

**INTERVENTION DE JEAN GIARD
AU DEBAT ADHERENTS ALERTES.**

25 septembre 2008

A l'Assemblée Générale de notre association qui a suivi l'élection du président de la République, nous avons décidé à propos des engagements de celui-ci en matière gérontologique de ne pas « attendre et voir », mais de s'emparer de ces engagements pour en suivre la mise en œuvre avec vigilance, sans des responsabilités, interventions, actions...dans le respect des convictions politiques de chacun.

Notre association a pris position chaque fois que nécessaire sur les différentes mesures prises par le gouvernement comme par exemple les franchises médicales, l'APA, les problèmes de personnel, ...

Ces mesures forment un tout et sont cohérentes.

L'autonomie est un enjeu majeur :

La perte d'autonomie, qu'elle soit liée au grand âge ou au handicap, touche aujourd'hui un nombre croissant de familles, et les perspectives démographiques montrent que les enjeux les plus importants sont devant nous. D'ici 2015, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1 300 000 à 2 000 000, même si l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation de la durée de vie en bonne santé. A partir de 2025, l'arrivée au grand âge des générations issues du baby boom donnera une dimension encore plus importante à la question de leur prise en charge. D'autant que cette arrivée sera marquée par l'arrivée de personnes d'autant plus fragiles qu'elles auront connu la précarité, le chômage...d'handicapés vieillissants et de personnes issues de l'immigration...On compte environ un million de personnes en situation de handicap âgées de moins de 60 ans. A 60 ans toute personne handicapée dépendante change de système de prise en charge, une barrière d'âge dont nous demandons la disparition avec la mise en place du cinquième risque...

La protection sociale en France :

Repartir des « fondamentaux » de la protection sociale : Des valeurs républicaines fondatrices du lien social : liberté, égalité et fraternité, découle un principe de solidarité fondamental : **chacun contribue selon ses capacités pour répondre à chacun selon ses besoins.** C'est ainsi que la protection sociale cherche à compenser les risques de la vie pour assurer aux français une sécurité sur le plan social à travers la couverture de quatre risques de sécurité sociale : **la maladie, les accidents du travail, la famille et la vieillesse.**

A la Libération, le gouvernement tourne le dos aux assurances privées et couvre l'ensemble de la population pour garantir la cohésion nationale.

En 1945, les ordonnances de la Sécurité sociale ont pour but de protéger les individus contre des « risques » de perte de salaire, par suite d'accident, de maladie, de maternité ou de vieillesse. Cette protection de chaque individu dans sa singularité est assurée par le collectif de l'ensemble des citoyens par leurs cotisations, il y a donc à la base de la Sécurité Sociale, **une acceptation par tous les citoyens de la mutualisation des risques**, ceux qui vont bien acceptent de payer pour ceux qui ont des difficultés.

Chacun de ces risques est géré par des organismes spécifiques pouvant couvrir un ou plusieurs risques : les caisses maladie gèrent les branches maladie, et accident du travail ; les caisses vieillesse de la branche couvrent la vieillesse et la survie ; les CAF couvrent la famille et la maternité ; le risque chômage est à part, car géré par les partenaires sociaux dans l'UNEDIC.

Selon la nomenclature des comptes de la protection sociale, on distingue 11 risques dans le système de protection sociale :

Financés à plus de 80% par des cotisations sociales : vieillesse, survie (essentiellement les pensions de réversion), accidents du travail, chômage.

Financés à hauteur de 30 à 60% par des cotisations sociales : maladie, maternité, famille, au financement desquels la CSG a été affectée ; invalidité, logement, insertion et réinsertion professionnelle financés par de contributions publiques

Pauvreté et exclusion sociale non financées par des cotisations.

Mais la mondialisation, la hausse du chômage, la précarisation, entraînent une baisse des cotisations et fin 1970, la problématique du trou de la Sécurité Sociale s'impose.

L'ETAT y fait face d'abord en créant de nouvelles recettes par l'impôt : la CSG, la CRDS...Mais sur le thème de la responsabilisation des usagers, l'Etat se désengage :

1986, le plan Seguin supprime le remboursement à 100% des soins non directement liés aux Affections Longue Durée.

1990, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé conduit à des déremboursements de médicaments.

2004, la réforme Douste Blazy instaure un forfait de 1 euro par consultation et de 18 euros pour les soins hospitaliers les plus lourds et pénalise financièrement les patients en cas de non passage par son médecin traitant.

Plus récemment hausse de la CSG sur les pensions, retraites et préretraites

2008 : mise en place des franchises médicales dont le Président de la Mutualité française disait : « avec les franchises, on sort du champ traditionnel de financement de la santé, de son système solidaire. » Les réactions ont d'ailleurs été très vives de la part des professionnels de santé, des associations d'usagers, des organisations syndicales. Selon un sondage réalisé pour le CISS (collectif inter associatif sur la santé)⁷ français sur 10 sont hostiles à ces franchises.

Les conséquences n'ont pas tardé :

Un article du Monde du 26 Juillet 2008 est intitulé : Sécurité sociale : le temps des inégalités. Rationner les plus pauvres.

Dans son rapport d'Août 2008, la très officielle Direction de la recherche,

des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) écrit : « de 1990 à 2006, la contribution des financeurs (ménages, entreprises et administrations publiques) s'est progressivement modifiée avec un accroissement de la participation des ménages en contrepartie d'une diminution sensible de celle des entreprises et dans une moindre mesure des administrations publiques. Cette hausse s'observe d'avantage pour le risque maladie que les ménages financent désormais à plus de 50%. »

Ce rapport poursuit : « La structure du financement s'est profondément transformée. Jusqu'au début des années 1990, la protection était financée à hauteur de 80% par des cotisations sociales. Durant les années 1990, la part des impôts et taxes affectée dans le financement de la protection sociale a fortement progressé : de 3,5% des ressources en 1990, elle est passée à 21,2% en 2006 alors que le poids des cotisations sociales a diminué pour atteindre 66% en 2006. C'est pour la maladie que les ménages contribuent le plus au financement : 55% des ressources de ce risque proviennent des prélèvements sur les ménages, 35% des entreprises, 10% des administrations publiques »...

Selon le rapport de la mission du Sénat chargé de faire des propositions sur le 5^{ème} risque, le coût du reste à charge pour les familles reste beaucoup trop élevé : il est en moyenne supérieur à 1600 euros par mois. Il est plus important que les ressources du pensionnaire en établissement jusqu'à des niveaux de revenus approchant 2000€ par mois. Près de 80% des personnes en EHPAD doivent faire appel aux ressources de leurs proches pour financer leur prise en charge.

Rapport de la Commission Nationale d'Éthique « Santé, Éthique et Argent ».
Au delà de sa mission fondamentale traditionnelle de soin et d'attention aux patients, qui inclut la prise en charge médicale, l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique, l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au delà de l'obligation de permanence des soins, l'hôpital étant pratiquement le seul service public ouvert nuit et jour. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une politique de santé équitable doit non seulement combattre la maladie, mais aussi assurer à la population un minimum de bien-être et d'épanouissement. Or notre pays présente le paradoxe de faire bénéficier ses habitants d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, mais de compter en même temps des inégalités très importantes au plan sanitaire; l'espérance de vie des personnes les plus défavorisées se rapproche en France de celle de certains pays du tiers monde. Négliger la mission sociale de l'hôpital ferait courir le risque d'aggraver ces disparités socio-économiques. Ces considérations soulignent le rôle essentiel de l'hôpital dans la promotion de la solidarité nationale et le champ de l'action sociale; les contraintes correspondantes doivent donc être identifiées et mesurées indépendamment.

La prise en charge des plus démunis laisse fortement à désirer - par exemple, les personnes atteintes de troubles psychiques, mais aussi les malades âgés, ne bénéficient pas toujours de soins d'accompagnement adéquats :

- L'âge des personnes est souvent un motif pour renoncer à une réanimation ou différer une intervention. Pris en compte isolément, l'âge, est un élément bien trop réducteur pour pouvoir servir de critères de sélection. De multiples références scientifiques démontrent pourtant que l'âge en tant que tel n'est pas un facteur indépendant de pronostic défavorable ; bien au contraire des avantages notables peuvent être retirés d'une intervention rapide permettant de maintenir autonomie et mobilité des personnes âgées fragiles.

Le CCNE recommande

- de réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires.
- de se réinterroger sur la mission primaire essentielle de l'hôpital. Celle-ci a en effet dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de l'hôpital un service public, industriel et commercial qui a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale.
- de ne pas négliger le prendre soin au profit exclusif du soin.

Concernant le « cinquième risque », aussi bien la note du gouvernement du 28 Mai 2008 que le rapport du Sénat nous préoccupent particulièrement en ce qu'ils renoncent à mobiliser la solidarité nationale en proposant l'organisation de la prévoyance individuelle et collective, en maintenant les discriminations fondées sur l'âge et l'origine de la perte d'autonomie. C'est l'idée même d'une cinquième branche de la Sécurité sociale telle qu'elle avait été énoncée par le Président de la République qui est remise en cause.

Ces exemples montrent que nous sommes passés d'un système de protection sociale fondé sur la solidarité, l'universalité et l'intergénérationnel, à un système fondé sur la responsabilisation de l'utilisateur par l'argent, la privatisation des principales institutions, un système de santé à deux vitesses...

Dans sa réponse à une délégation de l'UNRPA, le représentant du ministère a répondu : « la responsabilité des malades et surtout des personnes âgées dans leur volonté de consommation de médicaments. Partant de là la franchise est juste parce que ce sont les malades qui demandent à leur médecin de prescrire leur médicament et le médecin s'exécute pour ne pas perdre sa clientèle... »

C. Lagarde : « Nous verrons arriver de nouveaux mécanismes de financement des retraites et de la santé notamment sous forme de capitalisation ou d'autonomie et d'individualisation de la prise en charge du risque... »

Selon un sondage récent, six Français sur dix estiment que ce système exemplaire est devenu en moins d'une décennie une machine à juger du droit d'accès aux soins selon la fortune et le rang, au lieu de l'accès universel garanti par la nation.

C'est ce constat qui conduit le CISS (collectif inter associatif sur la santé) dans son Livre Blanc à demander une refondation de notre pacte social de santé.