

Les exclus des soins

Propos introductifs

Claude MONCORGE
Président de Médecins du Monde

Médecins du Monde a souhaité organiser cette table ronde pour poser la problématique de l'accès aux soins des plus démunis. Ce choix semble justifié du fait des nombreuses questions se faisant jour autour de la réforme de la Sécurité sociale. De même, les nombreuses remises en cause de l'AME (aide médicale d'Etat) ou celles concernant la CMU (couverture maladie universelle) inscrivent notre préoccupation au cœur de l'actualité.

Naturellement, nous ne perdons pas de vue la nécessité de considérer plusieurs angles de discussion. Cependant, au regard de l'acuité des problèmes sociaux auxquels sont confrontées les populations défavorisées, il nous apparaît important de prendre en considération une vision globale de la réalité de la pauvreté en France.

Notre positionnement est d'ailleurs conforté par les conclusions du rapport Chadelat (avril 2003), selon lesquelles 15 % de la population, en France, vit avec moins de 700 euros par mois. Malheureusement, au sein de cette catégorie, la moitié est de fait exclue de l'accès aux soins. En effet, les deux dispositifs d'aide étant soumis à des conditions de ressources, seules les personnes justifiant de revenus inférieurs à 566 euros peuvent bénéficier du droit à la santé : l'aide médicale d'Etat est réservée aux étrangers en situation irrégulière et ne concerne que quelque 200 000 personnes ; la couverture maladie universelle vise un public plus important mais ne bénéficie qu'à guère plus de 4,5 millions de patients.

Trop souvent, les hommes politiques ou les médias cristallisent leur attention sur les seuls bénéficiaires de l'AME. Nous constatons cependant la nécessité d'envisager le caractère multiple de la pauvreté et la diversité des populations concernées.

Dans ce contexte, l'entrée en fonction d'un nouveau gouvernement confirme la nécessité de replacer la politique sociale au cœur du débat national. Le précédent Ministre de la Santé, Monsieur Jean-François Mattei, avait désigné cinq catégories de population pouvant bénéficier de politiques de protection spécifiques. Cependant, le projet de loi de santé publique, en cours de discussion, omet de nommer les secteurs souffrant de la précarité et ignore, de ce fait, la question de la pauvreté en France.

Le gouvernement fait montre d'une singulière inconscience des problèmes sociaux. C'est pourquoi il nous apparaît primordial de souligner le besoin d'une revalorisation de la responsabilité politique.

Table ronde

Ont participé à la table ronde :

Anika FICHELLE, Responsable du Service des urgences, Hôpital Bichat

Dominique POLTON, Directrice du CREDES

Bernard MORIAU, Médecins du Monde

Vincent REBEILLE-BORGELLA, Secrétaire général de MG France

Christian SAOUT, Président d'AIDES

Marc ZAMICHIEI, Vice - Président de la Fédération des Mutuelles de France

La table ronde était animée par le Christophe ADAM, Responsable des Missions France, Médecins du Monde

Christophe ADAM

L'un des principaux objectifs de notre débat est de parvenir à définir la place que peuvent occuper, au sein de notre futur système de santé, les populations pauvres. Christian Saout, Président d'AIDES, a fait partie du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. A ce titre, il pourra nous dire dans quelle mesure il a été question de la précarité en France et si le comité a pu établir un horizon complet des pratiques visant à remédier aux problèmes de la pauvreté.

Christian SAOUT

En raison de problèmes de représentation, la question de la précarité n'a pas été directement traitée par le comité. En effet, davantage que des acteurs répondant aux problématiques de la précarité, les associations présentes au sein de l'instance sont des témoins de la réalité sociale. Il manquait certainement à notre groupe de discussion les relais nécessaires permettant d'apporter une vision pertinente de la situation des plus démunis.

En réalité, la principale notion que nous avons souhaité aborder est le principe de solidarité. Nous justifions ce choix, dans la mesure où une manière de résoudre les problèmes de précarité est d'adopter une conception offensive de la solidarité.

Aussi notre préoccupation principale était-elle de désigner les moyens de maintenir un système de soins solidaire. Il était toutefois nécessaire, dans un premier temps, de dresser un diagnostic précis de la situation sanitaire des populations pauvres. Critique, celui-ci pose un bilan sévère.

Il est vrai que nous devons reconnaître des évolutions fort positives. Ainsi, il est indéniable que notre système a contribué au renforcement du principe d'égalité de l'accès à la médecine. A ce titre, il est juste de souligner que nous bénéficions d'une organisation solidaire : ceux qui n'ont pas besoin du système paient pour ceux qui en ont besoin.

Cependant, dans sa structure actuelle, la Sécurité sociale fait montre de sérieux dysfonctionnements. Il est regrettable que son organisation n'ait aucune incidence sur l'offre de soins ou sa répartition. Aussi, il est malheureusement exact que l'affirmation du principe de solidarité n'implique pas la reconnaissance d'une réelle égalité face à l'accès aux soins.

Du reste, de fortes manifestations nous rappellent que notre organisation n'empêche pas l'apparition de multiples inégalités. Il convient de parler de « discontinuités de traitement » : les ruptures peuvent être territoriales, concerner la qualité des soins, leur prise en charge ou entraîner de fortes disparités d'information.

Pallier efficacement ces manques implique de renforcer les mécanismes de solidarité. Or la consolidation de ce système nécessite quelques réformes de fond : la généralisation du service médical rendu à tous les actes médicaux ; l'organisation de soins de proximité ; l'établissement de processus de formation transparents.

La sévérité du bilan doit nous inciter à repenser le principe de solidarité, de sorte que celle-ci soit citoyenne et éclairée. Deux axes principaux doivent nous aider à revaloriser ce principe fondateur de la République : l'utilité fondamentale de la mutualisation des risques doit être de nouveau consacrée ; l'affirmation de cette valeur doit constituer un moteur politique et assurer la cohésion sociale. Naturellement, la réaffirmation de notre confiance dans la solidarité rend nécessaire une forte implication du corps politique et la reconnaissance de l'urgence de débats nationaux.

Christophe ADAM

Christian Saout a souligné que l'objet du « Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie » n'était pas la discussion de la réalité de la précarité. Cependant, Bernard Moriau, en sa qualité d'ancien responsable des Missions France de Médecins du Monde, peut témoigner des problématiques auxquelles sont confrontées les populations défavorisées.

Bernard MORIAU

Je souhaite aborder, dans un premier temps, le fonctionnement des dispositifs d'aide que sont l'AME et la CMU. Je traiterai ensuite plus spécifiquement de la question de la pratique médicale.

La couverture maladie universelle constitue, aux yeux de Médecins du Monde, une excellente avancée. Le dispositif est remarquable en cela qu'il s'insère pleinement dans le cadre d'un système national impliquant l'ensemble des acteurs. Ainsi, l'administration, à qui revient la charge de la preuve, se trouve fortement impliquée. Par ailleurs, il convient de souligner que toute personne se trouvant sur le territoire en situation régulière peut bénéficier de la couverture, alors que ses contraintes s'imposent à tous les professionnels de santé.

Cependant, de nombreux aspects de la loi doivent être améliorés. Le premier d'entre eux concerne la sensibilisation des assurés pouvant bénéficier du régime complémentaire. En effet, notre expérience auprès de cette population nous a montré que plus d'un million de personnes en situation de précarité et pouvant prétendre à la CMU ne s'y trouvent pas affiliées. Nous comprenons que le système pâtit de fortes disparités d'information. En réalité, deux catégories de groupes méconnaissent les conditions d'attribution de ce système d'assurance : les personnes extrêmement marginalisées et les personnes se situant dans la fourchette haute des conditions de ressources imposées. Il nous apparaît donc impérieux de mieux organiser la diffusion de l'information.

L'imposition d'un seuil au-delà duquel il n'est pas possible de bénéficier du régime constitue un second point problématique. Pour éviter l'exclusion systématique des assurés ne justifiant pas des

conditions de ressources requises, deux réponses ont été ponctuellement apportées : l'aide médicale départementale, impulsée sous le ministère d'Elisabeth Guigou, et le contrat préférentiel de sortie. Cependant, trop restrictifs, ces dispositifs n'ont eu que très peu de succès.

D'autres problèmes pratiques affaiblissent le caractère universel du système de couverture. Il en est ainsi du fréquent recours au mécanisme dit du tiers payant, de l'imposition de très courtes périodes de référencement ou des demandes de justificatifs de domiciliation. Enfin, nous devons déplorer le désengagement progressif des organismes paritaires de la gestion de ce régime exceptionnel.

L'AME constitue un second système d'aide aux populations les plus démunies. Cependant, son maintien en l'état ne nous semble pas pertinent : statutairement séparé du système de la CMU, il est générateur d'effets discriminants. Du reste, notre point de vue est partagé par nombre d'institutions. Ainsi le Comité Economique et Social a-t-il suggéré de fondre les deux systèmes de sécurité.

Par ailleurs, une remise en question fondamentale de ce régime nous semble appropriée, celui-ci ne résolvant pas le chronique retard de soins dont souffrent les étrangers en situation irrégulière. Notons, à cet égard, que 20 % des individus de cette catégorie de population ont besoin de soins urgents.

Cependant, au lieu de réformer le régime dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins, de nouvelles dispositions réglementaires pourraient à terme aggraver la situation médicale de populations en détresse. Ainsi devons-nous déplorer les réformes envisagées par le Ministère de la Santé en la matière : la nécessité d'apporter la preuve d'une domiciliation continue sur le territoire depuis trois mois ; la complexification des conditions de ressources ; l'imposition d'un ticket modérateur, consacrant le principe de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation.

Toutefois, aux côtés des considérations financières relatives aux besoins des assurés bénéficiant de régimes d'assurance spécifiques, la question de la pratique médicale doit demeurer centrale. C'est pourquoi Médecins du Monde souhaite développer trois axes visant, d'une part, à renforcer le lien entre les praticiens et les patients, puis, d'autre part, à renforcer la collaboration entre les différents corps professionnels, qu'ils soient issus de la médecine libérale ou non : les PASS (permanences d'accès aux soins de santé), la pratique médicale extra-hospitalière, le développement d'une médecine organisée en réseau.

Dans tous les cas, la mise en œuvre d'une politique d'aide aux plus démunis nécessite une forte volonté nationale. Il est donc important d'interpeller les autorités pour qu'elles mettent en place les dispositions de la loi contre les exclusions.

Christophe ADAM

L'importance de la proportion de personnes souffrant de retards de soins doit nous interdire de n'avoir que des considérations purement financières. De même, il nous semble important de ne pas stigmatiser ces « gros consommateurs de soins » que seraient les bénéficiaires de la CMU. Dominique Polton, économiste au CREDES, va pouvoir nous apporter un éclairage sur les comportements de ces populations.

Dominique POLTON

De nombreux centres de recherche sur l'économie de la santé ont tenté d'établir les conséquences de l'instauration de la CMU sur le comportement de ses bénéficiaires. Nous pouvons essayer d'en dresser les grandes lignes.

Il convient d'abord de faire état d'indéniables progrès. Le plus spectaculaire est, sans doute, l'augmentation du nombre des bénéficiaires du régime complémentaire de base : alors que l'aide médicale gratuite ne bénéficiait qu'à guère plus de 3 millions de personnes, la CMU couvre plus de 4,5 millions d'assurés. Naturellement, il convient de remarquer que les effets positifs de l'établissement de ce régime de soins concernent prioritairement les « nouveaux assurés », ceux qui ne pouvaient bénéficier auparavant de l'AMG.

Cependant, l'amélioration est aussi qualitative et se révèle au travers de l'augmentation du niveau de l'offre de soins initiaux. Il n'est pas négligeable de rappeler que le système national demeure relativement compétitif au regard du marché des assurances complémentaires. A titre d'exemple, soulignons que la CMU offre une meilleure couverture qu'un tiers des acteurs de la place – mutuelles et sociétés d'assurance confondues. Par ailleurs, il est notable que ce système de soins a permis le développement, dans une large mesure, de l'accès à la médecine spécialisée pour les populations pauvres.

Logiquement, la principale vertu engendrée par l'avènement de ce régime spécifique est d'avoir autorisé toute une frange de la population à accéder aux soins de base et à consommer une offre médicale qui auparavant leur était pratiquement interdite. Il n'est toutefois pas exact de dire que les bénéficiaires de la CMU sont à l'origine d'une surconsommation des biens médicaux.

Il est vrai que le panier moyen de dépenses des assurés ayant droit à la couverture maladie universelle est, en moyenne, 80 % plus élevé que celui d'un autre assuré. Ce chiffre n'a qu'une seule véritable explication : les bénéficiaires du régime sont des personnes plus fréquemment malades, nécessitant souvent des dépenses d'hospitalisation très lourdes. En réalité, à état de santé comparable, cette catégorie de la population ne dépense pas plus que les autres catégories de population disposant, par ailleurs, d'une assurance complémentaire santé.

Malgré de nombreux effets positifs, les objectifs d'équité de la CMU ne peuvent être pleinement atteints en raison de la permanence de problèmes structurels majeurs : l'importance des restes à charge, dont le montant revêt un caractère exorbitant pour des populations à très faibles revenus ; la difficulté d'assurer une continuité de l'offre de soins, notamment pour des personnes requérant la désignation d'un seul interlocuteur ; l'imposition d'effets de seuils excluants.

Au vu des difficultés chroniques auxquelles sont confrontées les populations en situation de précarité, il convient de souligner ce qui constitue le principal facteur d'exclusion : l'affiliation ou l'absence d'affiliation à un régime d'assurance complémentaire. Cependant, il importe aussi de préciser qu'en la matière, les questions de solvabilité financière ne peuvent tout expliquer. Des problèmes d'éducation et de comportement face à la dépense médicale entrent également en compte.

Christophe ADAM

D'une certaine façon, le recours aux urgences est l'expression de ce que vient de décrire Dominique Polton : cette pratique est la traduction d'une mauvaise couverture, d'une absence de visibilité du système de soins, ainsi que d'une certaine culture du soin. Anika Fichelle, responsable du service des urgences au sein de l'hôpital Bichat, se trouve aux premières loges pour recevoir les populations défavorisées. Cependant, les centres hospitaliers ne constituent pas forcément les lieux d'assistance les plus appropriés.

Anika FICHELLE

L'hôpital Bichat est situé dans les quartiers nord de Paris. L'origine des patients que nous traitons illustre l'attrait pour la médecine hospitalière des personnes en situation de précarité. Outre les populations du XVIII^{ème} arrondissement et de Saint-Ouen, le centre accueille, dans une large proportion, des personnes originaires du Val-d'Oise.

L'affirmation du principe de l'universalité de l'assistance médicale publique nous oblige à recevoir toutes les personnes s'adressant à nos services. D'ailleurs, dans l'optique d'aiguiller avec justesse les différentes catégories de malades, nous avons établi un système parallèle d'assistance sociale permettant de diriger les patients soit vers les cabinets de médecine générale du centre, soit vers nos spécialistes.

Cependant, l'afflux de personnes lourdement confrontées à la précarité tend à affaiblir notre structure de soins, l'hôpital ne devant pas avoir pour vocation de traiter les pathologies bénignes. Aussi, il nous incombe de réaliser un effort pour convaincre les patients de l'utilité de s'adresser en priorité à la médecine libérale.

Au contraire, nombre de pathologies graves sont insuffisamment traitées. Cela s'explique notamment par la difficulté d'obtenir l'agrément de la caisse primaire d'assurance maladie pour des demandes d'AME. A cet égard, il n'est pas anodin de souligner que tous les dossiers présentés par l'hôpital Bichat, depuis le début de l'année, ont été régulièrement refusés. Naturellement, il résulte du raidissement des autorités administratives une forte augmentation du nombre de créances non recouvrables.

La mise en place de dispositifs incitatifs visant à réorganiser notre réseau de soins nous apparaît d'autant plus impérieuse que les bilans financiers de nos centres sont dangereusement déficitaires et que ceux-ci peinent à accueillir les populations dont les retards de soins sont les plus lourds.

Christophe ADAM

La question de la pratique médicale constitue, à côté du traitement des personnes en situation de grande précarité, une seconde question centrale. A ce titre, il semble nécessaire d'envisager un relais entre l'hôpital et la médecine libérale, de sorte que les patients ne pouvant être reçus au sein des structures hospitalières puissent être soignés par les médecins de ville. Vincent Rebeillé-Borgella, Secrétaire général de MG France, pourra, sans doute, nous apporter un éclairage utile sur la pratique des médecins libéraux.

Vincent REBEILLE-BORGELLA

Exerçant la médecine libérale dans un quartier HLM de la banlieue lyonnaise, je connais personnellement la réalité des personnes en situation de précarité. Aussi, je tiens à préciser d'emblée que nous recevons dans une très large proportion cette population pauvre, qu'elle bénéficie ou non du dispositif de la CMU.

Cependant, nous constatons que cette catégorie de la population hésite fréquemment à se diriger directement vers la médecine de ville. Nous comprenons qu'elle est confrontée à une conjonction d'écueils rendant aléatoire la consultation d'un médecin libéral : le renouvellement de la charge incombant au patient ; l'impossibilité financière d'accéder aux soins para-cliniques ; la difficulté pratique de s'adresser à un spécialiste, celui-ci étant fréquemment classé en « secteur 2 ».

Ces problèmes constituent autant de barrières d'accès aux soins et créent, de fait, une discontinuité dans l'offre de soins et de fortes disparités de qualités dans l'offre de soins.

Pour pallier les graves ruptures que nous connaissons, MG France propose une forte régulation du système rendant possible de meilleurs remboursements. Aussi proposons-nous une réforme en deux points. D'une part, appelé à devenir le pivot du système, le médecin généraliste se voit confier la globalité du traitement du patient. D'autre part, nous proposons le développement et la généralisation progressive du principe du tiers payant.

Cependant, l'effort d'éducation du patient constitue un préalable nécessaire à l'instauration d'un système de soins organisé en réseau autour du médecin généraliste.

Christophe ADAM

Le besoin impérieux d'organiser notre système de soins dans un sens de qualité et d'efficacité étant posé, il est utile de prendre en compte la dimension politique de la Sécurité sociale. Marc Zamichiéi, Vice-Président de la Fédération des Mutuelles de France, peut nous présenter la manière dont les organisations mutualistes doivent envisager la gouvernance d'un système rénové et équitable.

Marc ZAMICHIEI

D'avantage que les problèmes de financement et d'organisation, deux questions doivent nous préoccuper dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie : la réduction des inégalités et la production du lien social.

Force est de constater que, malgré l'instauration de la CMU, notre système de santé ne réduit pas les inégalités. Résorber les disparités de traitement dont souffre la population est particulièrement impérieux, dans la mesure où plus une personne est en difficulté, plus elle cumule les obstacles dans ses démarches pour accéder aux soins. Aussi apparaît-il important de souligner qu'une politique de santé efficace doit prendre en compte toutes les inégalités et ne pas traiter seulement les formes d'exclusion.

Pour trouver des solutions efficaces permettant d'endiguer la croissance des inégalités et permettre la résorption de celles-ci, une forte responsabilisation de tous les acteurs du système est nécessaire.

Il est donc primordial de leur accorder du crédit, de leur donner les moyens de participer activement dans les processus de mutualisation des risques sanitaires. La concrétisation d'une politique sociale ambitieuse nécessite que nos institutions n'agissent plus comme de simples institutions : les organismes complémentaires, les mutuelles, les caisses primaires doivent agir ensemble, de sorte que les choix en termes de santé publique soient discutés et également partagés.

Il n'est pas inutile de rappeler, par ailleurs, qu'une réforme efficiente du système doit permettre l'établissement d'une prise en charge globale et complète des besoins des assurés. L'affirmation de ce principe est d'autant plus nécessaire que la permanence de restes à charge pour les personnes démunies contribue à rendre inégalitaire notre organisation de sécurité sociale.

Cependant, l'assurance maladie mérite également d'être réformée car elle ne parvient plus à produire du lien social : la protection collective est devenue inopérante. Le développement des prestations sous conditions de ressources, l'émergence de systèmes spécifiques aux dépens des systèmes globaux, a eu raison du principe initial de solidarité.

C'est pourquoi il nous semble nécessaire de revaloriser le système et de réaffirmer son caractère universel.

Christophe ADAM

De même que Christian Saout a évoqué la nécessité de créer une solidarité éclairée, nous pouvons, en guise de conclusion, poser le principe d'une solidarité responsable.

Questions

De la salle, un médecin généraliste libéral, praticien hospitalier et responsable de « Créteil Solidarités »

Il est possible et souhaitable de travailler en vue d'améliorer l'offre de soins, de la mettre en cohérence. Cependant, il est également important de faire porter nos efforts sur une amélioration de l'information fournie aux assurés.

Il me semble essentiel d'insister sur la nécessité de l'implication de toutes les parties. Il ne revient pas, à mon sens, aux seuls médecins généralistes d'assurer l'éducation des patients. Par ailleurs, la multiplicité des pathologies que nous devons traiter au sein de nouvelles unités spécialisées – dont les PASS sont des exemples – doit placer le travail en réseau au cœur de nos préoccupations.

Je souhaite également témoigner de la pratique médicale au sein des centres hospitaliers et souligner les problèmes auxquels sont confrontés les praticiens devant gérer les permanences d'accès aux soins de santé. Au sein de mon hôpital, cet accès est régulièrement refusé par l'administration. La difficulté de soumettre des dossiers aux instances de direction doit nous inciter à recentrer la fonction de ce dispositif particulier posé par le PASS. Nous ne devons notamment pas oublier qu'il ne peut avoir pour vocation d'instaurer un système d'aide permanent. Par ailleurs, l'appui apporté à des personnes en état de grande détresse ne peut être que ponctuel, de sorte qu'il vise rapidement la réinsertion du patient dans la vie active. L'aboutissement d'une réflexion sérieuse autour de l'utilité de ces centres d'accueil conditionne inévitablement leur maintien.

De la salle, Médecins du Monde

Le gouvernement justifie ses choix concernant la politique de santé publique en invoquant les lourds déficits dont souffre l'assurance maladie. Ainsi, l'argument selon lequel les dispositifs en place sont trop onéreux sert de base aux autorités pour expliquer les réformes de la Sécurité sociale et la refonte de l'AME.

Cependant, il est souvent omis de préciser les raisons des déséquilibres que nous connaissons actuellement. Ils sont la conséquence de la conjonction de trois facteurs : l'augmentation des honoraires pratiqués par les médecins libéraux ; l'application des 35 heures ; l'amélioration du remboursement des médicaments essentiels dits génériques.

Aussi, poser le problème du déficit contribue à biaiser le débat. En réalité, la question centrale consiste à savoir si notre système est efficace, s'il est inutilement coûteux. Les frais de gestion de l'institution, ses coûts de gouvernance, ne semblent pas exorbitants au regard des structures qu'imposeraient des groupes d'assurance privés. Le coût serait, dans cette perspective, d'autant plus élevé pour la collectivité que ces compagnies doivent instaurer des systèmes sélectifs et exclusifs.

Par ailleurs, à l'aune de la situation en vigueur chez nos voisins, il semble que la Sécurité sociale fasse preuve d'une certaine efficacité et qu'elle n'usurpe pas sa réputation d'être un des meilleurs systèmes de soins au monde. Près de 10 % du produit intérieur brut sert à son financement et nous pouvons considérer que son budget n'est pas dépensé en vain.

De la salle, une administratrice de la CPAM de Paris en qualité de « personne qualifiée »

Il me semble important de remettre en perspective le coût de l'AME au regard du budget global des caisses primaires d'assurance maladie. A ce titre, les chiffres communiqués par le centre de Paris sont révélateurs : alors que le budget, pour l'ensemble des prestations de la caisse, s'élève en 2003 à plus de huit milliards d'euros, l'enveloppe accordée au financement de l'aide médicale d'Etat n'est que de 126 millions d'euros.

Par ailleurs, il est d'autant plus nécessaire de faire preuve de précision que le budget de l'AME n'est pas à proprement parler financé par le système de la Sécurité sociale.

De la salle, un spécialiste de l'assurance maladie à l'IRES

Mes travaux m'ont permis d'établir des études comparées des systèmes français et scandinaves, ce dont je souhaite faire état.

L'étude des systèmes de soins des pays nordiques est intéressante en cela qu'elle révèle l'existence de poches d'inégalités persistantes, et ce alors que les Scandinaves sont réputés pour offrir historiquement un accès aux soins de base libre et gratuit. Aussi est-il important de rappeler que si l'universalité du service médical est une condition de l'instauration de systèmes égalitaires, elle n'est en aucun cas une condition suffisante.

La pratique médicale scandinave se révèle, par ailleurs, riche d'enseignements car elle nous apprend à mettre en valeur non plus seulement l'éducation des malades mais aussi celle du personnel soignant. Nous devons veiller à ce que les discours des professionnels soient intelligibles et puissent s'adapter en fonction de l'origine du patient.

Cependant, le débat relatif à la réforme de l'assurance maladie me préoccupe également. Aussi, je souhaite reposer les bases du rapport Chadelat. Celui-ci préconise la création d'une couverture maladie généralisée (CMG) fondée sur deux socles : l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire dite de base (AMC).

Dans les faits, cette double architecture existe déjà dans le cadre de la CMU, puisque le dispositif a engendré une assurance complémentaire (CMUC). 85 % des bénéficiaires de la CMU s'affilient également auprès du régime complémentaire qui lui est attaché. L'étude de ce système spécifique prouve toutefois une réalité méconnue : la sélection des assurés.

En effet, il est démontré que les assurances privées écartent bon nombre de bénéficiaires de la CMU et refusent de leur souscrire une couverture complémentaire. Par ailleurs, ces groupes réalisent des profits en couvrant cette clientèle particulière, dans la mesure où le coût d'une complémentaire privée est inférieur à la ristourne accordée par l'Etat dans le cadre du dispositif d'aide posé par le régime.

Marc ZAMICHIEI

Il existe des différences fondamentales de pratique entre les mutuelles relevant du Code la mutualité et les sociétés d'assurances : au contraire des groupes privés, les mutuelles offrent un

service universel. Notre apport au sein du système de soins est remarquable en raison de son caractère non discriminant.

Pour illustrer l'absence de préoccupations purement financières de la Mutualité, il est intéressant de comparer le coût des charges hospitalières dans les bilans respectifs des compagnies d'assurances privées et des mutuelles. Le nôtre s'avère naturellement beaucoup plus élevé.

De la salle, un responsable de « Mission SDF » à Médecins du Monde

L'instauration de la CMU a permis de remarquables progrès dans le taux d'équipement d'appareils médicaux des patients. Le développement des audioprothèses illustre les succès en la matière du dispositif. Cependant, il révèle aussi ses limites : les besoins demeurent quatre fois plus importants que l'offre.

De la salle, un bénévole au sein d'une association d'aide aux étrangers en situation irrégulière

Je souhaite exprimer mon étonnement face aux multiples refus que nous devons essayer à l'occasion de demandes d'AME présentées auprès de caisses primaires ou même de pharmaciens. Naturellement, nous nous demandons si ces rejets sont motivés et s'ils peuvent faire l'objet de recours.

De la salle, un membre du GISTI

Les refus opposés par l'administration concernant l'octroi des aides médicales d'Etat sont consécutifs à la préparation d'un projet de loi visant à abroger le « principe déclaratif » des motifs apportés par le demandeur. Cependant, le texte n'ayant pas reçu l'aval de la CNAM, le décret n'a aucune force réglementaire.

Dans le cas d'interprétations libres et abusives des textes en vigueur, un double recours doit être entrepris. Ainsi, deux autorités peuvent être saisies simultanément : la commission départementale d'aide sociale et le préfet. Ce dernier a la possibilité d'exercer un contrôle de légalité et peut contraindre l'administration à réaliser un nouvel examen de la demande.

De la salle, un assistant social à la Mairie de Paris

En tant qu'interlocuteur des caisses primaires d'assurance maladie, je peux témoigner de l'existence d'un vide juridique nous permettant d'appuyer par tout moyen les demandes d'AME. Ainsi, en sa qualité d'employé des services sociaux municipaux, un assistant social a la possibilité de certifier la présence en France, depuis plus de trois mois, d'un demandeur. En l'absence de textes précis et non contradictoires, sa seule attestation constitue une condition suffisante.

De la salle, le président de MG 93

Je déplore la politisation de certaines caisses primaires d'assurance maladie. En effet, des présidents de centre semblent faire du durcissement des conditions d'accès aux soins un combat personnel. En outre, il est regrettable d'assister, du fait de cette évolution néfaste, à l'établissement

systematique de processus de négociation ou de marchandage, étrangers au principe de responsabilité.

En Seine-Saint-Denis, l'actuel mandataire souhaite développer le système du médecin référent. Il ne se préoccupe cependant guère de sa responsabilité, le financement du dispositif revenant au Conseil général.

Christophe ADAM

Après ces échanges, il peut être utile de revenir sur la question d'une pratique des soins ressourcée. A ce titre, nous pouvons rappeler que Médecins du Monde s'est positionné très tôt en demandant, dès 2002, la création de structures sociales de proximité.

Bernard MORIAU

Pour Médecins du Monde, il apparaît primordial de repenser notre pratique de la médecine. Cependant, cela nécessite une forte capacité à accepter un changement de mentalité. En outre, il importe de prendre en compte les contraintes temporelles : l'éducation des patients, la réalisation d'efforts de pédagogie auprès de populations défavorisées, constituent des engagements à long terme.

Notre organisation a l'expérience du traitement des populations tsiganes. Notre pratique a montré que l'enseignement d'une culture du soin ne peut se réaliser que sur une longue durée, prenant en compte des périodes de cinq à dix ans.

De la salle

Travailler auprès des populations désocialisées, en situation de grande précarité, nous aide à fonder les bases d'une nouvelle médecine, assise sur la reconnaissance des principes de proximité et de qualité.

De la salle

Nous avons traité, au cours de ce débat, des questions relatives à la pauvreté et au renforcement du lien social. Il me semble important de souligner le caractère courageux de cette approche.

Cependant, il n'est pas moins vrai que les questions de santé nécessitent un traitement global. Or l'actuelle architecture du système est défectueuse et ne peut répondre qu'à des objectifs ponctuels, dans la mesure où une forte coordination de tous les intervenants n'est pas imposée. A cet égard, la répartition des compétences locales révèle le manque de cohérence de l'organisation du réseau d'assistance : alors que la région a compétence dans les domaines de santé, le département intervient sur des questions purement sociales.