ne le fait aujourd'hui les familles et les proches des malades et intégrer l'ensemble des acteurs concernés, secteur social et médico-social, mais aussi élus et collectivités territoriales, comme le préconise le rapport rendu par Édouard Couty sur les missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie³⁶.

³⁶ Edouard COUTY, Dr. Roland CECCHI-TENERINI, Patrick BROUDIC, Dominique NOIRE, Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009.



Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le sanitaire et le social



7.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : l'insuffisante articulation des acteurs conduit notamment à des ruptures dans la prise en charge et l'accompagnement

Le droit de recevoir les soins les plus appropriés à son état, comme celui de la continuité des soins sont reconnus à l'utilisateur du système de santé. Or l'Uniopss constatait qu'au delà de l'insuffisante articulation des décideurs et des politiques (cf. 6), la même lacune au niveau des différents acteurs de terrain – pas sans lien d'ailleurs – conduisait trop souvent à des ruptures dans la prise en charge et l'accompagnement voire à des situations où la personne ne peut trouver de réponse adaptée à son état de santé mais aussi à sa situation sociale. A l'inverse, les actes redondants, les prescriptions multiples n'étaient pas rares.

Le constat était largement partagé et les symptômes pour les structures du secteur bien connus : patient dont personne ne veut et qui arrive en dernier recours aux urgences d'ailleurs engorgées, absence de lits en aval pour « sortir » le patient, sorties non préparées, accompagnement social inexistant dans une phase de soins ou, à l'inverse, professionnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui rencontrent d'énormes difficultés face à des pathologies psychiques de plus en plus présentes...

Des solutions pour coordonner les interventions ont certes été organisées sur les territoires mais demeuraient largement insuffisantes au regard de l'ampleur du problème (ex : CLIC, réseaux transversaux). Ce d'autant plus que certaines prises en charge étaient encore largement déficitaires sur le territoire national, avec des disparités importantes entre régions. C'était le cas des soins palliatifs, de la lutte contre la douleur, même si la France tentait de combler son retard. Ainsi, particulièrement volontariste en termes de développement des soins palliatifs, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et son décret d'application du 6 février 2006 prévoit que les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées sont tenus d'assurer les soins palliatifs requis par l'état de santé de leurs. Les services adaptés pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans la Cité faisaient également cruellement défaut, le retrait de la psychiatrie (en hospitalisation complète) n'ayant été compensée intégralement par le développement des structures médico-sociales sur lesquelles la demande a pourtant été

transférée. A ce titre, le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) reconnus en 2005 par la loi fut une réponse intéressante mais qui ne saurait suffire à elle seule.

Afin de favoriser la coordination des soins, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a mis en place le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Celui-ci peut être un médecin généraliste ou spécialiste, mais aussi un médecin hospitalier, un médecin salarié d'un établissement ou service social ou médico-social ou encore un médecin salarié d'un centre de santé. En 2006, toutefois, force était de constater que n'étaient entrés en application que l'obligation de ce parcours de soins qui oblige à passer par le médecin traitant et la politique de tarifs différenciés. Le volet coordination du médecin traitant demeurait en jachère.

De manière plus générale, les coopérations étaient promues par la loi, que ce soit entre structures - les dernières formes en date étant le Groupement de coopération sanitaire (GCS) rénové en 2003 et le Groupement de coopération Social ou médico-social – ou entre professionnels. Depuis 2003, les GCS sont ouverts à des professionnels de santé. Les réseaux de santé, sortis de leur caractère expérimental en 2002, permettent un accompagnement pluridisciplinaire intégré dans un territoire, une réflexion articulée autour de la notion de trajectoire d'un individu qui doit être, à un moment donné, pris en charge, et pour lequel il convient de construire un parcours le plus opérationnel possible, dans une perspective de maintien de la santé ou, parfois, de reconquête de la santé.

Face à ce constat, l'Uniopss proposait un certain nombre de mesures de nature à favoriser la continuité dans la prise en charge et l'accompagnement.

7.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Développer un continuum de réponses

Pour l'Uniopss, la pleine satisfaction des besoins supposait en premier lieu le développement d'une diversité et d'une continuité de réponses, qui vont de la médecine de proximité libérale et en centres de santé jusqu'à l'hospitalisation en établissement ou à domicile, en passant par les urgences mais aussi l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, dans une organisation en réseaux.

L'intervention au domicile de la personne devait donc sans tarder être développée que ce soit en l'hospitalisation à domicile (HAD), en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou en centre de soins infirmiers (CSI), chacune de ses structures ayant son champ d'action et son ancrage sur le territoire. Si les premières ont bénéficié d'une politique volontariste de développement, les dernières devaient être davantage soutenues (cf. 9).

De la même manière, les soins palliatifs à domicile et en établissement devaient être fortement développés pour être présent sur l'ensemble du territoire. Certes, les structures sociales et médico-sociales pour personnes âgées et personnes handicapées étaient tenues depuis peu d'insérer un volet spécifique dans leur projet d'établissement et de service. Cette nouvelle obligation aurait cependant nécessité une amélioration sensible du taux d'encadrement en personnel soignant et d'accompagnement pour tous les établissements et services concernés. C'est sans doute pourquoi le décret a aménagé la possibilité de s'exonérer de cette obligation par la négociation d'un partenariat formalisé avec une institution ou un service spécialisé implanté sur le territoire dans le cadre d'un travail en réseau. Un objectif louable qui exigeait de développer le nombre de réseaux et d'équipes de soins palliatifs pour correspondre à la réalité des besoins et permettre ainsi aux structures de respecter leur obligation.

Face à la crise que traverse la Psychiatrie, l'Uniopss considérait qu'il était urgent d'agir et de mettre en œuvre tous les aspects du plan « Psychiatrie et Santé mentale » adopté pour la période 2005-2008 : investissement pour la modernisation et la mise aux normes de l'existant, adaptation de l'hospitalisation complète, développement d'une offre d'accompagnement sociale et médico-sociale diversifiée et adaptée aux besoins de la personne...

Développer les coopérations et promouvoir l'articulation sanitaire / social

Pour l'Uniopss, il s'agissait de développer les coopérations entre professionnels mais aussi entre structures pour développer les synergies et les complémentarités à partir des outils existant plus ou moins formalisés et avec des niveaux d'engagement variables : GCS, GCSMS, réseaux, conventions.... L'accent devait être mis sur les initiatives transversales qui regroupent à la fois des acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire, quitte à en revoir les modalités de financement. En effet, au delà des intentions, les différents plans de santé publique appelaient à cette transversalité, les initiatives de ce type devaient dans les faits être soutenues. Or, bien souvent, elles se heurtaient aux logiques financières d'enveloppé réservées à un secteur ou de logique de décideurs.

L'Uniopss relevait également que ces coopérations pouvaient aussi avoir un intérêt évident en termes de mutualisation des moyens. En effet, la nécessaire mutualisation des moyens ne

ne passe pas forcément par des politiques de concentration, nuisibles en termes de diversité et de complémentarité de l'offre, mais au contraire par la coopération, le regroupement de certaines fonctions. L'Uniopss a ainsi toujours été favorable au développement d'une offre de service en lien avec un plateau technique mutualisant les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales. Toutefois, au-delà de l'intérêt réaffirmé pour ces modes de coopération, l'Uniopss et sept autres institutions du secteur sanitaire et social ont insisté sur les coûts inhérents à ce type de démarche qu'ils s'agissent de ceux d'ingénierie en amont, des aides au démarrage des groupements voire parfois des dépenses supplémentaires liées à leur mise en place : les groupements peuvent certes aboutir à des économies d'échelle mais ils peuvent également permettre le recrutement de personnels dédiés à plusieurs structures là où une seule n'arrivait pas à pourvoir le poste proposé à temps partiel. Il avait ainsi été proposé que l'enveloppe des réseaux médico-sociaux puisse être utilisée en partie pour aider au développement des groupements de coopération dans le secteur social et médico-social.

Dans le champ de la santé mentale, l'Uniopss considérait que cela devait se traduire par le développement, au côté du secteur, de modes complémentaires d'intervention, comme les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion et les réseaux en santé mentale prévus notamment par le Plan psychiatrie et santé mentale.

Et pour faire face aux problèmes de santé des personnes en situation de précarité, une plus grande coordination des dispositifs devait être trouvée entre les urgences sanitaires et les urgences sociales (entre le 15 et le 115).

Assurer la continuité de la prise en charge, de l'accompagnement dans les phases de transitions

L'Uniopss insistait sur le fait qu'au delà du renforcement des synergies entre acteurs qui doivent permettre d'assurer la continuité des prises en charge et la prise en compte de l'intégralité des besoins de la personne, l'accent devait être porté sur les phases de transition à l'origine bien souvent de ruptures.

Deux propositions allaient en ce sens :

- Privilégier, autant que possible, la notion de filière par pathologie

Une approche privilégiant la notion de filière en terme d'entrée populationnelle : accidents vasculaires cérébraux, grands brûlés, personnes âgées dépendantes... permet en effet d'améliorer la qualité et la continuité des prises en charge. Mais ne peut cependant être érigé en dogme : il faut en effet veiller à ce que les patients « atypiques » et les personnes souffrant de polyopathologies ne soient pas exclues du système..

- Garantir la continuité des soins à la sortie de l'hôpital

La sortie d'hospitalisation est une étape importante qu'il convient de bien préparer, qu'il s'agisse d'un retour au domicile ou le relais vers une structure médico-sociale qui peut alors être considérée comme le domicile de la personne. Elle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un plan d'action (aménagement du domicile pour assurer son accessibilité, mise en place d'un accompagnement adapté, soutien aux proches...). La Haute autorité de Santé a organisé plusieurs conférences de consensus sur le sujet avec des recommandations bien précises.

Faire du médecin traitant le coordinateur garant d'une médecine de proximité de

qualité

L'Uniopss rappelait que le dispositif du médecin traitant ne saurait être complet qu'avec la définition du rôle de coordination du médecin traitant et la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP). Le médecin traitant choisi était très largement un médecin généraliste ce qui correspond au rôle que devrait jouer celui-ci en tant que premier recours au système de santé. Que ce médecin exerce en libéral ou en exercice regroupé (maison de santé, centre de santé...) il convenait donc de valoriser l'ensemble de ses missions : les soins mais aussi la prévention, l'éducation à la santé, son rôle social, la coordination avec les autres acteurs. A ce titre, il était urgent de sortir du seul financement à l'acte en introduisant une part forfaitaire.

7.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Le constat : les dispositifs de coordination se multiplient au risque de rajouter des strates voire de multiplier les politiques catégorielles



Différentes mesures prises sur les dernières années ont multiplié les dispositifs de coordination sur des publics particuliers voire des pathologies. En matière gériatrique, coexistent ainsi les CLIC, les réseaux gériatriques, les case managers... et dernières en date les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) qui labellisent une coordination comme guichet unique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées. Intérêt de ces dernières : il s'agit de partir de l'existant plutôt que de recréer un dispositif de plus.

Après un engouement certain, les réseaux de santé, instruments phares de la coopération entre professionnels, ont eux fait l'objet de vives critiques au regard notamment de leur efficacité. Leur portage politique s'est également révélé très insuffisant³⁷.

La coopération des professionnels est pourtant une réelle nécessité pour une prise en charge globale et sans rupture de la personne. En particulier, la dimension sociale ne peut être dissociée de l'état de santé de la personne. Rappelons un seul chiffre : les patients suivis dans le cadre des urgences sanitaires rencontrent pour 30 % d'entre eux des problèmes sociaux, et les publics suivis dans le cadre des urgences sociales souffrent fréquemment de problèmes de santé.

En ce qui concerne la diversité de l'offre, le domicile a donné lieu à un investissement sur ces dernières années : développement de l'HAD qui peut désormais intervenir en établissement pour personnes âgées, plans successifs de développement des services à la personne... L'aide et le soin à domicile sont ainsi fortement promus et la problématique du retour à domicile tend à être intégrée dans l'ensemble des réflexions menées. Pour exemple, en soins de suite et de réadaptation, lors de la réforme des autorisations pour cette activité, l'aval du SSR et le retour à domicile ont fait l'objet d'une attention particulière. Le retour à domicile fait partie

³⁷ Rapport de l'IGAS sur les réseaux de santé, mai 2006.

intégrante de la mission de SSR. Le bilan n'est toutefois pas aussi positif sur l'ensemble de la problématique. Une des recommandations du Haut conseil de la santé publique formulée dans le cadre de l'évaluation du plan cancer (2003-2007) fait ainsi état de la carence de ce plan sur la sortie du patient et en particulier par rapport au soutien social : il ferait défaut pour les malades « à risque social » (isolement, difficultés économiques, difficultés domestiques...) et n'intégrerait pas assez la dimension du retour à l'emploi. Le Haut conseil préconise à cette fin la mise en place d'équipes mobiles d'accompagnement social. Cette équipe – ou personne référente – pourrait orienter, et suivre, les personnes en difficulté vers les dispositifs existants et les organismes compétents³⁸.

La loi hôpital, patients santé et territoires : la coopération entre professionnels et structures largement prônée



La loi HPST identifie la nécessité de la coopération entre les acteurs du système de santé et d'action médico-sociale comme une priorité d'action.

Afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, compte tenu des enjeux liés à la démographie et à la transition épidémiologique, elle entend ainsi développer la coopération entre professionnels de santé. Concrètement, elle prévoit d'étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental qui a cours, c'est-à-dire à autoriser plus largement les transferts d'activité ou d'actes des soins.

Les coopérations entre structures et entre professionnels et structures sont également mises en avant. Les futures agences régionales de santé auront ainsi pour mission de préciser ces coopérations entre structures de santé, structures médico-sociales et avec les professionnels de santé.

En outre, les soins palliatifs ont été affirmés comme un des pans de la prise en charge au titre des missions de service public. Le rôle du médecin généraliste de premier recours a été consacré et celui des centres de santé reconnu en tant qu'offre de soins de premier recours et mode d'exercice permettant une coordination des soins. Dans le cadre de l'examen de la loi, la Ministre de la santé a par ailleurs annoncé la relance du chantier du dossier médical personnel, outil indispensable à l'exercice de la coordination par le médecin traitant.

³⁸ Haut Conseil de la Santé Publique, Évaluation du plan cancer, Janvier 2009.

Le positionnement et les propositions de l'Uniopss



► Développement de l'offre : intensifier les efforts

Au regard des besoins et de l'état de l'offre toujours lacunaires sur certains pans, il s'agit d'intensifier l'effort réalisé pour développer certaines réponses encore largement insuffisantes pour une couverture satisfaisante du territoire national : soins palliatifs, appartements de coordination thérapeutique, accueils de jour, lits halte soins santé qui ne doivent d'ailleurs pas être conçus comme des lits hospitaliers au rabais...

► Favoriser l'intervention des équipes hospitalières hors les murs

Pour l'Uniopss, il s'agit de favoriser la sortie des équipes hospitalières au domicile de la personne mais également en établissement puisque l'établissement constitue alors le domicile de la personne qu'elle soit âgée, handicapée ou en situation de précarité... la possibilité pour l'HAD a été donnée d'intervenir en établissement d'hébergement pour personne âgée et il faudra le généraliser aux autres structures médico-sociales. Confortant la possibilité de cette intervention et satisfaisant une proposition d'amendement de l'Uniopss, la loi HPST introduit dans le code de la santé publique la notion de domicile qui peut être le lieu de résidence de la personne ou un établissement avec hébergement social et médico-social.

Il s'agit également de faire en sorte qu'effectivement les équipes mobiles gériatriques, en psychiatrie, de soins palliatifs puissent intervenir en structure médico-sociale. Les moyens de ces établissements leur permettent rarement de développer de telles prises en charges. En effet, comment des établissements peuvent-ils développer une politique de soins palliatifs s'ils n'ont pas une présence infirmière constante ? Le taux d'évolution des financements du secteur médico-social est important, il est le reflet de l'augmentation des besoins. Mais tout ne devrait pas être forcément misé sur le développement du nombre de capacités (places en SSIAD, lits d'EHPAD...), l'intensité de la réponse devrait elle aussi être renforcée. Il faudrait ainsi que les EHPAD puissent bénéficier d'un temps de médecin coordonnateur suffisant pour que ce dernier puisse faire face à ses missions et assurer le lien avec le médecin traitant ainsi que la sensibilisation des médecins.

► Encourager les coopérations nées de la volonté des acteurs de terrain

Les rapprochements et coopérations entre acteurs sont d'autant mieux réussies et vécues qu'elles sont l'initiative des acteurs eux-mêmes. Ces processus de travail en commun voire de mutualisation de certaines fonctions ont besoin d'être muries et intégrées.

Les coopérations – dans leur version plus ou moins intégrative suivant ce qui est partagé et mis en commun – doivent être encouragées mais ne sauraient, selon l'Uniopss, être imposées.

La loi HPST multiplie les incitations (incitations financières à la création de groupements de coopération sanitaires par exemple). De l'incitation à l'obligation la frontière est parfois ténue. Or, pour les associations qui ont mis en place et gèrent la réponse à un besoin non satisfait par la seule puissance publique, se voir imposer une coopération, une mutualisation de fonction voire des regroupements pose la question de l'autonomie de décision propre à toute personne morale de droit privé.

Pour l'Uniopss, si les coopérations sont indispensables et les mutualisations, rapprochements et regroupements parfois nécessaires, il ne s'agit nullement de se tromper d'objectif en les imposant et d'attendre de ce processus une simplification à outrance du paysage avec une certaine normalisation de la réponse apportée et, in fine, une concentration des structures.



Promouvoir la coopération internationale en matière de santé



8.1. Le constat de l'Uniofss en 2006 : l'urgence d'agir compte tenu de la pénurie de personnel de santé qualifiés et de la nécessaire maîtrise des risques sanitaires

A l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2006, l'OMS a rendu public son rapport sur la santé dans le monde. Il mettait en lumière la pénurie chronique des agents de santé qualifiés, particulièrement aiguë dans les pays les plus pauvres. Il constatait également que dans le monde, près de 200 000 enfants mouraient chaque semaine de maladies qui auraient pu être soignées ou évitées. Cette situation d'extrême urgence était le résultat notamment de l'état de profonde déliquescence d'un grand nombre de systèmes publics de santé pour laquelle la pénurie des professionnels de santé qualifiés constitue l'une des manifestations les plus visibles de cette crise. A l'échelle mondiale, 4 millions de professionnels supplémentaires étaient estimés nécessaires pour endiguer cette pénurie.

8.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Si l'Uniofss souhaitait en 2006 une politique volontariste pour développer sans attendre la solidarité notamment en matière de santé, c'était non seulement en raison des valeurs humanistes qu'elle porte, mais aussi par souci de maîtrise des risques sanitaires au niveau mondial, compte tenu de la mondialisation progressive des problèmes de santé (pandémies...). Cette demande se fondait également sur la nécessité de développer une offre de soins et de médicaments adaptée (tant quantitativement que qualitativement) dans les pays en développement pour permettre à chacun d'accéder aux soins à l'endroit où il vit. Et c'était enfin, pour elle, une condition de pérennisation des systèmes de santé des pays les plus riches, qui pourraient être victimes de leurs succès. Élément de régulation des mouvements migratoires, le développement de structures sanitaires de qualité et la création d'emplois et de richesses contribue en effet à limiter les mouvements d'émigration.

▶ ***Tripler l'aide publique aux pays en développement, notamment en matière de santé***

Pour l'Uniopss, le triplement de l'aide publique en matière de santé aux pays en développement était un objectif que la France aurait dû porter au niveau européen lors de sa présidence de l'Union européenne en 2008. Les modalités d'allocation de cette aide doivent bien sûr être adaptées à la situation et aux besoins de pays concernés et être concentrée en priorité sur les soins primaires, en étroite concertation avec les acteurs locaux. Elle doit également permettre la formation et l'emploi de professionnels de santé dans ces pays.

▶ ***Soutenir les initiatives locales en matière de prévention, de production de médicaments génériques et de formation des professionnels en s'appuyant sur les réseaux associatifs locaux de santé***

Elle rappelait par ailleurs que l'accès à la prévention (notamment en matière de pandémies), aux médicaments génériques (comme au Bangladesh par exemple) ou à la formation en matière de santé devait passer par l'organisation de campagnes et des programmes d'initiative locale. Les réseaux associatifs locaux de santé, qui contribuent à la réussite de ces initiatives, devaient à ce titre être soutenus. La France aurait dû également veiller à ce que le recrutement de médecins hospitaliers étrangers provenant notamment de pays en développement, dont nous avons vu qu'ils représentaient 15 % à 20 % des médecins hospitaliers, n'entraîne pas un déséquilibre de l'offre de soins dans leur pays d'origine.

8.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Ce point n'a pas fait l'objet d'un nouveau positionnement de l'Uniopss en 2009. Les risques sanitaires accrus par la mondialisation des échanges ainsi que les conséquences sanitaires des changements climatiques rendent toutefois urgent l'investissement massif pour une action globale de coopération internationale en matière de santé. Les associations sont nombreuses à avoir au contraire dénoncé le recul des programmes d'aides dans un contexte économique où les pays en développement n'ont plus les capacités d'investir dans leur système de santé.



Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif



9.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : un secteur dont le bien-fondé est reconnu mais qui est pourtant malmené par certains modes de régulation et de financements

Porté par des valeurs qui l'ont conduit à privilégier des réponses à taille humaine, au plus près des besoins des personnes, le secteur privé non lucratif :

- a permis le développement de pôles d'excellence.
- a contribué à tisser des réseaux de proximité pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de tous les Français, quelque soit leur lieu de résidence ou leur origine sociale.

De plus, son caractère désintéressé et sa souplesse de gestion en font un acteur intéressant de l'offre d'accompagnement et de soins.

En 2006, l'Uniopss était au regret de constater que si le bien fondé de ce secteur était largement reconnu, il était néanmoins soumis à des modes de régulation et de financement qui occultent ses spécificités en ne prenant pas véritablement en compte l'ensemble des dimensions de l'accompagnement des personnes, des missions de santé publique accomplies, de la régénérescence constante des solidarités de proximité. Les économies budgétaires de court terme fondées sur des indicateurs d'efficacité trop partiels, la simplification apparente qui voudrait que seuls des « opérateurs » de grande taille soient efficaces ou encore l'instrumentalisation croissante des associations, et la volonté de standardiser les réponses apportées à la population risquaient en effet de priver notre pays de réponses originales et d'une plus-value sociale qu'il sera difficile de reconstituer.

Les associations de prévention avaient ainsi à faire face à une double difficulté :

- de petite taille pour la plupart, ce qui peut être loué comme un facteur de dynamisme local, elles peinaient à être reconnues par les autorités qui leurs préfèrent de gros opérateurs
- elles étaient tributaires de financements annuels, voire pluriannuels mais dont la reconduction est régulièrement remise en cause, pour des actions qui pourtant nécessitaient de s'inscrire dans la durée pour porter leurs fruits.

Ces difficultés se sont accrues en 2006, année de transition dans la politique de santé publique, si bien que certaines associations envisageaient des licenciements voire de cesser toute activité. Au final, il risquait bien d'y avoir un décalage important entre le diagnostic partagé qui a servi à l'élaboration des plans régionaux de santé publique (PRSP) et la réalité des besoins et

de la situation sanitaire lors de la mise en œuvre des plans : des actions qui ont pu être menées jusque là auront cessé entre temps.

Les centres de santé, pourtant acteurs majeurs de l'accès aux soins, pâtissaient eux-aussi d'un manque de reconnaissance et de difficultés financières récurrentes au point d'avoir de grandes difficultés à remplir leurs missions.

Les hôpitaux privés non lucratifs ont du lancer un cri d'alarme du fait de campagnes budgétaires particulièrement austères et de la mise en œuvre chaotique de la tarification à l'activité pourtant sensée mettre tous les acteurs quelques soient leur statut sur un pied d'égalité. En effet leur situation financière s'étaient considérablement tendue : toujours placés dans une situation d'inégalité vis-à-vis de l'hôpital public qu'il s'agisse des conditions d'application de la réduction du temps de travail, du statut des gardes des médecins, du travail de nuit, du niveau des charges sociales ou de reports des déficits sur les exercices ultérieurs, depuis dix ans ils jouaient la variable d'ajustement entre hôpital public et cliniques commerciales

9.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs et leur assurer transparence et visibilité sur les « règles du jeu »

L'Uniopss demandait une compensation intégrale et pérenne de l'ensemble des charges supplémentaires supportées par les établissements de santé privés à but non lucratif par rapport au secteur public au titre de l'égalité de traitement justement prônée par la réforme de la tarification à l'activité récemment mise en œuvre. En effet, tous les établissements publics ou privés étant soumis à une tarification dans laquelle une proportion croissante des recettes est établie en fonction de l'activité, c'était désormais les conditions de production qui pouvaient être discriminantes entre les différents acteurs. Ainsi, pour une activité identique, et donc rémunérée de la même manière, réalisée avec un personnel dont la rémunération nette est identique, les coûts salariaux d'un établissement privé non lucratif seraient toujours supérieurs à ceux d'un établissement public, ceci du seul fait de l'existence d'un différentiel de charges sociales supporté par l'établissement privé.

L'Uniopss alertait par ailleurs sur la nécessité de fixer bien en amont les tarifs et dotations et de faire la lumière sur les modalités de calcul et de fixation de ces éléments. Il s'agissait de ne plus retrouver cette situation de 2004 à 2006 dans laquelle la responsabilisation accrue des gestionnaires d'établissement promue par la tarification à l'activité était mise en échec par un manque patent de visibilité sur les « règles du jeu ».

Reconnaître l'originalité et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif par des modes de régulation et de financement adaptés

L'Uniopss a toujours été convaincue de la nécessité de l'existence d'une alternative associative aux côtés des réponses publiques ou commerciales pour répondre pleinement aux besoins de


santé de la population. Les réformes de notre système de santé et de protection sociale doivent donc impérativement tenir compte des spécificités du secteur privé à but non lucratif au risque de se rendre compte, trop tard, qu'elles ont mis en difficulté tout un champ d'initiatives irremplaçables.

A ce titre, elle demandait des financements stabilisés pour les associations de santé publique : la mise en place d'un financement plus structurel et pluriannuel du projet global des associations, qui complèterait celui de l'action ponctuelle. Ce financement leur permettrait de développer une véritable stratégie d'action en cohérence avec l'évolution des besoins. Elle considérait également que le fonctionnement par plan, par priorités successives, n'est pas davantage propice à la stabilité. S'il n'est pas illogique de fonctionner par grandes priorités, il est cependant nécessaire que l'association porteuse puisse assurer son fonctionnement dans la durée et réorienter ses actions en fonction des priorités retenues. En outre, elle alertait par rapport au choix opéré sur les dernières années d'une politique de Santé publique et de financements par thématiques spécifiques en ce qu'elle laisse peu de place aux actions transversales de promotion de la santé. Elle espérait de la mise en place des groupements régionaux de santé publique (GRSP) et de la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique (PRSP) qu'elle puisse être l'occasion d'améliorer la situation des associations de prévention pour leur permettre d'accomplir pleinement leurs missions.

Pour les centres de santé, cela signifiait une reconnaissance de leur rôle, l'octroi de financements complémentaires pour mettre en œuvre leur projet et enfin la transposition des dispositifs prévus pour les professionnels libéraux.

9.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Le constat : la plus-value du secteur privé non lucratif doit plus que jamais être démontrée dans un contexte de plus en plus concurrentiel qui fait peu de cas de ses spécificités



Force est de constater que les avancées en la matière sont ténues. Le modèle privé non lucratif s'il est reconnu comme un élément incontournable de notre système de santé et d'action sociale avec ses règles propres a encore bien souvent à démontrer sa plus-value par rapport aux autres modes de gestion public et privé à but lucratif. Pourtant, son caractère désintéressé et sa souplesse de gestion en font un acteur intéressant de l'offre d'accompagnement et de soins.

Pour ce qui concerne les établissements de santé, environ 15 % de l'offre de soins sont ainsi sous la responsabilité du secteur privé non lucratif, c'est-à-dire plus de 800 établissements disposant de plus de 60 000 lits et 10 000 places³⁹. Géré par des associations, des fondations, des mutuelles, des congrégations, ce secteur, donc loin d'être marginal est, d'ailleurs, cité pour

³⁹ La notion de lit correspond à une hospitalisation complète et celle de place à une hospitalisation partielle, de jour principalement. Le secteur rassemble aussi 35 % de l'offre de soins de suite et de réadaptation.

sa qualité et son efficacité par le rapport sur l'hôpital préparé par M. Larcher sur les missions de l'hôpital⁴⁰. Les trois quarts des établissements participent, en effet, au service public hospitalier et, à ce titre, assurent notamment les urgences, l'égalité d'accès aux soins et leur continuité. La souplesse d'une gestion privée est alliée à une mission de service public.

Ce secteur se démarque également du secteur privé à but lucratif. Les moyens financiers attribués à l'établissement non lucratif (qui proviennent essentiellement du financement public de la protection sociale) sont en effet tout entiers recyclés dans l'activité de celui-ci, puisque, par définition, il n'a pas d'actionnaires. De ce fait ce secteur est, dans l'ensemble, d'une remarquable stabilité.

La loi HPST et les évolutions récentes confortent une vision concurrentielle entre les différents acteurs d'un marché



La dernière décennie a confirmé le caractère économique des services de santé (même si la notion est parfois encore discutée au plan européen, au plan national, les établissements et services de santé font partie de la sphère marchande) et des services sociaux (avec une directive service qui vise à développer l'offre de service au sein de l'espace européen et n'exclut de son champ les services sociaux que de manière limitée). A ce titre, tous les acteurs ont tendance à être placés sur un pied d'égalité et toute entorse à ce principe doit être strictement justifiée que ce soit dans le financement ou dans les modes de régulation. La loi HPST épouse parfaitement cette conception née de l'impératif communautaire de libre échange (libre prestation de service et libre établissement) et de libre concurrence qui est confortée sur notre territoire national par une vision selon laquelle les situations de concurrence entre opérateurs entraînent une saine émulation qui serait nécessaire.

Ainsi, pour les établissements de santé, les missions de service public hospitalier, au nombre de quatorze, pourraient être scindées et tous les établissements de santé, quel que soit leur statut - public, privé non lucratif, privé lucratif - pourraient choisir d'en exercer une ou plusieurs. La procédure de choix des missions reste encore obscure : on ne sait pas exactement comment elles seront réparties entre les établissements.

Le statut PSPH (participant au service public hospitalier) propre aux établissements privé à but non lucratif disparaît ; tout établissement pouvant « participer au SPH » au terme d'une période alignée sur celle du processus de convergence tarifaire, soit fin 2012 en l'état actuel des textes. La transition est importante étant donné l'ampleur des enjeux de recomposition du paysage hospitalier. D'autant, que les établissements publics et PSPH ne sont pas assurés de conserver leurs missions de service public actuelles.

⁴⁰ Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher, avril 2008.

Comme l'avait demandé les organisations représentant les établissements PNL, la notion d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) est par contre reconnue par la loi. Elle concerne les Centres de lutte contre le cancer, les actuels PSPH (sauf opposition de leur part) et tout établissement de santé privé à but non lucratif qui en fait la déclaration. Ces établissements sont ainsi qualifiés car un certain nombre d'obligation s'imposent à eux : l'égal accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou du moins l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution. Ils doivent respecter les tarifs de la sécurité sociale (pas de dépassements).

Par contre, l'examen par les parlementaires n'aura au final pas inscrit les conséquences concrètes de ce statut : le régime juridique que l'Uniopss et les autres organisations représentant ces établissements demandaient. La notion sera donc à affiner dans les prochains textes d'application de la loi : textes réglementaires voire ordonnance. Les ESPIC pourront par contre être associés à l'accomplissement de missions de service public exercées par un établissement public ou une communauté hospitalière de territoire selon un accord conclu avec ces derniers.

Point positif, les établissements actuellement PSPH et ceux qui avaient opté pour la dotation globale peuvent recourir à des professionnels de santé libéraux, ce qu'ils ne pouvaient faire à l'heure actuelle. Ils y sont « admis » par le Directeur de l'ARS. Les professionnels sont rémunérés par l'établissement sur la base des tarifs des libéraux, déduction faite d'une redevance. Cette avancée en termes de coopération entre établissements et professionnels libéraux ouvre une réelle perspective pour les établissements sur certains postes plus difficiles à être pourvus autrement.

Sur le versant social et médico-social de la future loi, la loi HPST opèrent également des changements importants dans le sens d'une plus grande concurrence entre acteurs. Les autorisations de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services et de lieux de vie et d'accueil sollicitant des fonds publics seront délivrées à l'issue d'un appel à projet, dont le cahier des charges est déterminé par l'autorité administrative. Pour les parlementaires, il s'agit d'assurer « une mise en concurrence sincère, loyale et équitable ». Pour les projets innovants ou expérimentaux, le cahier des charges sera allégé. Toutefois, à la demande de l'Uniopss, les parlementaires ont écarté l'utilisation de la procédure d'appel à projet pour le renouvellement d'autorisation. La loi impose par ailleurs la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour certains gestionnaires.

Le positionnement et les propositions de l'Uniopss



► Inscrire les conséquences positives de la notion d'ESPIC

La consécration d'une nouvelle notion qui permet de reprendre les contours de ce que sont les actuels établissements participant au service public hospitalier ne suffit pas et doit être complétée par la définition des grands principes applicables pour constituer le régime juridique de ces établissements. Actuellement, ne sont définies que les obligations en termes de continuité et d'égal accès dans le service rendu au patient que ces établissements doivent remplir pour l'ensemble de leurs missions ; leur régime financier, leur positionnement par rapport à l'emploi de praticiens hospitaliers ne sont pas précisés comme ils le sont pour les établissements publics de santé. De manière à aller au bout de la logique et permettre à ces établissements de fonctionner, il convient donc de définir plus précisément le régime juridique de ces établissements et d'inscrire dans le code de la santé publique les contreparties à l'engagement des ESPIC dans la garantie de l'égal accès aux soins et de la continuité des prises en charge.

► Garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs et leur assurer transparence et visibilité sur les « règles du jeu »

Alors que la loi HPST réforme les conditions de l'exercice hospitalier en introduisant une plus grande convergence dans les missions et les modes de régulation entre les acteurs quelque soit leur statut, l'Uniopss tient à rappeler la nécessité de garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs. Cette demande portée en 2006 en ce qui concerne l'existence d'un différentiel de charges depuis reconnu et objectivé par l'IGAS⁴¹ n'a pas été suivie, ce alors même que les établissements de santé de court séjour tarifés à l'activité sont actuellement engagés dans un processus de convergence tarifaire qui devrait tenir compte des différents facteurs de différenciation dans la construction des coûts.

Dans ce cadre de tarification à l'activité, la lisibilité sur la construction des tarifs fait toujours défaut et les conditions de la campagne budgétaire diffèrent d'une année sur l'autre. En outre, si la multiplication des enveloppes fléchées (sous la forme de financements pour les missions d'intérêt général) trouve sa justification dans une amélioration de la rémunération de certaines missions et prises en charge qui sans cela auraient été délaissées (prise en charge hospitalière des personnes en situation de précarité par exemple, cf. 2) ; ces crédits fléchés viennent néanmoins en déduction du montant des tarifs et autres forfaits. L'enveloppe globale ne peut en effet progresser chaque année que de manière limitée. Ainsi, si au niveau macroéconomique, il est possible de constater une progression de l'Ondam hospitalier, au niveau des établissements, nombre sont ceux qui constatent que leur financement stagne, voire baisse rien qu'en prenant en compte l'inflation et le « glissement vieillesse technicité ».

► Stabiliser le financement des associations de prévention et d'éducation à la santé

⁴¹ IGAS, Tarification à l'activité et écarts de coûts entre les établissements publics de santé et PSPH, mars 2007.

Alors que la loi HPST réforme le cadre institutionnel régional en substituant à un certain nombre d'autorités dont le groupement régional de santé publique des agences régionales de santé, l'Uniopss tient à rappeler la nécessité d'apporter des financements stabilisés pour les associations de santé publique. Cela passe par la mise en place d'un financement plus structurel et pluriannuel du projet global des associations, qui compléterait le financement de l'action ponctuelle destinée à s'inscrire dans les priorités régionales de santé publique.

En outre, les conditions dans lesquelles sont menées cette action ponctuelle ne doivent pas obliger à un formalisme exagéré qui demanderait un temps et un investissement sans commune mesure avec le sens et le contenu de l'action.

Conforter le modèle « centre de santé » en particulier par un financement adapté

La vocation d'accès aux soins des centres de santé est pleinement reconnue par la loi HPST. Le débat au parlement a en effet permis de les inscrire dans le Schéma régional de l'organisation des soins ambulatoires, nouveauté importante qui témoigne de la volonté de planifier l'offre de soins dits « de ville ». Avec les aménagements apportés par cette loi qui les reconnaît comme des structures de santé de proximité, dispensant principalement des soins de premier recours, ces centres pourront faire valoir la plus-value de leur action, désormais incarnée par un projet de santé : accessibilité sociale, coordination des soins, actions de santé publique. Ils pourront négocier un Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'Agence Régionale de Santé. Ils sont gérés par des organismes publics et non lucratifs, ce qui confirme leur mission d'intérêt général.

Ces orientations et cette volonté politique nécessitent toutefois d'être confirmées par la pratique, en particulier au niveau de leur financement insuffisant et inadapté à leur mission. Leur financement est en effet assis sur l'acte de soins et ne permet pas de financer la prise en charge sociale, les fonctions support (comptabilité), la gestion du tiers payant généralisé et même les actes en série puisqu'il y a une décote de 50% au second acte, et qu'à partir du troisième au cours d'une même séance l'acte n'est plus rémunéré.

Permettre d'autres modalités que le recours systématique à la formule de l'appel à projet

Dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST, l'Uniopss s'est positionnée contre le recours systématique à la formule de l'appel à projet en ce qu'elle compromettrait la diversité des réponses mises en œuvre sur le terrain. Les cahiers des charges risquent en effet de reproduire les réponses déjà connues des décideurs et de faire l'impasse sur des projets différents - démarche très dirigiste à l'opposé de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social. L'Uniopss a proposé de limiter le recours à l'appel à projet aux cas où, sur un territoire, des besoins de la population ne sont pas satisfaits et où aucun promoteur ne se positionne pour y répondre.

Pour l'heure, il ne faudrait pas que les autorités s'emparent de cette modalité de sélection des projets pour imposer le respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles, ce qui ne favorise ni la professionnalisation, ni la qualification des intervenants.

certaines dispositions contredisent la construction historique du secteur privé à but non lucratif et son essence. En effet, historiquement, le secteur social et médico-social s'est construit à partir d'initiatives d'acteurs de terrain : détectant des besoins non satisfaits de la population, ils se proposaient d'y répondre en cherchant le soutien, notamment financier, des collectivités publiques et organismes de sécurité sociale (cf. 10). La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales et la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont respecté cette démarche ascendante. Certes elle a dû se combiner avec le temps avec une démarche descendante, issue des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et des Priac, par lesquels la puissance publique affiche ses priorités en matière de création, de transformation ou d'extension d'équipements sociaux et médico-sociaux. En outre, la création des fenêtres de dépôt d'autorisation a doté les décideurs publics d'un outil de comparaison entre les projets de même nature déposés à un moment donné.

 ***Développer de véritables conventions dans la relation associations/pouvoirs publics***

L'Uniopss est favorable au développement de « véritables » conventions entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des gestionnaires dans certaines conditions. Dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST, elle s'est positionnée en désaccord avec les dispositions de cette loi qui imposent aux gestionnaires ayant des établissements et services médico-sociaux de conclure un CPOM. L'Uniopss défend le principe de volontariat et le respect du temps de la négociation, base d'un dialogue sain et d'un vrai partenariat. Une telle négociation suppose un accord entre les parties sur des objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser à cet effet. En l'espèce, en imposant au gestionnaire de conclure un contrat d'objectif et de moyens, la disposition envisagée déséquilibre encore davantage la relation entre le gestionnaire et la puissance publique en pénalisant le premier.

10

Promouvoir la participation des associations à la construction des politiques publiques

10.1. Le constat de l'Uniopss en 2006 : les associations ont tendance à être vues comme de simples gestionnaires

L'Uniopss constatait que les associations avaient de plus en plus tendance à être vues comme de simples gestionnaires à qui sont déléguées des missions de service public.

Or ces associations d'organisation et de gestion des réponses à des besoins de la population avaient pourtant fait preuve d'une capacité à observer des besoins et à imaginer des réponses. Ces associations ont - dans le domaine des pratiques addictives par exemple - mis en place les politiques d'information, de prévention et de soins, sans être pour autant des associations d'usagers. Elles bénéficient en effet d'une place privilégiée pour l'observation des besoins, de l'offre effective, et de l'adéquation de l'une à l'autre.

10.2. Les propositions associatives formulées en 2006

Promouvoir la participation des associations à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques de santé

Parce que les associations accomplissent plus globalement une mission d'intérêt général et d'utilité sociale, parce qu'elles dépassent la logique de simple opérateur pour jouer un rôle d'observation sociale, l'Uniopss rappelait que même si elles ne représentent pas forcément les usagers, les associations ont toute leur place pour participer à la construction, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques de santé. Il convenait donc selon elle d'assurer aux côtés de la représentation des usagers qui a toute sa légitimité, la représentation des associations gestionnaires.

10.3. Constat et propositions en 2009 compte-tenu des pistes proposées par les réformes en cours et à venir

Le constat : les associations gestionnaires mises à distance de la construction des politiques publiques




Les dernières mesures en date et en particulier la loi « hôpital, patients, santé et territoires » tendent à mettre à distance les associations de la construction des politiques publiques en les cantonnant à un rôle de simples gestionnaires.

La loi opère en effet un net recul de la concertation entre les pouvoirs publics et les associations de solidarité gestionnaires d'équipements. S'il est vrai que ce texte donne des missions intéressantes aux conférences de territoires, il prévoit cependant la suppression de certains lieux de concertation comme les CROS ou les CROSMS sans garantie que l'intégralité de leurs missions seront reprises par d'autres instances. Les usagers sont associés au conseil de surveillance des Agences régionales de santé mais pas les représentants des gestionnaires.

La proposition faite en 2006 demeure d'actualité



-  ***La participation des associations à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques de santé doit davantage être prise en considération. Les associations attendent ainsi des textes d'application de la loi qu'ils aménagent cette participation des associations.***

Ces réformes invitent également les associations elles-mêmes à assumer pleinement leur rôle et à ne pas se laisser cantonner à la gestion d'équipement. Leur connaissance du terrain, des besoins de la population et des réponses à mettre en œuvre, leur capacité à interpeller les pouvoirs publics sur ce qui marche et sur les failles des dispositifs publics, leur capacité à créer de nouvelles formes de réponses ou à adapter celles qui existent déjà à l'évolution des besoins des personnes, leur ancrage territorial, leur gestion désintéressée... sont un atout.

L'UNIOPSS **Unir les associations pour développer les solidarités**

L'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux) est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique. Depuis 1947, l'Uniopss est présente sur tout le territoire. Elle regroupe **25 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médico-social et sanitaire¹**, au travers de :

- **23 Uriopss** (Unions régionales)
- **110 fédérations et unions nationales** de défense et de promotion des personnes, de gestion d'établissements et de services, de soutien aux activités sociales, sanitaires, médico-sociales et socio-judiciaires.

► **Ses missions :**

- Organiser une **concertation et une représentation transversales** aux secteurs traditionnels de l'action sanitaire et sociale (personnes âgées, personnes handicapées, enfance famille, pauvreté exclusion, santé...);
- Valoriser le **secteur à but non lucratif de solidarité**, en France et en Europe et contribuer à sa modernisation ;
- Veiller aux intérêts des **personnes fragiles** dans la construction des politiques sociales, et faire le lien entre l'Etat, les pouvoirs publics territoriaux et les associations du secteur.

► **Les valeurs qui nous rassemblent :**

- Primauté de la **personne**,
- **Non lucrativité** et **solidarité**,
- **Participation** de tous à la vie de la société,
- **Innovation** dans les réponses sociales, alimentée par l'**observation des besoins**.

► **Les adhérents de l'Union**

Les adhérents de l'Uniopss, des Uriopss et des adhérents nationaux sont des personnes morales à but non lucratif ainsi que les établissements et services qui leur sont attachés. Il peut s'agir de fédérations et de leurs représentants locaux, de personnes morales uniques d'implantation nationale, internationale, ou locale (régionale, départementale, municipale, etc.)

Ces structures ont en commun d'agir dans le secteur sanitaire, social et médico-social, auprès de personnes exclues, ou en situation de précarité, de personnes malades, handicapées, âgées, ou encore auprès de familles, d'enfants ou d'adolescents en difficulté.

Rédaction :
Cécile Chartreau – conseillère technique – 01 53 36 35 10

UNIOPSS

15 rue Albert - CS 21306 -
75214 Paris Cedex 13

Tél : 01 53 36 35 00 - Fax : 01 47 00 84 83

uniopss@uniopss.asso.fr