

## Alerte Santé

### Réponse à la circulaire du Ministère de la Santé.

21/01/2005 - *Communiqué*

...

A partir du 1er janvier 2005, comme le prévoit la contre réforme de l'Assurance maladie, le gouvernement va détériorer notre système de santé en demandant à chacun de modifier son comportement avec un objectif : le privatiser

- ▶ Dès le 1er janvier 2005, si vous êtes âgé de plus de 16 ans, au prétexte de mieux vous soigner et vous orienter rapidement, vous serez contraint de choisir le médecin qui vous suivra personnellement. Ce sera votre médecin sous-traitant. Pour en changer, ce sera délicat. Si auparavant vous aviez un médecin référent coordinateur de vos soins, il vous sera difficile de comprendre l'intérêt d'un tel changement. [1]
- ▶ Les médicaments génériques sont moins chers et tout aussi efficaces. En les utilisant, vous réaliserez des économies importantes, mais tout continuera d'être mis en œuvre pour ruiner ces efforts de substitution : les anciens médicaments génériquables seront moins prescrits au bénéfice de nouveaux médicaments de plus en plus chers. [2]
- ▶ La mise en place d'une aide dérisoire à l'acquisition d'une complémentaire santé, éventuellement privée, ne permettra pas aux plus modestes d'obtenir une couverture complémentaire. Mais le principal est de faire oublier que les assurances privées participent dorénavant au pilotage de l'assurance maladie. [3]
- ▶ Dès à présent, pour éviter de lutter contre les abus d'heures supplémentaires et les dégradations des conditions de travail au détriment des travailleurs, les patients seront culpabilisés, les médecins harcelés alors que les employeurs seront exemptés de leurs responsabilités. [4]

Pour chaque acte médical, quelque soit leur nombre, un euro sera directement déduit des remboursements. Cela touchera les plus malades. Ce sera notre contribution, à nous salariés anciens et actuels, à la mise en place d'une franchise progressivement de plus en plus importante. Cette mystification est destinée à masquer le désengagement des employeurs dans notre salaire différé. [5] Dans le même temps le nombre de bénéficiaires d'ALD va baisser avec la participation contrainte des médecins. [6]

- ▶ Fin 2006, vous testerez la carte Vitale 2. En plus de la photo, elle disposera de tous les composants informatiques nécessaires à l'identification non ambiguë du porteur. Elle sera en quelque sorte votre carte d'identité électronique, contenant accessoirement un volet d'urgence de santé. [7] Même avec une photo, elle n'évitera pas la fraude des employeurs qui ne déclarent pas leurs salariés.

► Croire qu'en 2007, vous aurez ainsi la clef de votre dossier médical vous permettant d'être mieux soigné est une gageure. Il ne remplacera pas la compétence d'un médecin référent, option qui vient d'être supprimée. Par contre les médecins experts des assureurs privées n'apprécieront pas que vous refusiez "librement" l'accès à ces informations médicales (diagnostics, examens, maladies, traitement), quand vous voudrez obtenir un prêt bancaire. Comment ce dossier médical pourrait-il garantir des soins adaptés en toutes circonstances quand l'accès au système de soins est de plus en plus dépendant des ressources financières des malades ? Comment permettra t'il d'être mieux soigné à l'hôpital quand des services hospitaliers sont fermés pour cause de non rentabilité ? [8] Comment favorisera t'il la coordination entre hôpital et médecine de ville quand l'hôpital manque si cruellement de personnel ? [9]

Nous sommes, nous, profondément attachés à notre système solidaire d'Assurance maladie. Nous voulons, nous devons le préserver. Si nous réagissons tous un peu, nous pouvons tout changer.

Parce que cette contre réforme est un enjeu de société majeur pour tous, nous mettons en place des dispositifs qui permettront de mesurer sa nocivité ; nous prenons l'engagement de nous y opposer et de vous tenir régulièrement informés des actions de résistance engagées.

Avec nos sentiments sincères et dévoués, Christian Lehmann, médecin généraliste, Philippe Pignarre, écrivain Dolores Meunier, administrateur de mutuelle Patrice Muller, médecin généraliste Bernard teper, coordonnateur de la Commission Santé Joseph Semet, agent de direction de la Sécurité Sociale Adrien Jave, ingénieur informaticien Patrick Alloux, technicien hospitalier Lucette Guibert, pharmacienne

La Commission Santé, pour le Bureau d'Attac France Montreuil, le 21 janvier 2005

Notes :

[1] *Le but poursuivi n'est pas de faire fonctionner un système cohérent, mais d'en organiser le contournement. Car une fois les généralistes, faute de moyens, mis dans l'impossibilité de faire fonctionner le système coordonné, l'accès direct au spécialiste, tarifé plus cher, sera facturé avec dépassement d'honoraires généralisé. Le système du médecin référent, un système optionnel, souple, volontaire (pour le généraliste et les patients) expérimenté depuis 1997 par 8000 médecins et près de 1.5 million de patients, a été détruit par cette contre-réforme. Pourquoi ? Le système du médecin référent, c'était pour les syndicats de médecins ultra-libéraux un véritable cauchemar :*

- *des généralistes participant activement à des formations totalement indépendantes des firmes pharmaceutiques,*
- *des généralistes pratiquant le tiers-payant généralisé ( permettant un égal accès aux soins à tous, et dérogeant aux sacro-saints principes du libéralisme)*
- *des généralistes prescrivant des médicaments bien évalués sous leur forme la plus économique pour les patients. Oui, un système de santé coordonné, souple, basé sur une assurance-maladie solidaire, pouvait exister, malgré l'opposition constante des syndicats les plus réactionnaires et des firmes pharmaceutiques. C'est pourquoi ce système a été gelé, et sa mort programmée dans deux ans. A moins que patients et médecins généralistes se mobilisent avec force.*

*Christian Lehmann, Médecin généraliste, écrivain, co-auteur du « manifeste : la contre réforme du système de santé : un tissu de mensonges » [www.manifeste-sante-mg.org](http://www.manifeste-sante-mg.org).*

[2] *Douste-Blazy justifie la nécessité des génériques par sa volonté de libérer le prix des « nouveaux médicaments innovants ». Mais comment sont évalués ces nouveaux médicaments ? Pourquoi valent-ils de 10 à 30 fois plus chers que les anciens ? Pourquoi les études comparatives entre nouveaux et anciens médicaments ne sont-elles pas obligatoires ; pourquoi sont-elles souvent absentes des dossiers ? Ainsi, le nouvel anti-inflammatoire Vioxx a-t-il du être précipitamment retiré du marché en octobre 2004 : il aurait provoqué 28 000 accidents cardiaques aux Etats-Unis. Mais combien en France ? Pourquoi les autorités sont-elles silencieuses ? On apprend que les antidépresseurs les plus récents augmentent*

*le risque suicidaire chez les jeunes. Soit les laboratoires n'ont pas fait d'études sérieuses, soit ils ne les ont pas rendues publiques quand elles étaient négatives. Pourquoi faire des économies avec les génériques, si c'est pour accepter de nouveaux médicaments mal évalués, plus dangereux, qui n'apportent aucun bénéfice réel ?*

*Philippe Pignarre, Directeur de la maison d'édition « les Empêcheurs de penser en rond », auteur de « Comment sauver (vraiment) la Sécu », et « Le Grand secret de l'industrie pharmaceutique »,.....*

*[3] L'aide à l'achat d'une complémentaire aura peu d'effets parce que*

- ▶ l'argent qui approvisionne ce fonds vient de la sécurité sociale, de ses prestations sociales supplémentaires,*
- ▶ la sécu reçoit de moins en moins de cotisations car :*
- ▶ les masses salariales baissent,*
- ▶ il y a plus de petits salaires que des salaires élevés,*
- ▶ il y a moins de salariés, plus de chômeurs, plus de temps partiels,*
- ▶ il y a plus d'entreprises exonérées et dans trois ans - dit par Mr Chirac- suppression des cotisations sociales pour les salaires au niveau du SMIG*
- ▶ le coût des complémentaires va sans cesse augmenter. Elles vont rembourser en augmentant les cotisations ce que la sécu va dérembourser. Les organismes complémentaires privés sont entrés dans la gestion de la sécu parce que le marché de la sécu représente plus de 300 milliards de chiffre d'affaire. Pour rentrer dans la sécu, les compagnies d'assurances privées ont besoin des mutuelles ; c'est pourquoi elles se retrouvent représentées au sein de l'UNCAM, organisme de cogestion de la sécu. Mais demain, elles les feront disparaître par absorption, car la concurrence est faussée : les mutuelles solidaires ne pourront pas lutter longtemps contre des sociétés d'assurance qui ont le choix de leur adhérents et qui modulent les tarifs de leurs contrats en fonction des risques et des revenus de leurs clients. Nous ferons tout pour que les mutuelles solidaires continuent d'exister, ....avec votre aide !.*

*Dolores Meunier, Administrateur de mutuelle, animatrice du « comité de résistance mutualiste » [www.union-mutuelles-solidaires.fr/](http://www.union-mutuelles-solidaires.fr/)*

*[4] En 2004, nous avons assisté, dans le contexte des modifications de la prise en charge des problèmes de santé ayant abouti à la réforme de l'assurance maladie, à une entreprise de culpabilisation des salariés et de leurs médecins à propos des arrêts de travail. Le gouvernement, pour cacher son absence de projet de système de santé autre qu'une plus grande libéralisation de l'offre de soins, s'est livré à une campagne médiatique autour des " abus " et des arrêts de travail " de complaisance ", que les salariés obtiendraient facilement de la part de médecins corrompus. S'en est suivie une offensive de multiplication des contrôles des arrêts de travail, contrôles patronaux doublant les contrôles de la sécurité sociale et menant à l'interruption brutale des indemnités journalières sur des évaluations ponctuelles de l'état de santé de la personne ou encore en son absence, réelle ou non (le patient qui dort...) lors de la visite du contrôleur au domicile...*

*Cette campagne et ses conséquences représentent une remise en cause des droits des personnes qui travaillent à prendre du repos pour raison de santé, et de la liberté d'évaluation par les médecins traitants de ce besoin et d'utilisation d'un moyen thérapeutique sans danger : l'arrêt de travail.*

*Dans le même temps, les conditions de travail se dégradent : l'absence d'embauches accompagnant la réduction du temps de travail a entraîné un accroissement de la charge de travail, ce qui n'empêche pas cette réduction du temps de travail d'être aujourd'hui remise en cause, les salariés perdant à la fois l'acquis d'un temps de repos supplémentaire et la qualité de leurs conditions de travail. Les risques au travail sont toujours aussi mal pris en compte, et les situations de harcèlement par les supérieurs hiérarchiques se multiplient. La population des salariés vieillit et la menace du chômage ainsi que la multiplication des emplois précaires ajoutent à la pression exercée quotidiennement sur les salariés.*

*Nous, médecins traitants, prescrivons des arrêts de travail à nos patients lorsque nous le jugeons nécessaire pour recouvrir ou préserver leur santé, et parfois à leur demande. Nous nous heurtons aussi à des patients qui refusent d'arrêter le travail alors que ce serait justifié, parce qu'ils sont inquiets de conserver leur emploi, ou soucieux de l'amputation de leur salaire, ou de la perspective de faire face à une charge de travail accrue à leur retour. Lorsque nous prescrivons un arrêt de travail, nous devons avertir le patient du risque d'un contrôle patronal et les rassurer sur leur droit à se reposer même si la maladie n'est pas objectivable par une prescription lourde ou une des symptômes bruyants... Nous revendiquons le droit pour les personnes qui travaillent de pouvoir s'arrêter quand elles sont épuisées ou malades sans avoir à se justifier, et pour nous, médecins, celui de juger que le travail doit être suspendu pour permettre au patient de retrouver un meilleur état de santé, physique et mental. Nous voulons démontrer que les arrêts de travail que nous prescrivons sont tous justifiés et qu'ils sont le plus souvent liés à des conditions de travail qui mettent en jeu la santé des salariés.*

*Patrice Muller, Médecin généraliste,*

*[5] Pour comprendre cette mystification, il faut savoir que la part des salaires et cotisations sociales dans la richesses produite en une année (PIB) a baissé de 10% en 20 ans, ce qui correspond à 150 milliards d'euros pour un PIB en 2002 de 1559 milliards d'euros.*

*Le néolibéralisme poursuit un double processus :*

- ▶ marchandisation et privatisation généralisées de toutes les activités humaines,*
- ▶ abaissement des la part des salaires( directs et socialisés) dans la valeur ajoutée. Ce double processus entraîne l'obligation pour les néolibéraux d'aller de plus en plus vers le déremboursement de soins : ils développent ainsi une médecine de moins en moins solidaire, une médecine à plusieurs vitesses, élargissant par là même, la fracture sociale. Il convient de comprendre le lien entre cette politique de santé et sécurité sociale et la logique dominante du marché pour comprendre les buts de cette contre réforme.*

*Bernard Teper, Coordonnateur national Attac Santé Sécurité Sociale*

*[6] La manière comptable de réduire les dépenses de l'assurance maladie est de durcir les critères permettant de bénéficier de la prise en charge à 100% au titre des ALD affections longues durée. Pas assez ( ou plus assez) malades, certains assurés "attendront" l'aggravation de leur maladie pour se soigner sans avoir à déboursier le prix d'une complémentaire. Par ailleurs, les contrats proposés par les assurances complémentaires à ces malades pourront être plus chers. Selon la même logique comptable, il y a déjà eu en début d'année dernière, l'arrêt de prise en charge à 100% d'actes pré et post opératoires et baisse de remboursement de certains médicaments. Ce transfert de charge a entraîné l'augmentation des tarifs des mutuelles.*

*Nous voulons la prise en charge à 100% de tous les soins utiles et nécessaires. C'est le contraire qui est mis en place : l'exclusion de la prise en charge à 100% des malades qui en auraient besoin selon des critères que nous n'avons pas décidés.*

*Nous voulons une sécurité sociale solidaire, à chacun cotise en fonction de ses revenus et bénéficie selon ses besoins ; la prise en charge proposée est de plus en plus fonction des revenus. Où est la solidarité ?*

*Joseph Semet, Agent de direction de la Sécurité Sociale.*

*[7] Pour être la clé autorisant l'accès à l'espace sécurisé du DMP (dossier médical personnel) protégeant les données à caractère médical, la carte Vitale 2 devra disposer de tous les mécanismes modernes d'identification et d'authentification du porteur. Son utilisation permettra de formaliser l'acceptation du patient, lors d'accès pour alimenter ou lire des données de santé stockées dans le DMP. Permettant le développement de services à distance hautement sécurisés, distribuée à l'ensemble des citoyens, elle deviendra, de fait, la carte individuelle du citoyen ou carte d'identité électronique. Elle disposera de tous les atouts pour devenir le support idéal pour d'autres usages tels que le commerce ou l'administration en ligne nécessitant une signature électronique (actes notariés, actes commerciaux, actes administratifs certifié, etc).*

*La durée du projet de développement de la carte Vitale 2 est estimée à 2 ans (ouverture à fin 2006) pour un budget avoisinant les 2 milliards d'euros. Il faudra ajouter 600 Millions d'euros par an (soit environ 15euros par individus ou par carte) pour le fonctionnement du système. A titre de comparaison, la carte bleue nettement moins sophistiquée et d'un environnement d'usage extrêmement réduit (les terminaux de paiement) est facturée en prix plancher à 45 euros par an au client du secteur bancaire..... Non seulement l'argent de la sécu est détourné à d'autres fins que la santé des citoyens, mais il est à craindre que tous les chiffres annoncés soit très en deçà de ce que ça coûtera réellement !*

*Adrien Jave, Ingénieur informaticien.*

*[8] L'hospitalisation représente près de la moitié des dépenses de l'assurance maladie. Pénurie de soignants, fermeture de lits et fermeture de services : c'est la situation catastrophique des hôpitaux, résultat de la politique menée par tous les gouvernements depuis la fin des années 80.*

*Dans cette logique, le plan " Hôpital 2007 " va beaucoup plus loin.*

- ▶ disparition de la " carte sanitaire " qui fixait des normes nationales par spécialité médicale*