

JEUDI 12 FEVRIER 2009 A 22.45 : FRANCE 2

L'accès aux soins en danger

*Documentaire. Réalisé par Jacques Cotta et Pascal Martin.
Scénario de Jacques Cotta et Pascal Martin.
Produit par France 2.*

Le professeur André Grimaldi, mondialement connu, patron du service de diabétologie à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, exprime un point de vue médical, déontologique et éthique. Le serment d'Hippocrate n'est pas un vain mot. L'économiste Jean de Kervasdoué, spécialiste des questions de santé, écouté de tous les gouvernements depuis 1981, fait parler les chiffres. Nicolas Sarkozy exprime sa vision de la santé. Roselyne Bachelot parle de la mise en oeuvre de la politique gouvernementale. Et François Fillon exprime ses priorités. Et derrière tout cela, quid des malades confrontés à l'accès aux soins ? Bruno Pascal Chevalier a écrit aux ministres, au président de la république même. Comme lui, Janine, Bruno, Eric, Alexandre et bien d'autres, aux quatre coins de la France expriment leurs difficultés, parfois invraisemblables au regard de leur pathologie... Affections bénignes, affections graves prises en charge à 100 % sont concernées... Le 100 % justement, qui concerne notamment le cancer, le diabète, le sida, remis en cause avec les franchises médicales, les remboursements, les dépassements d'honoraires, mais plus, avec les retenues par la sécurité sociale qui reprend d'une main ce qu'elle octroie de l'autre. Ce qui est vrai à Paris ne l'est pas moins en province. De Lure à Lézignan, de Clamecy à Juvisy, quid des fermetures de services hospitaliers, de maternités, de chirurgies, etc. Pour les populations concernées, les arguments comptables ont souvent du mal à passer.

Petite histoire édifiante de la Sécu, ou comment "Sarkozy m'a tuer..."

Jusqu'aux années 80, il existait déjà un moyen pour responsabiliser les assurés sociaux qui s'appelait –et s'appelle encore - **le ticket modérateur** : il semblerait que même notre président l'ait oublié. Le patient devait se payer une assurance complémentaire s'il voulait pallier les frais entraînés par ce ticket modérateur, afin de ménager sa bourse. Les assurances privées ont tout de suite compris et profité de cette porte d'entrée sur le marché de la santé.

Coût de la Sécurité sociale, mécontentement des professionnels : s'y rajoute, dans les années 80, la création du secteur 2, avec l'apparition **des dépassements d'honoraires**, puisant de nouveau à même le portefeuille des familles. Depuis, ces dépassements sont devenus une nouvelle manne pour les assurances complémentaires...

Jusqu'en 2005, les *déremboursements*, les augmentations du *forfait hospitalier* et autres mesures, l'explosion des dépassements d'honoraires font croître le fardeau à la charge des familles, en partie par le biais des assurances complémentaires et, néanmoins, leur part de marché ne leur suffit pas encore !

Depuis 2005, les réformes visent cette fois-ci à alléger le portefeuille de l'assuré exclusivement, avec le concept du *médecin traitant* et du *parcours de soins* et en guise de sanction - celle de son « non-respect »-, par les *franchises* et les *forfaits multiples*, ainsi que l'interdiction faite aux complémentaires d'en assurer le remboursement : ces mesures alourdissent directement la part des dépenses de santé dans le budget familial... C'est pour mieux responsabiliser les patients, « c'est pour mieux te manger mon enfant » ! Les tarifs deviennent si nombreux qu'il est impossible pour un assuré lambda d'en comprendre la logique. Dans le même temps, apparaît une parcellisation des contrats d'assurance santé qui permet aux assureurs d'en augmenter le coût tout en diminuant la couverture. La couverture sociale se transforme peu à peu en assurance avec franchises et la Sécurité sociale s'appelle désormais Assurance Maladie.

Etre malade devient un luxe !

Au niveau territorial, après une courte période de développement de services de proximité, on décrète que seuls les gros centres sont « sécurisés » (ce qu'aucune étude ne vient démontrer) et on en profite pour fermer tous ces hôpitaux et maternités de proximité : plus de 250 établissements sont ciblés, même des tout neufs ! On vise en fait à créer des zones de désertification propices à l'installation, dans un temps second, de structures privées tellement rentables pour les actionnaires et tellement inaccessibles pour le tout un chacun...

Pendant ce temps, au niveau des cliniques et des hôpitaux, on pousse les professionnels à la consommation, par le biais d'actes coûteux, selon la T2A, afin que leurs services survivent ! C'est ainsi que l'on induit la gabegie dans la consommation de soins, par un système de paiement à l'acte sophistiqué qui ne tient aucunement compte de la globalité du soin dans la prise en charge du patient : on calcule son efficacité dans des cumuls d'actes....

Quant aux chiffres du déficit... Les allègements de charges sociales s'entassent mais pas leurs compensations par l'Etat : lorsque le gouvernement accorde un allègement, il promet de compenser le manque à gagner pour la Sécu l'année de cet allègement, mais en fait, il s'agit d'une perte définitive dont la compensation n'est pas renouvelée ! Le déficit se creuse et l'on recommence l'année suivante...

Alors notre Sécu n'est plus viable, les amis de Monsieur Sarkozy et leurs yachts ont réussi à la couler. Et les pauvres, les malades n'ont plus qu'à crever.