

APICED

« Accès aux soins et couverture sociale : Etat des lieux et perspectives »

Compte rendu de la réunion d'information du 5 octobre 2013

Nombre de participant-e-s : 45 personnes

Intervenant-e-s : **Dominique CARUANA**, CPAM de Rouen, Syndicaliste (Sud Protection sociale) ; **Didier MENARD**, médecin, président de l'Association Communautaire Santé Bien-Être des Franc-Moisins à Saint-Denis, membre du SMG ; **Sylvie PROVOST**, en charge des permanences de proximité à la CPAM 75.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme étant « *un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹ et la santé publique, comme étant « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité* »². Atteindre cet état de bien-être complet qu'est la santé passe donc par la mise en œuvre au niveau de l'Etat de politiques de santé publique permettant de prévenir les maladies et de les soigner. Deux logiques différentes sont alors à l'œuvre : une logique de prévention afin d'éviter les maladies, et une logique de soins afin de les traiter. En France, c'est principalement l'assurance maladie, branche de la sécurité sociale, qui organise les campagnes de prévention et permet l'accès de la population aux soins en procédant au remboursement des dépenses de santé.

I – La couverture sociale via l'assurance maladie

La sécurité sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui est le résultat d'un long processus. Le système actuel, avec son jargon et ses règles, est souvent difficile à comprendre.

A. Présentation globale du système

Au XIX^{ème} siècle, le pays s'industrialise et de plus en plus de gens travaillent dans le commerce et l'industrie. Certains patrons ont alors mis en place une assistance médicale gratuite pour leurs employés et ouvriers. Les sociétés de secours mutuels, ancêtres des mutuelles actuelles, sont légalement reconnues en 1835 et le principe de l'assistance médicale gratuite est institué par la loi du 15 juillet 1893. La présomption de la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail est matérialisée par la loi du 9 avril 1898 : le patron est responsable de la sécurité de ses ouvriers sur leur lieu de travail et doit les indemniser en cas d'accident, même sans faute de sa part. Quelques années plus tard, la loi du 5 avril 1910 instaure, malgré les réticences de l'opinion publique, la retraite à 65 ans pour tous les salariés du secteur privé. Cette retraite est financée par les cotisations des ouvriers et des patrons ainsi que par un apport de l'Etat. Suite aux horreurs de la Première Guerre Mondiale (1914-1918), l'Etat intervient afin d'aider les mutilés de guerre et leurs familles, d'encourager la natalité en versant des allocations familiales et de mettre en place une protection obligatoire sur tout le territoire concernant les risques maladie, vieillesse, maternité, invalidité et décès. Ainsi, la loi du 30 avril 1930 pose le principe de l'obligation d'affiliation, du financement exclusif par les cotisations des salariés et des employeurs - excluant de cette façon l'Etat - ainsi que de l'association des

¹ Préambule de la *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, adoptée le 22 juillet 1946 à New York.

² *Premier rapport du Comité d'experts de la santé publique*, Série des rapports techniques, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, septembre 1952.

partenaires sociaux à la gestion et à la négociation tarifaire avec les médecins. La Seconde Guerre Mondiale (1939-1945) vient ralentir les progrès en matière de couverture sociale et le système sera refondu entre 1944 et 1945.

Dès 1944, le Général De Gaulle charge Pierre Laroque, alors Conseiller d'Etat à Londres et ancien Ministre du travail et de la Prévoyance sociale, de remettre sur pied l'administration française. S'inspirant des modèles allemand et britannique, il élabore un plan complet de sécurité sociale visant à « *assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail [...]* ».

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 instituent le régime général de la sécurité sociale en fusionnant toutes les anciennes assurances existant avant-guerre. Ce nouveau régime général couvre donc les risques maternité, maladie, vieillesse, invalidité, décès et accident du travail, mais pas pour toute la population comme aujourd'hui, juste pour les salariés du secteur privé. Le risque chômage n'existait pas à l'époque, il fallait reconstruire la France, il y avait du travail à foison. Certains régimes de protection sociale conservent cependant leur autonomie, c'est le cas des régimes spéciaux concernant les fonctionnaires, les mineurs, les cheminots, les marins et les travailleurs salariés agricoles. C'est Ambroise Croizat, Ministre du Travail, qui s'occupera de faire appliquer le nouveau régime qui continuera d'évoluer au fil du temps.

Les cotisations des salariés et des entreprises ne suffisant plus à assurer le financement de la sécurité sociale, le 29 décembre 1990 est créée la Contribution Sociale Généralisée, la CSG, taxe venant apporter des ressources complémentaires. Six ans après, le 24 janvier 1996, est créée la CRDS, Contribution au Remboursement de la Dette Sociale, devant amortir la dette de la sécurité sociale. La carte vitale, qui permet un remboursement plus rapide des frais de santé, est mise en place en 1997. La loi du 27 juillet 1999 établit la Couverture Maladie Universelle, dite CMU de base, qui permet aux personnes ne travaillant pas de bénéficier du remboursement de leurs dépenses de santé sur un critère de résidence et la CMU- Complémentaire ; elle crée aussi l'Aide Médicale d'Etat pour les personnes en situation irrégulière.

La sécurité sociale est donc un système couvrant divers risques regroupés en plusieurs branches, la branche famille avec la Caisse nationale d'allocations familiales, la branche maladie avec la caisse nationale d'assurance maladie, la branche retraite avec la caisse nationale d'assurance vieillesse et la branche accidents du travail avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, et reposant sur la solidarité nationale. Elle est gérée de façon paritaire par les partenaires sociaux (syndicats salariés et patronaux) et prend en charge, par le biais de l'assurance maladie, les frais liés à la santé, soit partiellement, soit en totalité, c'est le cas des dépenses liées aux affections longues durées et aux accidents du travail.

B. Comment « ça » marche concrètement ?

• L'immatriculation et l'affiliation :

Pour bénéficier de l'assurance maladie, il faut y être affilié. Pour être affilié à la sécurité sociale, il faut y être immatriculé. Pour les personnes nées en France, l'immatriculation se fait dès la naissance, mais la personne ne prendra connaissance de son numéro qu'à partir de ses 16 ans, à la réception de sa carte vitale. Ce numéro d'immatriculation est unique et à vie. La succession de chiffres a en effet une signification bien particulière : le premier chiffre est 1 pour les hommes et 2 pour les femmes. La seconde série de chiffres indique l'année de naissance, la troisième le mois de naissance, la quatrième le département de naissance (99 pour l'étranger), la cinquième le numéro d'ordre de la commune de naissance dans le département, la sixième le numéro d'ordre de l'acte de naissance dans le mois sur les registres de la commune et enfin, une série de deux chiffres qu'on appelle la clef de contrôle. Lorsque la personne est née à l'étranger, qu'elle ne travaille pas mais qu'elle réside de façon régulière depuis plus de trois mois en France, elle peut s'adresser à l'assurance maladie afin d'obtenir un numéro d'immatriculation. Le simple fait d'être immatriculé ne donne pas droit aux prestations, il faut être affilié à la sécurité sociale, c'est-à-dire, avoir des droits ouverts.

L'affiliation à la sécurité sociale est obligatoire pour toute personne qui réside régulièrement sur le territoire national et qui y travaille conformément à la législation en vigueur. Si le salarié n'est pas immatriculé à la sécurité

sociale, c'est l'employeur qui, lors de sa déclaration préalable à l'embauche auprès de l'URSSAF, va demander son immatriculation. L'URSSAF va transmettre la demande à la sécurité sociale qui, à son tour, va demander un acte de naissance au salarié. L'acte de naissance est une pièce importante puisque c'est elle qui va permettre la composition d'un numéro d'immatriculation unique. Pour les étudiants, l'affiliation à la sécurité sociale étudiante est obligatoire et se fait le jour de l'inscription dans l'établissement où il va poursuivre ses études. Les demandeurs d'emploi indemnisés bénéficient d'une prolongation de leurs droits ouverts lorsqu'ils étaient salariés durant tout le temps de leur indemnisation. Les demandeurs d'emploi indemnisés qui n'étaient pas assurés sociaux lors de leur inscription à Pôle Emploi et les demandeurs d'emploi non indemnisés bénéficient pendant 12 mois des prestations en nature de l'assurance maladie. Les retraités continuent à cotiser comme lorsqu'ils étaient salariés et continuent ainsi de bénéficier de l'assurance maladie.

Les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou toute autre personne à la charge de l'assuré social et sous certaines conditions, peuvent bénéficier de son affiliation au titre de l'assurance maladie à la condition que ces personnes ne puissent relever d'aucun des régimes obligatoires de la sécurité sociale, tels que le régime salarié, étudiant... Ces personnes seront donc qualifiées d'**ayant droit** et bénéficieront des mêmes prestations que l'assuré social. Pour cela, il faut faire une demande de rattachement auprès de la sécurité sociale. Les droits, quelle que soit la qualité de la personne, assuré social ou ayant droit, sont ouverts pour un an et peuvent être maintenus pour une autre année. A l'issue de cette seconde année, si la personne n'a pas tenu la sécurité sociale au courant de sa situation pour faire renouveler ses droits à l'assurance maladie, elle peut les perdre.

Les personnes ne relevant d'aucun régime de sécurité sociale et n'ayant pas la qualité d'ayant droit peuvent bénéficier d'une protection maladie par le biais de la **Couverture Maladie Universelle dite de base**. Pour cela, il faut justifier de trois mois de résidence régulière sur le territoire. La **Couverture Maladie Universelle Complémentaire**, dite CMU-C, qu'il ne faut pas confondre avec la CMU de base, est en réalité une complémentaire santé dont les assurés sociaux à très faibles revenus peuvent bénéficier à condition d'en faire la demande expresse.

• La carte vitale :

Tout assuré social reçoit une carte vitale sur laquelle son numéro d'immatriculation est inscrit et qui comporte un certain nombre d'informations stockées sur sa puce électronique telles que son nom, son prénom, son adresse, s'il a déclaré un médecin traitant ou non et pour combien de temps sont ouverts ses droits. Cette carte permet la transmission informatique des informations entre la sécurité sociale, le personnel soignant et les pharmaciens, et donc, d'être rapidement remboursé. Elle permet également de bénéficier du **tiers-payant** chez les pharmaciens, chez certains médecins et à l'hôpital public, ce qui veut dire que le patient n'avance pas la part remboursée par la sécurité sociale, il ne paie que ce qui reste à sa charge.

• Le système de remboursement :

Le remboursement d'une consultation médicale se fait sur la base du **tarif dit de responsabilité**, également appelé « tarif sécu ». C'est le prix que la sécurité sociale estime normal pour une consultation chez le médecin. C'est donc sur ce prix qu'elle va se fonder pour rembourser le patient. Pour un médecin généraliste, le tarif de responsabilité est fixé à **23€**. Ce tarif est de **25€** pour un spécialiste (sauf pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues pour lesquels le tarif est de 39,70€). La sécurité sociale va rembourser au patient 70% de ce tarif de responsabilité, c'est-à-dire 16,10€ pour le généraliste et 17,50€ pour le spécialiste. En réalité, la sécurité sociale ne rembourse que 15,10€ pour un généraliste et 16,50€ pour un spécialiste car elle retient 1€ sur le remboursement de chaque consultation³ et chaque examen médical (radiologies, analyses biologiques...) et ce, que le parcours de soin ait été

³ La participation forfaitaire d'un euro n'est pas due pour les consultations par un chirurgien-dentiste, pour les soins prodigués par une sage-femme, des auxiliaires médicaux tels que les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmières, les orthoptistes... Elle n'est pas due non plus dans le cadre d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées, ainsi que pour certains actes de dépistages...

respecté ou non. C'est ce qu'on appelle **la participation forfaitaire** qui est destinée à responsabiliser le patient de plus de 18 ans et à participer au financement de l'assurance maladie. Cette participation forfaitaire est également appliquée sur le remboursement des médicaments, à raison de 0.50€ par boîte. La participation forfaitaire est limitée à 50€ par an et par patient. Sont exonérés de cette participation forfaitaire les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. Cette participation forfaitaire est retenue sur les remboursements effectués par l'assurance maladie au patient.

Il arrive que certains médecins demandent plus au patient que le tarif de responsabilité, que leur consultation coûte plus cher que celle des autres médecins, bref, qu'ils appliquent ce qu'on appelle des **dépassements d'honoraires**. Ces médecins ont signé un accord particulier avec la sécurité sociale qui les autorise à pratiquer ce genre de tarifs, on dit qu'ils sont **conventionnés secteur 2**, par opposition aux médecins qui pratiquent le tarif sécu qui eux, sont **conventionnés secteur 1**. Le fait que la consultation soit plus chère n'est pas le gage d'une meilleure qualité et l'assurance maladie ne remboursera le patient que sur la base du tarif de responsabilité. Les frais supplémentaires liés au dépassement d'honoraires resteront donc à la charge du patient. ⚠ Il est donc important de bien se renseigner sur les tarifs pratiqués par le médecin avant la consultation afin de ne pas avoir de mauvaise surprise.

En cas d'hospitalisation de plus de 24h, que ce soit dans un établissement public ou privé, le patient est là encore mis à contribution financièrement afin de participer aux frais liés à son hébergement et à son hospitalisation. C'est ce qu'on appelle le **forfait hospitalier**. Celui-ci s'élève à 18€ par jour en hôpital ou en clinique et à 13,50€ par jour dans un service psychiatrique. ⚠ Cette somme reste à la charge du patient. C'est pour cela qu'il est important de bien choisir sa complémentaire santé et d'être sûr que le forfait hospitalier est bien pris en charge. En effet, la santé est malheureusement fragile et personne n'est à l'abri d'une hospitalisation imprévue et à raison de 18€ par jour, l'addition peut très vite monter.

• **Le parcours de soins coordonnés :**

Le remboursement des frais de santé dépend également de ce qu'on appelle le parcours de soins coordonnés. Afin d'être bien remboursé, il est nécessaire de déclarer auprès de l'assurance maladie un **médecin traitant** au moyen d'un formulaire à remplir. Ce médecin traitant est celui qui va suivre le patient et l'orienter vers des spécialistes si besoin s'en fait sentir. Les patients restent libres de ne pas choisir de médecin traitant, mais ils seront pénalisés au niveau du remboursement. Par exemple, pour la consultation d'un médecin généraliste conventionné secteur 1, l'assurance maladie remboursera au patient, en tenant compte de la participation forfaitaire d'1€, 15,10€ s'il s'agit du médecin traitant et seulement 5,90€, soit 30% du prix de la consultation au lieu de 70%, si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant. Il en est de même pour le remboursement des consultations chez les spécialistes. Si le patient a été orienté par son médecin traitant, la prise en charge par l'assurance maladie sera de 70% du tarif conventionné secteur 1, en revanche, si le patient y va de lui-même ou n'a pas de médecin traitant, c'est-à-dire, qu'il se trouve hors du parcours de soins coordonnés, le remboursement de la sécurité sociale se fera à hauteur de 30% du tarif conventionné secteur 1. Il est donc beaucoup plus avantageux de déclarer un médecin traitant dès lors que le patient atteint l'âge de 16 ans. D'autant plus que cela n'empêche pas d'aller voir certains spécialistes sans forcément passer d'abord par le médecin traitant. Ainsi, si l'on a déclaré un médecin traitant, les consultations chez le dentiste, le gynécologue, l'ophtalmologue, le stomatologue, le psychiatre ou le neuropsychiatre seront remboursées normalement, même en dehors de l'orientation par le médecin traitant. De même, le remboursement reste également normal si le patient se rend chez un autre médecin traitant que celui qu'il a déclaré si ce dernier est absent et que c'est son remplaçant qui est consulté, si le patient est loin de chez lui, en vacances par exemple, ou en cas d'urgence. En revanche, si le patient se rend de lui-même, c'est-à-dire, sans avoir été orienté par son médecin traitant, chez un spécialiste autre que ceux évoqués plus haut, un cardiologue ou un dermatologue par exemple, le remboursement de la consultation se fera sur la base de 30% du tarif de responsabilité.

• Les indemnités journalières :

Lorsque l'on est malade et que le médecin prescrit un arrêt de travail, il faut immédiatement prévenir son employeur, (voire ses employeurs) et lui envoyer par la poste un des volets du formulaire d'arrêt de travail et envoyer le troisième à la sécurité sociale. L'employeur remplira alors une attestation de salaire qu'il transmettra rapidement à la sécurité sociale. Ces démarches sont indispensables pour pouvoir bénéficier des **indemnités journalières**. Comme on ne travaille pas, l'employeur cesse de verser le salaire et c'est l'assurance maladie qui prend le relais afin de ne pas laisser le patient sans ressources. Cependant, il est à noter qu'il existe un **délai de carence**, c'est-à-dire un temps pendant lequel rien n'est versé au salarié. Ce délai de carence est de trois jours et a été mis en place afin de responsabiliser médecins et patients et d'éviter au maximum les arrêts de travail de complaisance. Une fois ces trois jours écoulés, l'assurance maladie versera au patient une indemnité égale à 50% du salaire journalier de base calculé sur la moyenne des 3 derniers salaires bruts précédant l'arrêt de travail. Si le patient a au moins trois enfants à charge, l'indemnité journalière passera à 66,66% du salaire journalier de base à partir du 31^{ème} jour d'arrêt consécutif.

En cas d'arrêt de travail consécutif à un accident du travail, les indemnités journalières sont versées tous les 14 jours au patient, sans délai de carence et sont calculées à partir du salaire brut du mois précédent l'arrêt divisé par 30,42, ce qui donne le salaire journalier de base pris en compte par la sécurité sociale. Pendant les 28 premiers jours d'arrêt, l'indemnité journalière est égale à 60% du salaire journalier de base. Elle est majorée à 80% du salaire journalier de base à partir du 29^{ème} jour d'arrêt.

⚠ Il est important de conserver les décomptes d'indemnités journalières envoyés par l'assurance maladie. En effet, ils font office de bulletins de salaire pour toute la période indemnisée et vous seront utiles pour faire valoir vos droits à la retraite.

C. Comment « ça » se passe pour les frais médicaux qui restent à la charge du patient ?

Ce qui reste à la charge du patient une fois le remboursement de l'assurance maladie effectué est appelé le **ticket modérateur**. Ce ticket modérateur peut être plus ou moins élevé selon que les soins ont été reçus dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non, avec des praticiens conventionnés secteur 1 ou secteur 2... Il existe plusieurs cas de figure permettant d'être remboursé du ticket modérateur :

- Les personnes bénéficiant de la **CMU-C** voient leurs soins pris en charge à 100% et la plupart du temps, le tiers-payant est complet, le patient n'a donc aucun frais à avancer et il ne paie pas le ticket modérateur. De même, le forfait hospitalier est pris en charge sans limitation de durée et la participation forfaitaire ne lui est pas applicable. Quant aux dépassements d'honoraires, ils ne peuvent pas être facturés aux patients ayant la CMU-C. Pour en bénéficier, il faut résider en France légalement depuis au moins 3 mois et avoir des ressources en-dessous d'un certain plafond, 716€ par mois pour une personne seule.
- Les personnes dont les ressources dépassent le plafond de la CMU-C d'au maximum 35% sont éligibles à **l'Aide à la Complémentaire Santé, ACS**. Il s'agit d'une aide financière pour aider les personnes dont les ressources sont trop élevées pour bénéficier de la CMU-C mais restent faibles, à acquérir une complémentaire santé. Pour les personnes dont les ressources dépassent les plafonds de l'ACS, des aides ponctuelles peuvent être débloquées. Il faut pour cela en faire la demande auprès de la CPAM.
- Les complémentaires santé sont de deux ordres. Il y a ce qu'on appelle les **mutuelles**, qui sont des organismes à but non lucratifs basés sur un principe de solidarité et il y a les **assurances** qui sont des sociétés commerciales recherchant avant tout la rentabilité. Les tarifs de ces complémentaires santé varient en fonction de la couverture proposée. Il faut bien vérifier que cette dernière corresponde à vos besoins. Certaines remboursent les dépassements d'honoraires, mais pas toutes. La prise en charge du forfait hospitalier peut être limitée à quelques jours ou quelques mois. Les lentilles de contact, non remboursées par la sécurité sociale, peuvent l'être par la complémentaire santé, de même que les consultations chez

certaines professions tels que les ostéopathes ou les diététiciens, que l'assurance maladie ne prend pas en charge. Ce sont autant de points qu'il faut vérifier lors du choix de la complémentaire santé, en fonction des besoins. La complémentaire santé peut être prise individuellement, mais certaines entreprises négocient des contrats dont elles font bénéficier leurs salariés. Dans ce cas, le salarié peut refuser d'y adhérer si la mise en place d'une complémentaire santé est le résultat d'une décision unilatérale de l'employeur et si une cotisation est demandée au salarié. Le salarié doit alors le faire savoir par écrit à son employeur.

⚠ L'ACS ne fonctionne pas pour ce type de contrat collectif.

- Les personnes ne bénéficiant pas de la CMU-C et n'ayant pas conclu de contrat de complémentaire santé devront s'acquitter elles-mêmes des frais restant à leur charge.

II – L'organisation du système de soins en France : quelques repères

Le système de soins en France est organisé selon une double structure : la médecine privée, qui présente un caractère libéral, et la médecine publique, dispensée notamment dans les hôpitaux publics, orientée vers une mission de service public.

A. Médecine privée

La médecine de ville, dite libérale ou privée, ou encore de proximité, est constituée par le médecin au coin de la rue, le laboratoire d'analyses médicales en bas de l'immeuble, le kiné ou le dentiste qui a son cabinet deux rues plus loin. On parle de médecine libérale car ces médecins ou auxiliaires de santé ne sont pas des salariés de l'Etat ni de l'assurance maladie, ils ont leur propre entreprise, seul ou à plusieurs : leur cabinet médical, et ils doivent faire tourner cette entreprise. C'est donc le patient qui les rémunère en payant la consultation, on dit qu'ils sont payés à l'acte. Le patient, sauf en cas de tiers-payant, se fera ensuite rembourser les frais engagés par l'assurance maladie et sa complémentaire santé. Les médecins installés en ville, s'ils sont conventionnés secteur 2, peuvent pratiquer des honoraires libres et donc être chers pour le patient. D'après la loi, un professionnel de santé n'a pas le droit de refuser de soigner une personne sous prétexte que celle-ci bénéficie de la CMU-C ou de l'AME. En pratique, il arrive fréquemment que l'on se voit opposer un refus plus ou moins direct pour ce prétexte. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à dénoncer la situation à l'assurance maladie et au conseil de l'ordre s'il s'agit d'un médecin.

B. Médecine publique

Parallèlement au système de médecine libérale, le système de médecine publique est construit sur une logique de service public. Il s'agit de faire en sorte que l'ensemble de la population ait accès aux soins. Il s'agit notamment des hôpitaux publics, des centres médicaux sociaux, des dispensaires, des centres de dépistage gratuit du VIH, des centres de Protection Maternelle et Infantile, des centres de santé. Cette médecine est en priorité financée par des fonds publics. Par exemple, les centres médicaux sociaux sont financés par le Conseil général et parfois par les municipalités, de même que les PMI. L'hôpital public lui, est financé par l'assurance maladie, c'est-à-dire, par les cotisations sociales versées par les salariés, les employeurs, et les travailleurs indépendants. Jusqu'en 2004, l'hôpital avait une dotation budgétaire globale. A partir de 2004, le mode de financement a changé et c'est maintenant le nombre d'actes qui est pris en compte par services des hôpitaux, ce qui s'éloigne de la logique de service public.

⚠ Il ne faut pas confondre hôpital public et clinique privée, cette dernière étant une entreprise privée qui ne participe à la mission de service public que dans le cadre des services d'urgences médicales.

⚠ De même, il faut être vigilant lorsque l'on prend un rendez-vous avec un médecin à l'hôpital public car beaucoup d'entre eux portent deux casquettes. En effet, en échange d'une somme d'argent, l'hôpital met à la disposition des médecins ses locaux et son matériel afin que ceux-ci exercent une activité privée au sein de l'hôpital public. Un petit mélange des genres est donc à l'œuvre et **il ne faut surtout pas hésiter à demander le prix de la**

consultation lors de la prise de rendez-vous. Il est à noter qu'aucun dépassement d'honoraires ne peut être demandé au patient qui entre à l'hôpital par le service des urgences et que le tiers-payant y est très fréquemment pratiqué. Cela a pour conséquence que beaucoup de gens confondent les urgences avec la salle d'attente de leur médecin généraliste et engorgent ce service pour un simple rhume car ils n'ont pas de frais à avancer. Enfin, pour les personnes n'ayant pas de protection sociale, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les PASS, ont été mises en place, la plupart du temps dans les établissements hospitaliers.

Enfin, la médecine publique joue également un rôle de prévention. Par exemple, l'assurance maladie offre aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans un rendez-vous de prévention dentaire et prend en charge à 100% les soins qui en découlent. Elle offre également tous les 2 ans une mammographie de dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 à 74 ans. Ces opérations de prévention, même si elles s'effectuent chez des médecins libéraux, relèvent d'une logique de service public et de santé publique. En effet, plus une maladie est diagnostiquée tôt, moins elle est difficile à soigner et moins les frais qui y sont liés sont élevés.

III – Etat des lieux et perspectives, les grandes tendances

L'assurance maladie souffre d'un déficit chronique et croissant et chaque gouvernement y va de sa réforme. Cela a des conséquences sur l'accès aux soins offert à la population et sur la qualité de ceux-ci.

A. Au niveau de l'assurance maladie

En 2004, la loi dite « Douste-Blazy » introduit la participation forfaitaire de 1€ à la charge du patient pour chaque consultation et de 50 centimes pour chaque boîte de médicament. Elle met également en place le parcours de soins coordonnés et le principe du médecin traitant afin de contenir les dépenses de santé et prévoit l'équipement progressif de la carte vitale d'une photo afin d'en limiter les utilisations frauduleuses. C'est cette loi qui crée l'aide à la complémentaire santé.

En 2009 est adoptée la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », la loi « Bachelot », qui a pour objectif de réformer le système hospitalier afin de le ramener à l'équilibre budgétaire. Elle prévoyait une logique de gestion des établissements hospitaliers plus proche de celle qui préside à la gestion des entreprises et une réorganisation des soins entre de grands hôpitaux prodiguant des soins de pointe et des hôpitaux plus modestes se consacrant aux soins de suivi et de gériatrie. Cette loi stipulait également que les médecins des zones sur-dotées devraient assister leurs collègues des déserts médicaux sous peine de sanction financière, mais cette disposition a disparu en 2011.

Chaque année est votée la loi de financement de la sécurité sociale qui cherche toujours à retrouver un équilibre budgétaire, ou au moins à contenir le déficit. Pour cela, les mesures s'enchaînent et de plus en plus de médicaments sont déremboursés, ce qui pénalise les malades. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014 prévoit par exemple la vente des médicaments à l'unité, c'est-à-dire que le patient sortira de la pharmacie avec le nombre exact de comprimés nécessaires à son traitement. Cependant, les pharmaciens, qui sont actuellement rémunérés au nombre de boîte de médicament vendues, ne voient pas cette mesure d'un bon œil. De même, le projet de loi fait état d'une généralisation du tiers-payant, mais là encore, certains médecins libéraux s'y opposent sous prétexte que n'ayant pas d'argent à sortir, un nombre croissant de personnes viendront encombrer leurs salles d'attente alors qu'ils sont en bonne santé.

B. Au niveau du système de soins

De plus en plus de services des hôpitaux publics qui ne sont pas jugés suffisamment rentables, si ce ne sont les établissements eux-mêmes, ferment. Ainsi, en 35 ans, plus de 800 maternités ont fermé, ce qui fait qu'aujourd'hui en France, un quart des femmes enceintes se trouvent à 30 minutes de trajet de la maternité la plus proche. Les

petites maternités ferment au profit d'établissements plus grands qui ne permettent pas la création d'un lien entre les patientes et le personnel soignant et qui sont qualifiées « d'usines à bébés ». De même, de nombreux centres d'IVG sont menacés de fermeture. Les services d'urgence font également les frais de cette politique de rentabilité qui pousse à les regrouper au sein d'un seul et même grand établissement. Or, la fréquentation des urgences ne peut pas, par définition, être régulée et la proximité de ce type de service est nécessaire à son efficacité. Afin d'être plus rentables, les hôpitaux « louent » leurs locaux aux médecins exerçant en libéral. Le prix d'une consultation avec le même médecin dans le même hôpital, le même bureau, peut donc varier dans de fortes proportions selon que le médecin exerce en tant que médecin hospitalier ou médecin libéral. Le temps d'attente avant le rendez-vous varie lui aussi d'autant. L'hospitalisation ambulatoire ou de jour est également de plus en plus privilégiée. C'est-à-dire qu'on garde de moins en moins longtemps les patients à l'hôpital afin de réduire les coûts. Le risque est donc à terme de glisser définitivement vers une médecine à plusieurs vitesses et de passer d'une logique de solidarité à une logique assurantielle : les plus riches seront les mieux soignés.

APPLIED