



Yvelines à gauche

journal d'information des Socialistes des Yvelines

EDITORIAL

N°12

SANTÉ, POUR UNE EGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

En matière de santé, le bilan de la droite n'a eu pour résultat que d'aggraver l'inégalité d'accès aux soins, dans tous les domaines. Cette inégalité s'est traduite évidemment sur le plan social avec la remise en cause insidieuse de la Couverture Maladie Universelle, de l'Aide Médicale, l'exclusion des plus démunis et en particulier des demandeurs d'asile.

Mais c'est aussi au nom d'une logique strictement comptable que les inégalités s'accroissent sur le plan des territoires. Le fameux plan Hôpital 2007 est un échec patent et inquiétant sur le plan financier avec une aggravation des déficits pour plus de la moitié des hôpitaux. La qualité des soins est remise en cause, la chirurgie publique régresse et les déserts médicaux s'étendent.

Un exemple dans notre département avec le bilan d'un regroupement officiellement animé par une volonté d'harmonisation et de complémentarité et qui aboutit à la disparition de services entiers, tout en faisant la part belle au secteur privé.

L'inquiétude est grande à Saint Germain et dans les villes voisines, autour de l'avenir de son hôpital. Après les urgences de nuit fermées en Mai 2002, après la fermeture définitive de la maternité en Décembre 2003, après le transfert du service gynécologie à Poissy en Décembre 2006, le projet présenté à la fin 2006 prévoit encore le départ des services pédiatrie, des urgences pédiatriques, de la cardiologie et l'unité de soin intensif cardiaque.

Que va-t-il rester de l'hôpital de Saint Germain ?

Nous ne pouvons nous résigner devant cette situation et rappeler que près de 300 000 habitants ont le droit de résider à proximité d'un hôpital, d'une part pour les urgences mais également parce qu'il constitue un centre capital où se fédèrent les réseaux de santé d'une ville. Sans véhicule et sans transport en commun, comment accéder aux urgences et aux soins ?

Les orientations actuelles font la part belle au secteur libéral, puisqu'elles prévoient l'installation de deux cliniques privées, dans l'enceinte même de l'hôpital. Tout en bénéficiant des plateaux techniques financés par l'argent public, elles réalisent déjà une très confortable opération immobilière...

Cette « coexistence privé-public » ne fait qu'illustrer la mise en œuvre d'un système à deux vitesses, qu'il nous faut absolument condamner.

Ces faits attestent de la dégradation partout du système de soins, y compris, dans des villes plutôt privilégiées ...

Dans ce combat, nombreux sont les citoyens qui n'acceptent pas la mise en place de cette politique qui tourne fondamentalement le dos à une véritable politique de santé publique.

Les propositions des socialistes constituent une alternative urgente à mettre en œuvre !

Patrick ABISSEROR

Secrétaire de section Achères
Candidat à l'élection législative
dans la 6^{ème} circonscription



Inscrivez vous sur :

<http://www.yvelines.comite-segolene.fr/index.php?p=1>



SOMMAIRE

Les propositions de Ségolène Royal	2
La sécu, c'est quoi ?	4
La Sécu va mal... quand les libéraux s'en occupent !	5
Médecine et Prévention de Proximité	6
Consommations de soins et précarité.	8
La santé en chiffres	10
Que propose Ségolène Royal pour l'hôpital public ?	12
Vers un hôpital rentable ?	12
Prendre en charge le vieillissement, le grand défi de Ségolène Royal	13
Changer le regard de la société sur le handicap !	15
Santé et Environnement	16
Dignité	16
Billet de mauvaise humeur pour un dimanche noir !	17

Fédération du Parti socialiste

47 rue Aristide Briand
78130 Les Mureaux.
Tél : 01 34 92 01 85

<http://www.parti-socialiste-78.info/fede/>

Pour écrire à Yvelines à gauche :

yag@parti-socialiste-78.info

Blog de campagne

<http://segolene78.com/>

Les propositions de Ségolène Royal

La santé pour tous

36 - Mettre en œuvre un grand plan de prévention et de recherche des maladies graves (cancer, SIDA, Alzheimer, maladies orphelines). Un grand plan de prévention des maladies graves sera mis en œuvre. Pour le cancer, la détection précoce sera généralisée. Pour le SIDA, une politique de prévention ciblée très active sera généralisée, et une fondation nationale associant financement public et privé sera créée. Dans le cadre de l'investissement prévu en faveur de la recherche, le secteur de la santé sera privilégié, en particulier quant aux sommes consacrées à la recherche sur les maladies graves. Cet effort reposera essentiellement sur la recherche fondamentale et clinique publique, en partenariat avec le secteur privé, et s'inscrira dans une dynamique européenne.

37 - Assurer de façon pérenne le financement de l'hôpital public, de manière à lui permettre de faire face à toutes ses missions en veillant à l'égalité territoriale d'accès aux soins : Un changement de cap est nécessaire, il suppose une réforme de l'ONDAM. Les évolutions devront s'appuyer sur une concertation avec toutes les parties, en particulier les personnels, aujourd'hui absents des processus de décision.

38 - Créer des dispensaires, notamment dans les zones rurales : La mise en place de 500 maisons de santé interviendra, par priorité, dans les « zones d'ombre » de l'offre de soins. Ces lieux nouveaux, fondés sur l'excellence, auront vocation à regrouper plusieurs types de professionnels, médecins, spécialistes et professions paramédicales, voire travailleurs sociaux, afin de compléter leur offre de soins par d'autres types d'intervention, en particulier en éducation à la santé.

39 - Mettre en œuvre une carte santé jeune 16/25 ans ouvrant droit à la gratuité d'une consultation par semestre. Contraception gratuite pour les jeunes femmes de moins de 25 ans. La « carte santé jeunes » et la contraception féminine pour les jeunes femmes de moins de 25 ans permettront d'assurer l'égalité de traitement entre tous les jeunes Français, qu'ils soient étudiants ou non. Elle n'aura pas vocation à se substituer aux régimes d'assurance-maladie existants.

40 - Renforcer les moyens de la médecine scolaire et universitaire, et de la médecine du travail. Mise en place de moyens humains supplémentaires en milieu scolaire; indépendance de la médecine du travail vis-à-vis de l'employeur sur des bases à définir par la négociation entre partenaires sociaux.

41 - Réaffirmer le droit à la CMU et sanctionner les refus de soins. Le droit à la CMU sera réaffirmé, et les tempéraments fixés par la loi pour limiter son champ d'application seront revus. Une plus grande sévérité à l'égard des praticiens refusant de soigner les bénéficiaires de la CMU sera combinée avec une véritable concertation avec tous les acteurs concernés, dans un cadre qui sera placé sous la supervision du Conseil National d'Éthique.

42 - Adapter les conditions d'attribution de l'allocation adultes handicapés (AAH) aux maladies évolutives à diagnostic incertain. Il est nécessaire d'ouvrir le droit à l'AAH à des personnes dont le diagnostic d'évolution de la pathologie ne peut être défini de façon permanente et auquel, de ce fait, les Maisons du Handicap (MDPH), qui ont pris la suite de la COTOREP, refusent fréquemment d'accorder cette prestation. Ceci concerne des malades atteints par le SIDA ou un cancer. Cette mesure fortement demandée par les associations est une exigence de solidarité. Cette attribution de l'AAH doit être assortie de la compensation adaptée aux besoins de ces personnes.

43 - Mettre en œuvre une politique de lutte contre l'obésité, fondée sur une détection précoce et des actions sur la qualité de l'alimentation : C'est d'abord une politique de prévention de cette maladie qui doit être privilégiée. Il faut dès le plus jeune âge, à l'école, apprendre aux enfants à se nourrir correctement, et systématiquement prendre en compte cette dimension dans les programmes éducatifs. La recherche sera ensuite fortement développée sur cette pathologie dont on ignore encore largement les causes réelles. Un effort financier conséquent sera fait pour prévenir et guérir cette pathologie.

44 - Rétablir les moyens supprimés par la loi pour les soins aux étrangers en situation irrégulière, pour des raisons de dignité et de santé publique : Les moyens de l'AME seront rétablis, et une véritable politique d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière sera mise en œuvre. Il s'agit à la fois d'un impératif de santé publique et d'un principe d'éthique et d'humanité.

45 - Négocier avec les partenaires sociaux le renforcement de l'indépendance de la médecine du travail : Pour faire face à l'apparition de nouveaux risques et pour permettre aux médecins du travail d'exercer leur profession à l'abri de toute pression, il conviendra de faire de la lutte contre les accidents du travail une priorité de santé publique en garantissant son indépendance, dans le cadre d'une négociation avec les partenaires sociaux. Cette proposition

s'inscrit dans une logique globale de développement d'une politique de prévention des risques professionnels, fondée sur un contrôle accru des conditions de travail par les médecins du travail.

46 - Défendre l'accès aux soins des malades dans les pays en développement, par la promotion de médicaments génériques moins coûteux : Nous devons orienter l'aide au développement vers la généralisation d'une pratique de la santé au plus près des populations. Un professionnel de santé présent sur place peut en effet diffuser avec un large écho des conseils quotidiens, intervenant en amont, notamment en direction des femmes et des enfants. Tout devra être fait, notamment au sein des organisations internationales, pour que les licences de médicaments tombent dans le domaine public et que les médicaments génériques soient diffusés massivement dans les pays en développement.

47 - Ouvrir avec les partenaires sociaux une large négociation portant notamment sur la prise en compte du travail pénible et des charges de famille, la dépendance et personnes âgées : Il convient donc de remettre à plat l'ensemble du dispositif Fillon, sur la base d'une grande négociation avec l'ensemble des partenaires sociaux. L'objectif consiste à la fois à assurer la pérennité financière du système de retraite par répartition et à inverser, au plus vite, la tendance à la paupérisation croissante des retraités et des personnes âgées d'ores et déjà constatée. Cette négociation, qui devrait aboutir au début de l'année 2008, sera fondée sur les objectifs suivants :

- ✚ un minimum de pension garantie s'approchant progressivement du SMIC ;
- ✚ l'augmentation de 5 % des petites retraites inférieures au SMIC ;
- ✚ la prise en compte de la pénibilité du travail et des métiers ainsi que des charges de famille ;
- ✚ l'augmentation du taux d'emploi des seniors, aujourd'hui trop souvent injustement poussés vers la sortie ;
- ✚ le mode de financement des régimes spéciaux, question qui doit être traitée par le dialogue et dans un souci d'harmonisation ;
- ✚ la remise à niveau du Fonds de Réserve des Retraites.

48 - Développer le maintien à domicile des personnes âgées : L'immense majorité des personnes âgées en situation de perte d'autonomie souhaitent rester chez elle. Encore faut-il leur en donner les moyens. Il conviendra dès lors de concentrer l'action sur :

- ✚ la prévention de la dépendance (recherche, politique de santé publique, adaptation des logements) ;
- ✚ la recherche d'un environnement plus adapté (aide aux aidants, développement des services d'aide) ;
- ✚ une meilleure solvabilisation des personnes âgées modestes et de leurs familles (redéfinition de l'APA à domicile) ;
- ✚ mais aussi, de manière plus générale, sur une plus grande implication des retraités dans la vie économique et sociale.

49 - Augmenter le nombre de places dans les structures d'accueil existantes en renforçant la formation du personnel et sa qualification : augmentation du rythme de création des places en maison de retraite; vaste plan de formation et de recrutement de personnel et un plan de formation afin d'inciter les jeunes générations à choisir cette carrière; coordination territoriale renforcée : les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), créés par la gauche en 2000, seront évalués puis relancés.

L'excellence environnementale

66 - Arrêter les essais des OGM en plein champ, dans l'attente des résultats d'un grand débat public qui définira la politique à mettre en œuvre pour ne pas handicaper les cultures conventionnelles et préserver le développement de l'agriculture biologique : Ségolène Royal propose un moratoire sur les essais en plein champ. Ce n'est qu'à l'issue d'un grand débat public qu'une décision pourra être prise. La recherche en milieu confiné sera conduite dans la transparence, selon de stricts protocoles de mise en œuvre et d'évaluation.

67 - Prévenir l'impact des pollutions sur la santé : Encouragement, par des incitations fiscales, des industries qui s'engageront à éliminer les composés toxiques au-delà des contraintes imposées par le règlement européen REACH; mise en œuvre d'un programme national de réduction de l'utilisation des pesticides.

La sécu, c'est quoi ?

Au sortir de la guerre, dans une France meurtrie et exsangue, les Français décident de se serrer les coudes et de jouer collectif. Ils vont « mutualiser » les risques de l'existence (comme cela se faisait séparément dans la plupart des professions), en n'oubliant personne, sur le principe d'égalité. Chacun participe en fonction de ses possibilités, et tout le monde est soumis au même régime.

La Sécurité Sociale englobe (depuis 1967) 4 caisses séparées :

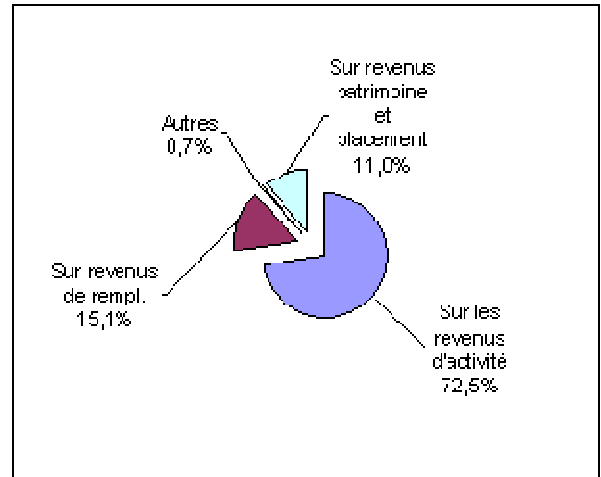
- ✚ la caisse d'assurance maladie et accident du travail des travailleurs salariés (CNAMTS)
- ✚ les allocations familiales (CNAF)
- ✚ l'assurance vieillesse (CNAVTS)
- ✚ et l'ACOSS, l'agence centrale qui coordonne les organismes de la branche recouvrement et assure la gestion centralisée et commune de la trésorerie du régime général.

Le régime général est financé par 4 sortes de prélèvements :

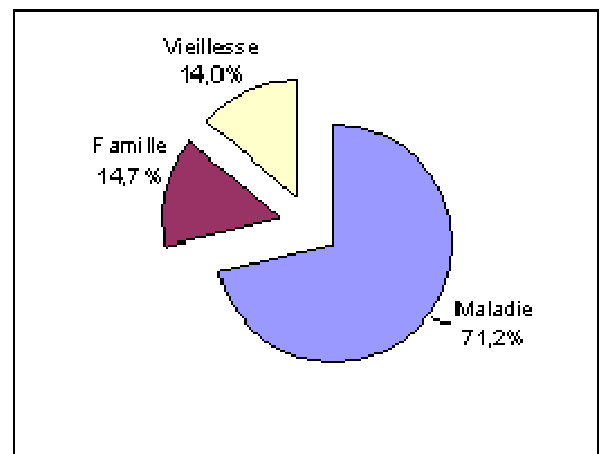
- ✚ les cotisations; basées sur les salaires, avec une part patronale et une part salariale, qui tend proportionnellement à s'alourdir, et un impôt sur l'ensemble des revenus
- ✚ les impôts et les taxes affectées ;
- ✚ les contributions publiques (prises en charge de cotisations et de prestations par l'Etat) ;
- ✚ les transferts (prises en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers)

Outre le "régime général", il existe aussi un régime pour les agriculteurs (MSA) et les indépendants non agriculteurs (MSI). Enfin, des régimes spéciaux regroupent 5 millions de personnes (SNCF, EDF, Banque de France, etc...). Progressivement, les régimes spéciaux rejoignent le régime général.

Ce système fait partie des réussites que nous envie le monde entier. Il arrive que la France, par son courage, son initiative, marque les esprits, de la Révolution aux Droits de l'Homme...



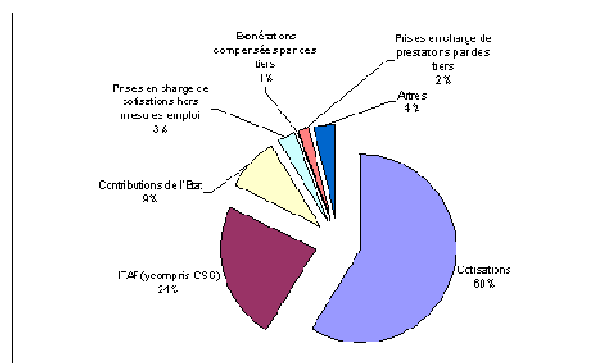
Répartition par assiette en 2005
(régimes maladie, CNAF, FSV)



Répartition par risque en 2005
(régimes maladie, CNAF, FSV)

A lire pour compléter votre information

- Les comptes de la sécurité sociale et du régime général - Résultats 2005 Prévisions 2006
http://www.unaf.fr/IMG/pdf/CCSS-juin_06-11.pdf
les résultats 2006 ont été oubliés le 19 mars 2006 mais ne sont pas encore disponibles sur internet
- Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2007 :
<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2007/plfss2007.pdf>
- Annexes au PLFSS 2007 :
http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2007/anx_lfss2007.htm
- Retrouvez sur le site du GIP SPSI une base de données stratégiques présentant sous forme de fiches synthétiques de 3 pages les systèmes de santé et de couverture sociale de 51 pays.
>http://www.gipspsi.org/GIP_FR/actualites/systemes_de_sante_et_de_couverture_sociale_dans_le_monde



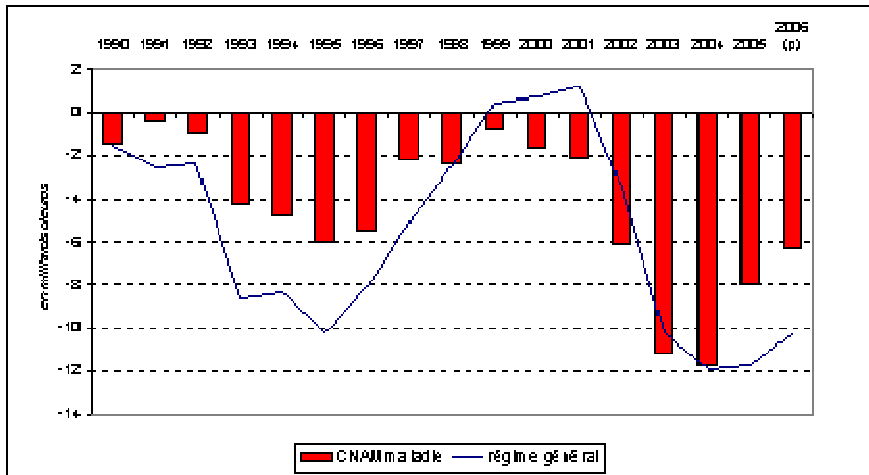
Structure des recettes du régime général en 2005

La Sécu va mal... quand les libéraux s'en occupent !

S'il y a du souci à se faire pour la Sécurité Sociale, c'est bien parce que la droite, aux commandes depuis 5 ans de trop, une droite assumée et insolente, est philosophiquement aux antipodes de ce qui a prévalu à la création de la protection sociale le 4 octobre 1945 : la solidarité.

Ce système par répartition n'est en danger que lorsque la droite gère le pays. On parle du trou de la Sécu pour faire croire au Français que le système est moribond ! Quand on veut tuer son chien, on l'accuse de la rage.

Il a suffi de trois années de croissance correcte pour que la Sécu soit excédentaire.



Les années Jospin en ont fait la preuve : les déficits de la branche maladie ont été ramenés à 0,7 milliards en 1999, 1,6 en 2000 et 2,1 en 2001. Sur ces trois années, le régime général (maladie + accident du travail + famille + retraite) était excédentaire ! (voir graphique).

De plus, ce fameux déficit de la branche maladie n'est pas si grand, au regard des sommes colossales brassées par l'assurance. Le déficit 2003 (10 milliards) est à rapprocher de celui de la nation (57 milliards).

Non, au contraire, le système est très viable. Et ceci malgré les efforts multipliés de la droite pour alourdir le passif ! Les médecins n'ont-ils pas, depuis 2002, été augmentés de 31 % ? (La consultation est passée de 17,53 euros à 23 aujourd'hui... Et vous, de combien avez-vous été augmenté ?).

L'une des raisons des difficultés de la Sécurité Sociale est dans l'évolution du partage des richesses nationales : en 1980, la part des salaires directs et indirects (les cotisations sociales) dans la richesse créée par les entreprises représentaient 69%. Combien aujourd'hui ? Pas même 60%.

Les actionnaires se goinfrent sans contribuer. La droite joue à affaiblir la sécurité sociale pour pouvoir, comme cela se fait dans les pays libéraux (USA, GBR), faire en sorte qu'elle ne constitue plus qu'un filet de sécurité, assurant un strict minimum, et faire intervenir les officines privées pour le reste, là où le marché peut être juteux ! Une santé de qualité pour ceux qui peuvent, et le minimum pour les autres.

Nous parlons dans ces mêmes colonnes (Yvelines à Gauche n°11) de la commercialisation de l'éducation (Acadomia et compagnie...) : c'est exactement le même processus pour la santé ! Les officines aux dents crochues ont flairé le pactole... Pour juger de l'état d'esprit, cette publicité (Le Point du 22 mars 2007, page 33) est explicite : "Combien vous restera-t-il quand vous aurez fini de payer tous les privilèges des retraités du public ?", demande, toute honte bue, Sauvegarde-Retraites...

Est-ce que, d'ailleurs, 5 ans de droite n'ont pas déjà introduit le loup dans la bergerie ? Est-ce que déjà, si je veux me soigner, il ne vaut pas mieux que j'ai un travail stable, une bonne mutuelle, des liquidités ?

Aujourd'hui, les **déremboursements** et les **dépassements d'honoraires** sont tels que ceux qui n'ont pas de mutuelle ont du mal à se faire soigner... D'où une santé à deux vitesses !

Parlons-en aux travailleurs du Nord, par exemple, dont un rapport nous montrait récemment qu'ils hésitent à se faire soigner, et vivent parfois plusieurs mois en bonne intelligence avec une douleur, ou temporisent pour se soigner les dents ou changer de lunettes, soins si mal remboursés...

Il y a aussi un **effet de seuil, pour ceux qui sont au dessus du seuil de CMU** (couverture maladie universelle) (ils n'y ont pas droit) **et pourtant au dessous du**

seuil de pauvreté, 985 euros par mois (ils n'ont pas les moyens de se soigner). Cela conduira fatalement à un gros problème de santé publique !

Les turpitudes libérales n'ont pas épargné notre département, puisqu'une étude juridique publiée par le conseil de l'Ordre départemental des médecins (CDOM) des Yvelines dans sa lettre d'information (Le Médecin des Yvelines n° 42) de septembre 2006, conclut à la possibilité de refuser les soins, notamment à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU. Dans son analyse publiée intégralement dans cette lettre d'information trimestrielle, Me Jean-Michel Baloup, avocat à la Cour à Paris, explique que le médecin libéral reste libre de contracter avec le patient de son choix ...

Xavier Bertrand a quand même condamné, du bout des lèvres, cet appel au viol du serment d'Hippocrate, mais on voit bien les velléités qui affluent : Une récente enquête publiée par Médecins du Monde a montré que 40% des praticiens consultés refusent de soigner des malades bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME). Scandale !

C'était prévisible, bien sûr ! La solidarité se heurte aux froids calculs des tenants d'une approche seulement comptable. En Allemagne, il s'est trouvé un député de droite pour proposer qu'on limite le remboursement des prothèses à 83 ans ! C'est vrai, c'est comme pour ma bagnole, à quoi bon poser du neuf sur du vieux, de toutes façons, elle va aller à la casse !

La politique de santé dépend bien sûr aussi de la fonction publique.

Il faut, et c'est le projet de Ségolène Royal, exacerber les missions premières de la sécurité sociale : **que les Français soient égaux devant les soins.** Pas de différence d'âge, de ressource, de lieu de résidence. Plus de désert médical, mais installation de dispensaires de proximité dans les territoires et les quartiers. C'est carrément tout l'inverse de ce qu'a fait la droite, et notamment le ministre de la Santé Xavier Bertrand, aujourd'hui porte parole du Grand Karcherator.

Comment la droite compte-t-elle régler l'ardoise de la Sécu ? Sarko s'exprime le mercredi 21 février dans le Parisien : "Il faut responsabiliser les patients. Je prévois donc l'instauration d'une franchise sur l'assurance maladie. Notre idée, c'est que les premiers euros de soins de santé de l'année ne seront pas remboursés. Combien ? 15 euros ? 25 euros ? On verra. Si la branche maladie est équilibrée, on baissera cette franchise. Si elle est déficitaire, on l'augmentera. Les patients toucheront la récompense – ou la sanction – de leur comportement." Si malade, pan pan cucul ! Normal, logique.

Oui, la Sécu est elle-même malade, mais seulement malade de la droite !

Médecine et Prévention de Proximité

Une des conditions de l'égalité de l'accès aux soins et à la prévention est bien évidemment la disponibilité locale des services de santé et de prévention. Or la situation s'est considérablement dégradée ces dernières années, pour des raisons multiples, dans lesquelles la politique de la droite n'a pas été sans responsabilité.

Une des raisons, mais pas la seule, de la désertification médicale du territoire sont les conditions disparates de travail et d'hébergement.

La désertification rurale n'incite pas les médecins et infirmiers libéraux à s'établir en des lieux à la population pauvre, raréfiée et dispersée. Si les médecins sont particulièrement nombreux sur la Côte d'Azur et le Languedoc Roussillon, dense paradis des riches retraités, des régions comme la Picardie, le Centre sont moins bien loties. Et dans les régions, il existe des zones qui sont de véritables déserts médicaux. Les départements de l'Eure, la Mayenne, l'Orne et l'Allier sont parmi les plus mal lotis.

Dans la région Ile de France, que l'on pourrait croire largement pourvue, il existe aussi de nombreuses poches de non médicalisation.

Les responsables ici sont le coût du logement dans les zones à population aisée, comme Suresnes, Puteaux ou Vanves qui ne comptent aucune infirmière libérale, dont la rareté est un des problèmes les plus préoccupants en Ile de France qui compte en moyenne deux fois moins d'infirmières libérales que le reste du territoire.

Ou au contraire, la raréfaction se situe aussi dans les zones défavorisées, où les mauvaises conditions de vie découragent les installations.

En fait, en Ile de France, il y a 25 villes de plus de 10 000 habitants sans aucun pédiatre, dont, dans les Yvelines, Bois-D'arcy et Carrières-sous-Poissy. Il y a 22 villes de plus de 10 000 habitants sans aucun gynécologue, dont, dans les Yvelines, Carrières-sous-Poissy, Elancourt, Mantes-la-Ville et Viroflay. De nombreuses communes manquent aussi de médecins généralistes. En Ile de France, 646 communes sur 1 300 n'ont pas de médecins généralistes. Le record est pour la commune de Rocquencourt (3 000 habitants), qui n'a ni médecin généraliste, ni gynécologue, ni dentiste, ni pédiatre, ni infirmier...

La médecine libérale n'est pas la seule à montrer cette raréfaction. Les hôpitaux publics sont aussi touchés. Actuellement, 5 000 des 40 000 postes de praticiens hospitaliers sont vacants en France, faute de candidats. Les secteurs les plus touchés sont la pédiatrie, la radiologie et l'anesthésie. La disponibilité d'infirmières qualifiées est aussi un problème, la moyenne de durée dans les hôpitaux des infirmières étant de huit ans avant qu'elles démissionnent, essentiellement pour devenir infirmières libérales.

Derrière cette pénurie, au-delà des conditions locales, il y a eu la *volonté de la droite de maintenir un haut niveau de revenu aux médecins libéraux, en limitant les possibilités d'installation de médecins* pour éviter la concurrence sauvage et surtout en établissant un *numerus clausus aux universités médicales et aux écoles d'infirmières* qui réduit drastiquement le nombre de médecins et d'infirmières formés. Et pour l'hôpital public, les faibles renumérations, le sentiment d'abandon par les pouvoirs n'ont pas incité les personnels à faire carrière dans le service public.

La droite, virant à 180 degrés devant les méfaits de sa politique, propose maintenant au travers du candidat Sarkozy des incitations financières pour que les acteurs de la santé libérale repeuplent les zones rurales et les banlieues désertées. Louable initiative, mais qui se heurtera à la *pénurie de formation*, à la tentation de l'argent plus facile ailleurs. L'initiative libérale, qui est responsable de la situation actuelle par volonté de maintenir de hauts revenus, ne pourra jamais se substituer aux besoins d'un vrai service public de santé.

C'est pourquoi Ségolène Royale propose une politique bien différente et à terme bien plus efficace et juste.

Tout d'abord, créer des dispensaires publics (mesure 38 du pacte présidentiel), des "maisons de santé" pour les zones en pénurie médicale. Plus précisément, Ségolène Royal propose *"la mise en place de 500 maisons de santé qui interviendra, par priorité, dans les « zones d'ombre » de l'offre de soins. Ces lieux nouveaux, fondés sur l'excellence, auront vocation à regrouper plusieurs types de professionnels, médecins, spécialistes et professions paramédicales, voire travailleurs sociaux, afin de compléter leur offre de soins par d'autres types d'intervention, en particulier en éducation à la santé. Elles permettront d'expérimenter en synergie et dans une logique de réseaux de nouveaux modes d'exercice et de rémunération, mais aussi des partenariats élargis aux collectivités locales. Elles pourront, en fonction des besoins, apporter une solution au problème d'installation des praticiens libéraux, en proposant une formule de regroupement et de mutualisation des moyens."*

Ensuite, un effort particulier pour renverser la situation dans la médecine préventive et sociale en milieu scolaire et professionnel (proposition 40 du pacte), sujet sur lequel la droite ne propose rien. Au contraire, Ségolène Royale propose *"La promotion de la santé, déjà largement pratiquée dans les pays du nord de l'Europe, invite à s'intéresser aux déterminants collectifs et à l'environnement comme facteurs de santé. Ceci plaide en faveur du développement de politiques de santé s'intéressant davantage aux populations (femmes enceintes, personnes âgées, migrants, populations vulnérables...) et aux milieux (milieu scolaire, milieu de travail...) et non plus seulement aux pathologies. Or, sur ce plan, la médecine sociale se porte mal en France, faute de moyens et de considération, mais aussi parce que son rôle n'est pas articulé avec une approche globale de la prévention."*

✚ Outre la mise en place de *moyens humains supplémentaires en milieu scolaire*, il convient de repenser ce système en l'incluant dans la médecine de première ligne, ce qui doit par exemple permettre d'y associer davantage des praticiens libéraux souhaitant s'y investir.

✚ S'agissant de la *médecine du travail*, l'enjeu est davantage de mieux *assurer son indépendance vis-à-vis de l'employeur* sur des bases à définir par la négociation entre partenaires sociaux. Le développement des *maladies professionnelles* mais aussi du *stress au travail* justifie une *action rapide*."

Enfin, il faut signaler aussi les mesures sur le renforcement et la rationalisation du financement de l'hôpital public (mesure 37), le renforcement des possibilités de maintien à domicile des personnes âgées (mesure 48) et quand ce n'est plus possible le renforcement et la démocratisation des structures d'accueil (mesure 49). Et bien évidemment, l'ensemble des mesures pour renforcer la réussite et la recherche universitaires proposées dans le qui vont accroître le nombre de personnels soignants qualifiés pour pallier la pénurie actuelle.

Prévention santé, l'économie du futur !

Une nation amenant tous ses citoyens à un âge respectable dans des conditions de santé les meilleures, est une nation humaine qui aura compris le sens des propos des précurseurs de la médecine préventive au 19^e siècle. Quelques médecins préconisaient alors de soigner de la même façon et dans les mêmes lieux, le peuple et les dirigeants, rendant accessibles les soins d'égale qualité aux plus démunis, c'était un concept révolutionnaire en Europe. Pourtant, les médecins de l'époque se donnaient juste les moyens de faire vivre le serment d'Hippocrate.

Aujourd'hui, il est aisé de comprendre que la prévention est une méthode pour faire des économies substantielles. En effet, nous savons tous que prévenir permet de sauver des vies, de moins dépenser en traitement lourds et dispendieux, de mieux vivre tout simplement. C'est une autre philosophie de la vie dont la gauche s'est emparée depuis longtemps, malheureusement la droite s'empresse à chaque fois qu'elle revient au pouvoir de réduire à néant les actions mises en place sur le terrain en prétextant les coûts exorbitants, les résultats peu probants... favorisant ainsi les lobbies et particulièrement celui des médecins, enfin de certains...

La prévention, c'est quoi au juste ?

La prévention se décline en trois grands types d'interventions.

- La **prévention primaire** comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, le nombre d'accidents, donc à **réduire le risque** d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de **prévention individuelle** (hygiène corporelle, alimentation, vaccinations, prise de risques...) et **collective** (distribution d'eau potable, logement salubre...). La prévention primaire peut être incluse dans un concept plus large de **promotion de la santé** qui, au delà de prévenir un risque ou une maladie, privilégie le maintien d'un bon état de santé mental et physique.
- La **prévention secondaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte les activités de **dépistage** et de **traitement précoce**.
- La **prévention tertiaire** comprend tous les actes destinés à diminuer les complications des maladies, les incapacités chroniques ou récidives liées à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation, elle cherche à **favoriser la réinsertion sociale et professionnelle**.

On peut constater à travers de ces déclinaisons, que la prévention touche toutes les périodes de la vie et l'ensemble de la population, du prénatale au 4^e âge. On remarque également que de soigner les populations dès l'apparition des premiers symptômes, participe au champ de la prévention, au même titre que la réinsertion sociale et professionnelle.

Comment faire de la prévention et avec qui ?

Les structures concernées sont légion, celles qui naturellement devraient permettre de mettre en musique les actions de prévention sont essentiellement la PMI, le planning familial, les établissements scolaires primaires avec le Réseau d'Aide et de Soutien, secondaires avec le Conseil d'Education à la Santé et la Citoyenneté, et universitaires avec le service de médecine préventive et de promotion de la santé, la médecine du travail et enfin les dispensaires et centres d'examen et de santé, inexistant dans le département... ainsi que de nombreuses structures associatives.

C'est une lutte de tous les instants, dans tous les domaines, associant tous les partenaires agissant pour tous les âges de la vie.

Il y a plusieurs façons de faire de la prévention. On peut comme la droite, légiférer pour se donner bonne conscience, et se doter de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique énumérant un certain nombre de préconisations, donnant pouvoir aux préfets de régions en matière de prévention et d'accès aux soins des populations fragilisées.

Mais les structures de prévention doivent œuvrer de façon transversale à la fois sur le champ du dépistage par la réalisation des examens systématiques, et sur le champ de l'éducation à la santé et de l'orientation vers les lieux de soins appropriés. Pour ce faire, il faut qu'elles existent et qu'elles aient les moyens de mettre en œuvre tous les dispositifs visant à l'amélioration de la santé sur l'ensemble du territoire.

Qu'en est-il sur le terrain face aux propositions de Ségolène Royal ?

Le bilan de 5 années de droite est parlant. N'en déplaise à l'angélisme de l'éminent professeur Debré, il vaut mieux être riche pour être mieux soigné et plus rapidement pris en charge, en dehors des urgences !

Les populations en marge du système de prévention et de soins – et leurs ayants droit – existent, ne les nions pas. Elles sont plus exposées à des risques particuliers menaçant leur santé et auront du mal à avancer les frais médicaux. Que fait l'Etat et son relais sur le département pour ces citoyens en détresse quand ils se font refouler par les professionnels de la santé parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer ?

Contrairement aux dires de notre ex-ministre de la santé, les objectifs de l'état en matière de prévention vers ces publics ne sont pas atteints quand ils ne le sont déjà pas pour une grande partie de la population. En effet :

- L'**obligation de soin** n'est pas respectée, les bénéficiaires de la CMU ne sont pas soignés par tous les médecins de manière égalitaire et parfois exclus de certains cabinets médicaux sous de faux prétextes. Et quand on vit en dessous du seuil de pauvreté mais au dessus du plafond de ressources pour bénéficier de la CMU, on ne se soigne pas faute de pouvoir avancer les frais ! **Il est urgent de créer des dispensaires ouverts à tous (38), de réaffirmer le droit à la CMU et sanctionner les refus de soins (41)**
- Les **campagnes de prévention** hors programme scolaire (conduites à risques, obésité, MST, suicide...) ne sont pas obligatoires dans les **établissements scolaires** et sont donc laissées aux bons soins des personnels de santé et enseignants volontaires qui trouvent le temps de s'en emparer. **Il faut renforcer les moyens de la médecine scolaire et universitaire (40)**

Ségolène Royal dit "**L'éducation, encore l'éducation, toujours l'éducation !**" pour modifier les comportements de tous les citoyens.

- Sachant que même là où les établissements jouent le jeu, **les exclus de l'éducation nationale** ne bénéficient pas de l'accès à la prévention et aux soins alors qu'ils devraient être privilégiés dans ce domaine, adoptant trop souvent des conduites à risques. **La carte jeune 16/25 ans ouvrant droit à la gratuité d'une consultation par semestre (39)** est une solution pour ne pas les exclure une deuxième fois du système.
- Les **réseaux d'aide et de soutien** en école primaire n'ont pas les moyens dont ils devraient bénéficier et ne touchent pas tous les enfants concernés, les places en Centre Médico-psychopédagogique et en pédopsychiatrie sont sous-estimées devant les besoins grandissants.
- Les **centres de planning familial** sont peu nombreux et mal répartis sur le territoire et toute une frange de la population n'y a pas accès.
- La **pilule contraceptive** adaptée aux jeunes filles n'est pas remboursée par la sécurité sociale et le nombre de grossesses non désirées et d'avortements est considérable chez les

jeunes, même si elles utilisent la pilule du lendemain, quel traumatisme ! La prévention passe par la **contraception gratuite pour les jeunes de moins de 25 ans (39)**

- La **médecine du travail**, à vocation presque exclusive de prévention, ne répond pas toujours présente, sa dépendance aux entreprises est trop importante alors qu'il faudrait **renforcer son indépendance (45)**
- L'**accompagnement des personnes âgées** est souvent laissé à la bonne volonté des bénévoles, alors qu'il devrait relever d'une véritable politique de prévention du 4e âge. Il est nécessaire de **travailler sur la dépendance et les personnes âgées (48 et 49)**
- L'état se désengage dans le domaine de la **recherche**, ralentissant considérablement toute action de **prévention en matière de maladies graves**. Il faut mettre en œuvre un **grand plan de prévention et de recherche des maladies telles le cancer, le SIDA, Alzheimer, etc. (36)**

La prévention pour tous est possible !

Promulguer un texte de loi, c'est aisé et ça déculpabilise, encore faut-il se donner les moyens de sa mise en œuvre sur le terrain. Sortons de l'hypocrisie ! Nous ne pouvons accepter que les personnes les plus fragiles soient exclues de l'accès à la prévention et aux soins. Montrons qu'une autre politique de santé axée sur la prévention pour tous est possible !

Consommations de soins et précarité.

Une étude de l'EPASS sur échantillon (70 000 assurés, dont 6 000 bénéficiaires de la CMU) est la seule permettant de reconstruire la consommation réelle de soins, et de la comparer à celle des autres assurés.

Les résultats de ces travaux marquent une rupture avec les données connues antérieurement. Il faut les considérer comme une première étape, devant être vérifiée ultérieurement : certains résultats posent des questions de cohérence.

La population des bénéficiaires de la CMU est plutôt jeune, et composée majoritairement de femmes.

Cette population en situation de précarité :

- ✚ a des **revenus situés en dessous du seuil de pauvreté**.
- ✚ le poids des personnes en **très mauvais état de santé** est plus concentré dans cette population.
- ✚ a une **dépense moyenne plus élevée**.
- ✚ représente un plus **gros risque financier pour l'assurance maladie**.
- ✚ **concentre les dépenses sur une minorité des bénéficiaires** : forte différence entre hommes et femmes, dépense moyenne des hommes plus faible mais la part des dépenses hospitalières des hommes est beaucoup plus forte.
- ✚ a un plus grand nombre de personnes en mauvais état de santé : une minorité des bénéficiaires CMU est gravement malade, un **niveau de morbidité grave**. Les indices (risque vital et invalidité) plus élevés que pour la population des bénéficiaires du RMI.
- ✚ A souvent la maladie comme cause d'entrée dans le circuit des bénéficiaires de la CMU

Un lien entre santé et précarité :

- ✚ Il existe un lien direct entre santé et précarité. Face à une situation de fragilité sociale, la dégradation de l'état de santé peut faire basculer dans la précarité. De même une situation de précarité sociale a des effets négatifs sur l'état de santé (phénomène de boucles de précarisation).
- ✚ Il existe par ailleurs un lien entre stratégie de soins et précarité qui expliquerait cette « surconsommation » de soins hospitaliers.

Observation sur les soins hospitaliers :

Les consultations externes : En apparence, les bénéficiaires de la CMU sont beaucoup plus nombreux à avoir recours à l'hôpital : 35% contre 18%. En réalité, la différence provient principalement des consultations externes. La consultation externe apparaît comme le mode de recours au spécialiste pour le bénéficiaire de la CMU, alors que les autres assurés sociaux l'utilisent comme suite des hospitalisations.

La médecine et les autres disciplines : Le poids de la dépense hospitalière provient principalement d'un plus grand nombre de consommateurs de soins en médecine, et pour les « autres disciplines » regroupant les moyens ou longs séjour, la psychiatrie, la toxicomanie et les établissements relevant de la loi sociale

Age : L'importance de la différence d'âge moyen entre les bénéficiaires de la CMU (27 ans) et les autres assurés sociaux (38 ans) est considérable, et donne un caractère déroutant à ces résultats.

Observation sur les soins en ville : moindre recours aux services spécialisés, prépondérance à la médecine de base (omnipraticiens et pharmacies).

Par nature et par structure, cette prestation nouvelle a eu un fort impact dans les quartiers en difficulté :

3,3 millions de bénéficiaires de l'aide médicale fin 1999 à 5,3 millions bénéficiaires de la CMU fin juin 2001 (France entière) puis une baisse des effectifs 4,4 millions en août 2002 par la vague des réexamens des droits. Les premières données en automne montrent un léger mouvement à la hausse des effectifs avec de nouveaux entrants.

Le barème de la CMU est favorable aux familles, ce qui explique que 45 % des bénéficiaires de la CMU ont moins de 20 ans (l'âge moyen des bénéficiaires de la CMU est de 10 ans inférieur à celui des assurés sociaux, tous régimes confondus).

Cette situation est globalement satisfaisante, mais elle ne saurait masquer des insuffisances qu'il convient de corriger dans le cadre d'une politique de proximité :

- ✚ Le système de soins est plus orienté sur le curatif que sur le préventif : **ce qui pénalise les populations qui manquent des outils culturels pour orienter leurs choix**.

Ce problème n'est pas spécifique aux quartiers défavorisés, mais il y est particulièrement visible.

- ✚ Les populations démunies ont un recours plus important à la médecine publique : **les défaillances des hôpitaux et de la médecine préventive (PMI) les touchent directement**.

- ✚ **Le système de santé manque de pilotage** : le paiement à l'acte, la culture des professionnels, la multiplication des acteurs rend très difficile une action concertée conçue en terme de santé publique.

- ✚ **Les tensions sociales se répercutent sur l'accessibilité des services** : les problèmes de sécurité sont vécus difficilement par les professionnels de santé. Il est à craindre que ces situations accentuent la fuite des professionnels, accentuant ainsi l'effet ghetto.
- ✚ **Les familles qui sont hors du barème CMU** et qui ont de grosses dépenses de santé éprouvent des difficultés économiques : une intervention ciblée est souhaitable pour les aider à préserver un équilibre souvent précaire.

Enfants scolarisés et état de santé : indicateurs de précarité territorialisés à l'échelle infracommunale.

Afin de mieux connaître et suivre l'état de santé des enfants scolarisés, l'éducation nationale (DESCO) réalise - à partir du bilan de santé des enfants de 6 ans - un cycle triennal d'enquêtes initiées en 1999 par le MES (DGS, DRESS) avec la DESCO et la Direction de la programmation et du développement en partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire.

Cette enquête prend appui sur les examens réalisés dans le cadre du bilan de santé systématique préalable à l'entrée des enfants à l'école primaire (dépistage de problèmes de santé qui auraient pu passer inaperçus tels que les anomalies de l'audition, de la dentition, de la vision, du langage) et s'élargit à un examen clinique pour déceler des troubles nécessitant un suivi particulier comme les troubles du langage, l'asthme, le surcharge pondérale, l'état vaccinal, la santé bucco-dentaire.

Ces données globales semblent refléter d'importantes différences de modes de vie selon le degré d'urbanisation¹. Par exemple, la fréquence des phénomènes de surpoids croît avec le degré d'urbanisation.

Les enfants habitants des agglomérations importantes, notamment les petits franciliens présentent plus une surcharge pondérale plus importante en moyenne (16,6%) que les enfants issus des communes rurales (12,8%). Or l'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité adulte et par conséquent sur la qualité de vie et facteur de risque ultérieur. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » confirme les liens entre le surpoids et le caractère urbanisé de la commune de domicile, le fait d'être une fille, enfant unique ou d'être le premier de la fratrie.

- ✚ La proportion d'enfants en **surcharge pondérale** apparaît nettement plus importante en ZEP : **17,3% contre 13,3 % dans les autres zones** et ceci tant pour la surcharge pondérale sévère que celle modérée
- ✚ La **situation de précarité** des familles se trouve accrue dans les ZEP comparée à celle hors ZEP. Par exemple, **respectivement 12,6 % des pères et 13,8 % des mères sont au chômage en ZEP contre 3,4% et 7,4% hors ZEP.**
- ✚ Un élève sur cinq présente un **trouble de la vision**, un sur huit porte des lunettes avec un certain déficit de dépistage dans les ZEP.
- ✚ **On constate le même écart dans la prévention et le soin des caries pour les enfants scolarisés en ZEP.**
- ✚ Les **difficultés, retards et/ou troubles du langage** apparaissent sensiblement plus élevées en ZEP (tests : désignation d'image, compréhension de la syntaxe à l'oral, élaboration des phrases correctes comportant des subordonnées, construction grammaticale, capacité à formuler des phrases de plus de quatre mots), **au total un enfant scolarisé en ZEP sur deux obtient un résultat positif à la totalité des tests** contre deux sur trois des enfants enquêtés dans les autres zones.

Corrélation territoriale.

Les résultats de l'enquête adressée en 2002 par la mission interministérielle (ministère de l'éducation nationale, ministère délégué à la ville et ministère de la jeunesse et des sports) aux inspecteurs d'académies concernés permettent de quantifier le degré de difficultés au sein des territoires en GPV par un rapprochement avec la carte des ZEP, la liste des établissements sensibles et celle des établissements classés en « zone violence ».

Les territoires GPV concentrent 79% des ZEP implantées dans les communes concernées. Dans 65% des communes en GPV, la correspondance est totale entre les deux géographies. Quant aux « établissements sensibles », c'est-à-dire ceux qui, en raison de difficultés particulières, ont été repérés dans les années 1993-1995 pour bénéficier d'un soutien plus important, ils sont concentrés à 72% sur ces mêmes territoires.

Problématiques majeures de la prise en charge suite aux dépistages de la médecine scolaire : le non recours aux soins.

- ✚ **absence d'aide à l'accompagnement des enfants et des familles** pour l'accès, le suivi et l'observance de traitement éventuel.
- ✚ **pas de spécialistes à proximité** susceptibles de répondre aux besoins² (orthophonistes, neuro-pédiatres, psychomotriciens,...)
- ✚ **recours à l'hôpital** : là où les spécialités existent, le délai de prise en charge hospitalière est trop long (consultations ambulatoires) et dissuade les familles pour lesquelles seuls des symptômes graves de maladies provoquent le recours à l'hôpital.
- ✚ **répartition de la démographie médicale libérale** notamment celle des médecins spécialistes **pénalise les quartiers de la politique de la ville** (référence au rapport Lebas, février 2002).

Déficits et conséquences.

Ces problématiques de prise en charge et/ou de suite de soins induisent une réaction de l'Education Nationale à reconsidérer la programmation systématique des dépistages.

L'**absence de soins** et la difficulté des familles ont un effet démobilisateur pour cette institution où la médecine scolaire (pauvre en effectif) ne peut avoir pleinement un rôle préventif et /ou curatif que si des réseaux de professionnels sanitaires et sociaux s'y raccrochent.

Les obstacles à l'apprentissage scolaire sont dépistés mais force est de constater que l'objectif de réduire les inégalités mêmes inhérentes à un trouble quel qu'il soit (avant même de parler de maladie) ne peut être aujourd'hui suivi d'actes et donc d'effets. Les bilans de santé obligatoires rencontrent les mêmes problèmes.

Les possibilités de relais locaux, structures médico-sociales (centres de santé, associations, maisons médicales, maisons de santé, ...) et toute profession confondue, semblent être peu repérés ou peu enclins ou pas assez sollicités sur les champs du sanitaire et du social (en exemple : la plupart des adultes relais ont depuis peu des missions sanitaires et sociales, non (re)connues encore sur ce champ et peu développées au profit de la sécurité ou de la médiation socioculturelle). L'acceptation de dossier adultes-relais pour des missions sur ces thèmes ont eu quelques difficultés.

¹ 14% des enfants de 6 ans présentent une surcharge pondérale modérée ou sévère (indice de masse corporelle :IMC) dont 4% une obésité et 10% un surpoids modérée.

² Cartographie en cours de validation par le comité départemental des partenaires du 93 et réalisée pour les ateliers santé ville de Seine St Denis : données CPAM-CMU-AME : dépenses de santé, démographie médicale/ données IA et Insee.

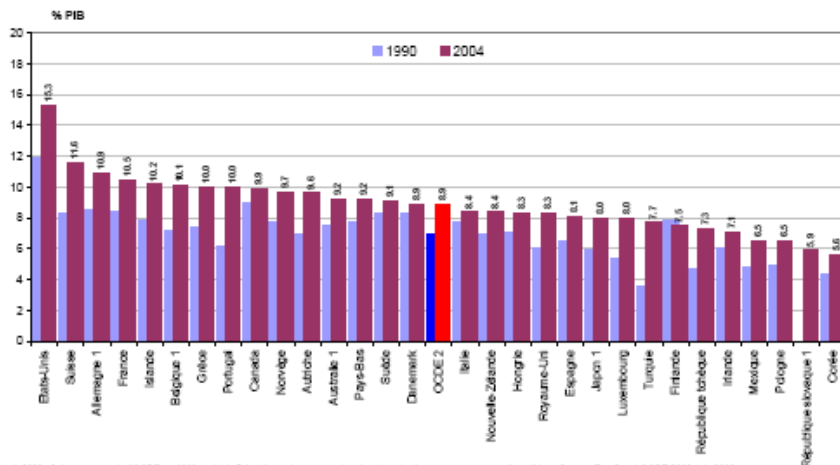
La santé en chiffres

Nos dépenses de santé seraient excessives ?

La France se situait en réalité en 2004 au **4^{ème} rang des pays de l'OCDE pour la part des dépenses de santé dans le PIB avec 10,5%**. Elle était alors largement dépassée par les Etats-Unis (15%) la Suisse (11,6%) et l'Allemagne (10,9%).

La **croissance de la part du PIB entre 1990 et 2004 avec 1,8 point nous situait au 11^{ème} rang des pays de l'OCDE**, bien après l'Irlande (7,3), le Portugal (6,4), la Suisse (6), les États-Unis (5), le Japon (3,9), l'Allemagne (2), et même le Royaume-Uni (1,9).

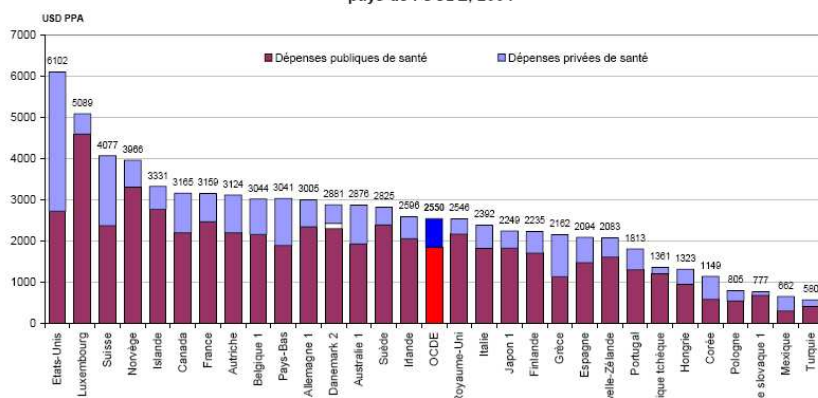
Graphique 1. Dépenses de santé en part du PIB, pays de l'OCDE, 1990 et 2004



1. 2003. 2. La moyenne de l'OCDE en 1990 exclut la République slovaque car les données de dépenses ne sont pas disponibles. Source: Eco-Santé OCDE 2006, juin 2006.

Si nous considérons la **dépense de santé par habitant, nous ne sommes qu'au 7^{ème} rang**. Les États-Unis font quasiment le double de la France, mais le Luxembourg, la Suisse, la Norvège, l'Islande et le Canada font aussi beaucoup plus que nous. Certes, certains pays scandinaves, la Suède, la Finlande, le Danemark, ont d'excellents résultats en consacrant nettement moins, tant en part des dépenses de santé dans le PIB qu'en dépense de santé par habitant, mais leur système est beaucoup plus préventif et gratuit et beaucoup moins inégalitaire.

Graphique 2. Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, pays de l'OCDE, 2004



1. 2003.

2. Pour le Danemark, les dépenses courantes publiques et privées sont montrées ainsi que l'investissement total, qui ne peut être séparé entre public et privé. Source: Eco-Santé OCDE 2006, juin 2006.

Pour mesurer les dépenses de santé, on utilise fréquemment l'indicateur dit de la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)**. Celle-ci s'élevait en 2004 à **144,8 milliards d'euros**.

La part des soins hospitaliers et en section médicalisée restait de loin la plus importante : 64 milliards d'euros, soit 44,4% de la CSBM. En France, le nombre de lits d'hôpitaux pour soins aigus est de 3.8 lits par milliers d'habitants en 2003, un nombre assez proche de la moyenne des pays de l'OCDE. Comme dans la plupart des autres pays développés, le nombre de lits d'hôpitaux disponibles par habitant a diminué au cours des 20 dernières années. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans la plupart des pays de l'OCDE a coïncidé avec une réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et une augmentation du recours à la chirurgie de jour.

SOS SÉCU !



Bien que le nombre d'IRM et de scanners ait aussi augmenté en France, leur nombre par habitant y est moins élevé en 2004 que dans la majorité des pays de l'OCDE. La France en revanche détient le plus grand nombre d'appareils de mammographie par habitant parmi l'ensemble des pays de l'OCDE.

Les soins ambulatoires (notamment les médecins) s'élevaient à 39 milliards d'euros, soit 27% de la CSBM. La France compte **3.4 médecins par millier d'habitants**, un chiffre plus élevé que la moyenne de 2.9 dans les pays de l'OCDE. Par ailleurs, la France compte **7.3 infirmières par millier d'habitants**, un nombre un peu moins élevé que la moyenne de 8.2 dans les pays de l'OCDE.

Mais **ce sont les médicaments**, 30 milliards d'euros, 21% de la CSBM, **qui contribuent le plus à l'accroissement des dépenses de santé (+ 9% en moyenne par an depuis 1980)**. L'assurance-maladie est ainsi mise au service des profits de l'industrie pharmaceutique. **La consommation en volume de médicaments est la plus élevée du monde après les Etats Unis**, alors qu'on relève un nombre élevé d'accidents iatrogènes (390 par jour, 190 000 par an). Les Français consommeraient 37 doses d'antibiotiques par jour pour 1000 habitants, les Allemands 14, les Néerlandais 9.

Tandis que **le prix des médicaments a augmenté de 63% en France entre 1990 et 2001**, la hausse est encore bien plus considérable aux Etats-Unis (90%), mais bien inférieure ailleurs : 28% en Italie, 17% en Allemagne. L'industrie pharmaceutique pratique l'inflation des prix : à l'échelle mondiale, les prix peuvent être 35 à 100 fois supérieurs pour un médicament légèrement différent. En outre, il existe peu d'innovations réelles. Selon la revue Prescrire, sur 1996 nouveautés vendues en 20 ans, 7 seulement pouvaient être considérées comme véritablement innovantes. Le marché du médicament se concentre sur

un nombre réduit de thérapeutiques, 24 classes sur 344 réalisent la moitié du chiffre d'affaires (maladies cardio-vasculaires, gastro-œsophagiennes, sanguines et infectieuses, asthme).

La *progression des génériques en France est réelle* : ils représentent en 2004 **31% des présentations remboursables mais seulement 7% des ventes**. Seules 75 classes thérapeutiques sur 345 possèdent des présentations génériques. Celles-ci représentent certes désormais 69% des mises sur le marché, mais elles ne sont à l'origine que de 21% de la croissance du marché en contribuant à la modération des prix, elles appartiennent en réalité à des classes en déclin.

En revanche des présentations liées à des *produits dits innovants* sont mises sur le marché, alors qu'elles ne représentent que **16% des nouvelles présentations**, elles contribuent à près de la *moitié de la croissance du marché*, elles pratiquent des *prix bien supérieurs*.

Notre système de santé est-il inefficace comparativement aux systèmes de santé étrangers ?

En France, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 9,1 ans entre 1960 et 2004, ce qui est proche des gains enregistrés en moyenne dans les pays de l'OCDE. En réalité, notre système contient à la fois des forces et des faiblesses.

Des forces : Nous sommes au **4e rang mondial pour l'espérance de vie des femmes**, après le Japon au 1er rang (85,3 ans), et maintenant l'Espagne (83,7 ans) et la Suisse (83 ans). L'effet canicule de 2003, entraînant la mort de nombreuses femmes très âgées a joué dans cette dégradation relative, puisque nous étions au 2e rang mondial. Le *taux de mortalité infantile* a encore reculé depuis 2000. Nous sommes au **6e rang avec 3,9 %** en 2004, en tête l'Islande 2,4‰, le Japon 3‰, la Suède et la Finlande 3,1‰, tandis que le taux de mortalité pour causes cardio-vasculaires est de loin le plus bas de l'Union européenne.

Des faiblesses : des inégalités sociales de santé inacceptables. Nous ne sommes qu'au **13e rang mondial pour l'espérance de vie des hommes à la naissance en raison de la mortalité prématurée des hommes ouvriers**. Ainsi, il existe un écart de 6 ans et demi entre l'espérance de vie à 35 ans des hommes ouvriers et celle des cadres et professions libérales. La *surmortalité des hommes exerçant une profession manuelle est de 71% supérieure à celle de ceux exerçant une profession non manuelle*, alors que cette différence est comprise entre 33 et 53% dans d'autres pays européens. La prévention reste encore marginale (2,3% des dépenses d'assurance maladie) et très inégalitaire. Paradoxalement les salariés les plus modestes, les plus précaires et les plus pauvres ont le moins recours à la prévention. L'impact de l'environnement et des conditions de travail sur la santé n'est pas suffisamment pris en compte, de même la prévention de la dégradation de la santé au travail est gravement insuffisante, tandis que la médecine du travail subit une grave crise.

On relève aussi d'insupportables *inégalités régionales* de santé. Par exemple il y aurait **110 spécialistes pour 100 000 habitants en Picardie, mais le double dans la région PACA**. Les inégalités régionales recoupent les inégalités sociales de santé et se traduisent par de forts écarts au niveau des indicateurs de santé. En outre, les dépenses de santé sont de moins en moins bien remboursées en France, notamment au regard des comparaisons internationales. Cela engendre des phénomènes de renoncement aux soins pour les plus modestes.

A lire pour compléter votre information

- Résultats étude Éco-Santé OCDE 2006, entre 1990 et 2004
http://www.oecd.org/document/50/0,2340,fr_2649_201185_36991730_1_1_1_1_00.html
- Consommation de soins et de biens médicaux
http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATFPS06302&tab_id=360
- indicateurs socio sanitaires - comparaisons internationales - évolution 1980-1994
<http://www.sante.gouv.fr/drees/kebec/index.htm>
- Les comptes nationaux de la santé 2005 - Etudes et Résultats, n°505
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er505/er505.pdf>
- # Les Comptes nationaux de la santé en 2005 - Etudes et Résultats, n°505, 07/2006 (document de travail)
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat100.pdf>
- La base 2000 des Comptes de la santé : méthodologie
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat99.pdf>

La T2A, c'est quoi ?

Lancée par Jean-François Mattéi et mise en place par la droite, la réforme de la Tarification à l'Activité (T2A) vise à harmoniser les modes de rémunération des activités entre les établissements hospitaliers public et privé. Il s'agit de passer d'un système qui alloue un budget global (la dotation globale) à une répartition basée sur la nature et le volume des soins réellement produits. Son principe : c'est l'activité effectuée, c'est à dire la nature et le volume des soins produits, qui détermine directement les ressources de l'hôpital.

"L'activité" regroupe l'ensemble des prestations réalisées durant un séjour hospitalier. La réforme ne concerne que les activités MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) des établissements publics et privés entraînant une hospitalisation avec ou sans hébergement (hospitalisation à domicile et consultations et actes externes). Ne sont pas concernés par la réforme les Soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie et, pour l'instant, jusqu'à leur intégration en T2A, les soins de longue durée (SLD) et le financement tripartite (Assurance Maladie, département, patient). En outre, perdurent des forfaits annuels liés "à la permanence des soins" (urgences, prélèvements d'organes, ...) et des dotations pour assurer des "missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation" (MIGAC).

La T2A, comment ?

Les séjours des patients sont mesurés à partir de critères précis : durée de séjour, diagnostics principaux, actes pratiques figurant sur la nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et diagnostics associés considérés comme Complications ou Morbidités Associées (CMA). Ces séjours sont ensuite classés dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM) auxquels on affecte un tarif et qui deviennent alors GHS (Groupe Homogène de Séjour). Il y a aujourd'hui plus de 703 GHS dont les tarifs doivent couvrir la totalité des dépenses réalisées au cours d'un séjour hospitalier, dont les consommables, les Dispositifs Médicaux (DM), les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) et d'autres équipements tels que radiologie...

La T2A, quand ?

Dans le secteur public, la T2A est appliquée depuis le 1er janvier 2004 avec une période de transition qui s'achève en 2012 : une portion croissante du budget des hôpitaux publics est soumise progressivement à la T2A (actuellement 35 % du budget ; en 2008 : 50% du budget; en 2012 : 100% du budget).

Dans le secteur privé, elle est aujourd'hui appliquée intégralement, et ce, depuis le 1er mars 2005 avec, là aussi, un système transitoire qui permet également le basculement vers ce nouveau financement.

Que propose Ségolène Royal pour l'hôpital public ?

L'hôpital public est en crise financière, le budget des établissements étant en insuffisance chronique d'un milliard d'euros par an. La chirurgie publique recule d'année en année. Il s'agit de stopper cette hémorragie, en commençant par geler la convergence tarifaire à marche forcée conduite avec le secteur privé, dont les contraintes ne sont pas identiques.

La droite a coupé massivement dans les dépenses hospitalières et remis en cause la pérennité de la présence d'hôpitaux publics sur tout le territoire. **L'égalité territoriale n'est pas assurée et doit être à nouveau garantie.**

Face à ce démantèlement programmé, le Pacte Présidentiel de Ségolène Royal veut assurer de façon pérenne le financement de l'hôpital public, de manière à lui permettre de faire face à toutes ses missions en veillant à l'égalité territoriale d'accès aux soins.

Un changement de cap est nécessaire.

Il suppose de « découper » l'ONDAM, c'est à dire le montant total des sommes consacrées chaque année aux dépenses de santé, en **deux enveloppes** : l'une consacrée aux **priorités de santé publique** et aux **missions d'intérêt général et de service public**, l'autre dédiée au financement des **actes et des soins tarifés**.

Il convient également de **relancer l'investissement**, y compris dans le secteur médico-social, notamment pour **moderniser les systèmes d'information**.

Pour prévenir les inégalités territoriales, **les deux enveloppes de l'ONDAM seront réparties entre les régions sur la base d'indicateurs** de morbidité, de mortalité, de démographie en tenant compte de leurs spécificités dans le dispositif de prévention, d'offre de soins, d'enseignement et de recherche. **La contribution de l'usager aux soins restera fixée nationalement.**

Ces évolutions devront s'appuyer sur une **concertation avec toutes les parties, en particulier les personnels**, aujourd'hui absents des processus de décision : cette condition est indispensable pour conduire une véritable politique de modernisation du service public, et permettre à l'hôpital de redevenir un pôle d'excellence.

Vers un hôpital rentable ?

La tarification à l'activité (T2A) est un nouveau dispositif de financement des établissements de santé. A l'hôpital, ce système risque d'induire une recherche de la rentabilité et d'entraîner de graves conséquences sur la prise en charge des patients.

Ce sont désormais les activités d'un hôpital qui déterminent directement ses ressources.

Contrairement au système de dotation globale où les budgets alloués aux établissements étaient reconduits d'année en année par rapport aux budgets de l'année précédente, la tarification à l'activité, dite T2A, instaurée en 2004 dans le cadre du plan "Hôpital 2007" remet à plat le financement des établissements de santé. L'ancien dispositif avait comme inconvénient majeur le maintien mécanique des moyens d'un établissement, quelle que soit l'évolution de son activité. La T2A corrige cela. Mais, ce nouveau dispositif impose de rapprocher les systèmes de financement du secteur public et du secteur privé à but commercial qui deviendraient à terme identiques, donc comparables, pour les mettre en concurrence.

La profession médicale craint, à raison, certaines dérives. Car ces deux catégories d'établissement de santé n'ont ni les mêmes missions ni les mêmes clinique privée spécialisée dans une activité de chirurgie programmée ne peut se comparer à un établissement public de santé qui accueille sans distinction tout type de chirurgie, programmée ou non.

L'établissement public de santé sera lui forcément obligé d'avoir des infrastructures beaucoup plus coûteuses pour assurer ses missions de service public.

Par conséquent, la fixation d'un tarif unique pour un type de chirurgie donné va avantager considérablement la clinique privée spécialisée dans cette activité. Et mettre en concurrence deux structures recevant, de par leur localisation géographique, des populations différentes, placerait celle ayant en charge les personnes socialement défavorisées, devant l'impossible choix de trier la prise en charge de ses différents patients afin d'être rentable ou... de disparaître, d'augmenter son activité ou diminuer les séjours d'hospitalisation, ou pour un

service déficitaire, de réduire son personnel ou supprimer des activités. Un tel choix ne peut être envisageable. Qui plus est pour un établissement public ! La fixation d'un tarif unique va également favoriser certaines d'activités jugées rentables, au détriment d'autres. Il s'en suivra inévitablement un « écrémage » selon les pathologies et les disciplines, qui aura des conséquences en matière de santé publique. Bref, ce système pourrait conduire l'hôpital à remettre en cause sa vocation à prendre en charge tous les types de soins et de patients.

La mise en place de la T2A a été progressive, mais le gouvernement a prévu d'aboutir à cette convergence tarifaire en 2012. Mais compte tenu des zones de flous, de l'imperfectibilité des évaluations, il semble impossible d'effectuer une telle réforme à marche forcée.

Hebdo des Socialistes n°442

Le point de vue de Claude Evin, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)

"Cette réforme vise en effet à rapprocher le financement du public de celui du privé, plus lucratif, dans un souci de convergence.

Ce que nous refusons.

Je plaide personnellement pour un versement mixte entre tarification à l'activité et dotation globale.

Il appartient aux hôpitaux d'assumer des missions d'intérêt général qui ne relèvent pas nécessairement de la T2A. Les systèmes de tarification en vigueur doivent donc perdurer pour leur permettre de faire face aux contraintes qui sont les leurs.

La T2A accentue l'affaiblissement du champ public et de l'offre chirurgicale au bénéfice des cliniques privées, au prix d'une concurrence accrue entre acteurs public et privé.

Nous devons donc mettre au point un nouveau mode d'allocation de ressources prenant davantage en compte l'activité médicale des établissements, en sanctuarisant les financements, permettant ainsi de maintenir un service hospitalier de qualité.

En France, près de 40 % de l'offre hospitalière est prise en charge par des établissements privés. Ce chiffre atteint même 60 % dans le secteur chirurgical.

Nous devons clairement sortir de cette logique."

Propos recueillis par B.T.

Hebdo des Socialistes n°442

«Il va falloir créer une 5e branche de la sécurité sociale, nos sociétés qui font face à la question du vieillissement et de la dépendance ne peuvent plus reposer sur des solutions partielles. » (22 mars 2007 à Saint-Maur-des-Fossés (Val-de-Marne))

Prendre en charge le vieillissement, le grand défi de Ségolène Royal

La France connaît aujourd'hui 13 millions de retraités. Dans dix ans, ce chiffre dépassera les 15 millions. A la même date, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans aura progressé de 75 % soit 800 000 supplémentaires. Le vieillissement de la population est en effet un des deux ou trois changements majeurs qui vont à coup sûr toucher notre société. Or il faut hélas reconnaître que ce sujet demeure encore trop peu présent dans le débat public.

Tout d'abord, à structures inchangées demeure un problème, le déficit de la branche vieillesse qui se creusera dans les années à venir si l'on ne sort pas des impasses de la loi Fillon. Les injustices s'aggravent de jour en jour et le risque de paupérisation des personnes âgées est là. On dénombre déjà fin 2006 environ 1 million de personnes âgées sous le seuil de pauvreté. Mais pour traiter le sujet de la vieillesse, il faut éviter le double écueil trop souvent constaté : soit celui du seul débat technique entre experts sur le financement des retraites ; soit celui d'une approche strictement compassionnelle, et finalement stigmatisante, sur le sort des personnes âgées dans notre société. La charité, aussi louable en soit l'intention, ne peut pas remplacer la solidarité.

Les Français vivent de plus en plus longtemps, et de plus en plus longtemps en bonne santé. L'allongement de la vie doit être une chance et ne doit pas se transformer en angoisse pour les personnes âgées et leur famille. Car non, ce n'est pas un handicap accablant, mais un enrichissement pour la société tout entière ! Il est insultant de réduire à un discours catastrophiste le progrès qui a amené la France à franchir le seuil des 80 ans en matière d'espérance de vie. *Face aux "déclinologues" qui y voit un signe de l'affaiblissement d'une Nation ; il faut au contraire valoriser l'accumulation de savoirs, d'expériences, de sagesse, que porte en lui ce vieillissement.* Cela suppose d'en finir avec l'exclusion de l'âge, cette tendance à voir dans le fait de vieillir une forme de déchéance et, par peur ou par ignorance, à organiser consciemment ou inconsciemment la mise à l'écart des personnes âgées. Et nous avons tous en mémoire la catastrophe des conséquences de la canicule de 2003, les personnes âgées sont victimes de véritables discriminations liées à leur âge.

Cela suppose de préparer notre société. Car l'angélisme est aussi dangereux que le catastrophisme : le vieillissement constitue un grand défi pour la puissance publique, qui doit accompagner, susciter les changements de mentalités, en étant exemplaire dans ses réponses. Qu'il s'agisse de l'arrivée massive à la retraite des "baby boomers" dans les 10 prochaines années ou de l'augmentation très forte des plus de 85 ans (1 850 000 en 2015 contre un peu plus d'1 million aujourd'hui), les adaptations devront concerner tous les aspects de l'organisation de notre société.

L'aspiration à une retraite non seulement décente mais citoyenne, la prévention et la prise en charge de la dépendance, inévitable chez les nonagénaires et les centenaires de plus en plus nombreux, le droit à l'égalité d'accès à la santé représentent des exigences profondes et

justes. *Depuis 5 ans, et encore aujourd'hui, la droite se montre incapable d'assumer la formidable innovation qu'est l'allocation personnalisée d'autonomie, préférant délibérément laisser les départements en première ligne, et désengageant l'Etat par dogmatisme.*

Avec le départ de la vie active de plus en plus précoce et les progrès de la médecine, une écrasante majorité souhaite pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible. Pour les plus dépendants se pose le problème d'accéder à un mode d'accueil collectif. L'exercice de ce choix suppose que l'offre soit diversifiée, accessible, notamment en terme de coût, et de qualité. Il est urgent de créer les conditions d'exercice de cette liberté, du point de vue de la personne âgée et notamment de ses ressources ; du point de vue de la collectivité et des moyens et services qu'elle met en œuvre.

Améliorer le pouvoir d'achat des personnes âgées et des retraités

Pour assurer cette liberté des personnes âgées, encore faut-il leur garantir les moyens de leur existence. Le problème du pouvoir d'achat des personnes âgées et retraités est au cœur des enjeux qui doivent nous mobiliser. Trop de personnes âgées renoncent à des soins, à un logement adapté, aux déplacements et à la mobilité, gages d'une vie sociale maintenue, ou tout simplement à une vie digne, parce que leurs ressources sont trop faibles. Le risque est grand que cette tendance s'aggrave : l'arrivée à la retraite de générations marquées par le chômage risque de se traduire par des retraites moindres ; les effets « des réformes » de 1993 et de 2003 sur le calcul des retraites commencent à se traduire par une diminution de celles-ci. Les organisations syndicales tirent la sonnette d'alarme : 60% des pensionnés perçoivent une retraite inférieure à 900 euros par mois. C'est pourquoi une remise à plat de la réforme de 2003 est nécessaire, avec l'impérieuse nécessité de revaloriser les petites pensions, en particulier pour les femmes qui n'ont pu cotiser à taux plein. *Ségolène Royal entend donc rapprocher à termes le niveau garanti des retraites de celui du SMIC qui sera lui-même sensiblement relevé au cours de la prochaine législature, tout en proposant une majoration de 5 % dès cette année pour les retraites inférieures à 985 euros.*

Favoriser la participation des personnes âgées et retraités à la vie démocratique et citoyenne

Le départ en retraite ne doit plus être vécu comme un couperet séparant activité et inactivité sociale alors qu'aujourd'hui un homme ou une femme cessant son activité professionnelle dispose en moyenne de plus de 20 ans d'espérance de vie devant lui ou devant elle. La revendication d'une vie et d'une implication sociale est légitime pour les retraités. Il convient de proposer une action permettant à un grand nombre de retraités de trouver leur place et d'être utiles à une société qui a besoin de leur expérience et de leur compétence.

Leur voix est trop peu écoutée. La concertation devra aussi concerner les personnes âgées elles-mêmes. *Pour Ségolène Royal, une profonde réforme du comité national des retraités et des personnes âgées (le CNRPA) dans le sens d'une meilleure représentation contractuelle des associations concernées, s'impose.* De même les CODERPA, dans chaque département, devront être plus systématiquement saisis de tout projet touchant aux personnes âgées. C'est ainsi par cette reconnaissance que nous contribuerons à favoriser la participation des personnes âgées et retraités à la vie démocratique et citoyenne.

Une autre politique de santé mieux adaptée aux patients les plus âgés est nécessaire.

✚ La politique d'aide au maintien à domicile reste la priorité des personnes concernées et la solution la moins onéreuse, mais celle souhaitée par la majorité des personnes âgées. Mais la

réussite du soutien à domicile passe par un *accès garanti aux soins* et par le *développement des services d'aide à domicile*. Or force est de constater, comme le soulignait un récent rapport de la Cour des Comptes, que la situation actuelle n'est pas satisfaisante, en particulier l'insuffisance des places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). C'est pourquoi *Ségolène Royal s'engage à créer 10 000 places par an de services de soins infirmiers à domicile*.

✚ Enfin, le travail admirable accompli dans les services de soutien à domicile doit être davantage soutenu, en termes de reconnaissance, de professionnalisation et de rémunération. *C'est pourquoi Ségolène Royal engagera une politique d'amélioration des services rendus en accordant une priorité au recrutement et à la formation des personnels. Cette action conduira à une plus grande attractivité des carrières sanitaires et sociales au service des personnes âgées.*

✚ Les phénomènes vieillissement apparaissent souvent de manière progressive : un développement de la prévention, un plan de recherche et de lutte contre la maladie d'Alzheimer et une meilleure formation à la gériatrie ont donc toute leur place, ainsi que le développement de réseaux de soins et une meilleure articulation entre le sanitaire et le médico-social.

✚ La situation des aidants familiaux doit également être reconnue. Tout particulièrement pour les familles confrontées à la maladie d'Alzheimer et aux pathologies dégénératives. Elles souffrent encore trop de l'isolement, et sont exposées à des risques d'épuisement physique, psychologique. Il nous faut répondre à l'insuffisance de lieux d'écoute et de soutien, autant qu'à la nécessité de développer rapidement les structures d'accueil de jour. *Une coordination territoriale renforcée : les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), créés par la gauche en 2000, seront évalués puis relancés.*

✚ Financièrement les résidents et leurs familles participent à 60% aux dépenses des établissements, contre moins de 5% dans les hôpitaux. Alors que la droite réforme l'impôt sur les successions pour les plus riches, l'aide sociale départementale peut intervenir pour ceux qui n'ont pas les moyens, mais se fait ensuite rembourser au décès de la personne âgée sur ses biens, privant ainsi les familles les plus modestes de tout héritage. *Ségolène Royal engagera un effort de solidarité nationale de sorte que l'Etat finance bien l'APA à concurrence de 5 % des besoins, conformément aux engagements pris en 2001* lorsque cette loi a vu le jour sous la responsabilité de Paulette Guinchard, et qui ont été abandonnés depuis par la droite, et *mettra en place un traitement à la fois sérieux et indispensable du problème du "reste à charge" pour les familles qui doivent assumer le coût d'un hébergement en établissement*. Enfin Ségolène Royal s'est prononcée en faveur de l'augmentation du "reste à vivre", la somme restant aux pensionnaires sous aide sociale et vivant en maisons de retraite *"Le reste à vivre doit passer de 75 euros à au moins 150 euros"*.

✚ L'amélioration de l'offre de soins passe aussi par une prise en charge à l'hôpital adaptée aux *pathologies liées au vieillissement*. Les filières gériatriques devront y être davantage reconnues. La manière dont l'hôpital public accueille les personnes âgées constitue un indicateur pertinent de sa qualité globale. Il faut que notre société et notre système de soins évoluent sur le regard qu'ils portent sur la fin de vie, dans le sens d'une reconnaissance du droit à partir dans la dignité. Il y a nécessité de rattraper notre retard en matière de soins palliatifs, et aussi, et la question n'est pas spécifique aux personnes âgées, de reconnaissance, par la loi, d'une

autorisation d'assistance médicale à la fin de vie, dans des conditions strictes de respect de la volonté du malade et d'accompagnement de la personne et de sa famille. Rendre la mort plus douce et plus digne, c'est aussi d'une certaine façon changer la vie

Parallèlement, il faudra engager un effort en faveur du logement adapté

Nos concitoyens dans leur ensemble se heurtent aux effets de la crise du logement. 120 000 logements sociaux devraient être mis en chantier chaque année. Parmi eux, il faudra réserver une part significative de logements adaptés, intégrant le vieillissement des occupants. Et pour garantir les conditions du soutien à domicile, il est nécessaire que l'Etat s'engage, aux côtés des bailleurs sociaux, dans une *politique active d'adaptation des logements existants*.

Il nous faut aussi développer les modes d'accueil collectif.

Le recours à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est souvent indispensable, notamment quand la dépendance survient. Il faut donc en finir avec l'organisation diffuse d'une pénurie future de places en établissements. Les chiffres sont criants : alors que les études récentes s'accordent à juger nécessaire la création de 40 000 places d'ici à 2010, la droite propose ... 5.000 places par an d'ici à 2012, alors même que 31.000 places sont bloquées actuellement, faute de crédits pour médicaliser ces places qui correspondent à des besoins déjà identifiés !

Cette raréfaction organisée, qui s'accompagne de la fuite des maisons de retraite dans la privatisation, est doublement fautive : elle se répercute directement sur les personnes âgées à la recherche d'un établissement proche de chez elles; elle renchérit le coût de l'hébergement. Avec pour conséquence le fait que des maisons de retraite deviennent parfois inaccessibles puisque la part payée par les 680 000 résidents hébergés en établissements et leurs familles, soit près de trois millions de Français, peut atteindre 2 000 euros par mois, la retraite moyenne étant autour de 1 000 euros !

Ségolène Royal propose donc d'augmenter le nombre de places dans les structures d'accueil existantes. C'est d'abord une question d'humanité. Mais un strict calcul économique souligne l'aberration des restrictions : la médicalisation des 31 000 places actuellement bloquées représenterait une dépense pour l'Etat de 200 millions d'euros mais elle se traduirait par un investissement de plus de 2 milliards d'euros, pour l'essentiel non public, injecté dans l'économie. Ainsi que par la création directe de 15 à 20.000 emplois dans ces établissements.

C'est pourquoi un vaste *plan de professionnalisation durable* est indispensable. Ces emplois sont potentiellement nombreux (on estime à 350.000 à créer dans ce secteur pour les 10 prochaines années), emplois non délocalisables et qui contribuent à l'aménagement du territoire, notamment en milieu rural.

Le renforcement de la solidarité en faveur de nos aînés suppose une volonté politique forte et des moyens accrus

C'est donc un véritable changement d'échelle, à la mesure du vieillissement de la population, que Ségolène Royal propose !

Cette volonté politique conduit à poser la question des moyens nécessaires à la réussite de cette ambition. Qui peut penser qu'une telle évolution de la demande sociale pourra être satisfaite à moyens constants ? Ségolène Royal, qui propose la *création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale*, s'engage à financer les questions du grand âge et de la dépendance par *redéploiement de fonds publics, qui sera le premier sujet de la "conférence nationale sur la croissance et les revenus*.

Quelques chiffres sur le handicap

- 5 millions de personnes handicapées en France, dont 2 millions de personnes à mobilité réduite
- 30% des déficiences motrices sont d'origine accidentelle
- Plus de 500 000 personnes sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité, 800 000 personnes sont allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et 12 400 personnes sont bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne
- 135 000 enfants handicapés sont accueillis dans les établissements scolaires du milieu ordinaire et 110 000 enfants sont accueillis en établissements spécialisés
- Environ 100 000 adultes handicapés sont accueillis en établissement médico-social et 110 000 en centre d'aide par le travail
- La proportion des dépenses de protection sociale liées au handicap reste stable par rapport à l'ensemble de dépenses sociales depuis cinq ans (6,5%). Elles ont connu entre 2000 et 2005 un taux de croissance annuel moyen de 5,1% en euros courants, passant de 25,2 à 32,4 milliards d'euros.

Etude DREES, n°554, février 2007 - Le compte social du handicap de 2000 à 2005 :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er554/er554.pdf>

Changer le regard de la société sur le handicap" !

Mobilité réduite, déficit mental, absence d'autonomie... En France, plus de 5 millions de personnes sont concernées. Il y a tant à faire pour les personnes handicapées qu'on finit par se demander si, un jour, leur sort pourra susciter d'autre sentiment politique que l'indignation, la compassion, la révolte ou l'impuissance. L'intégration des handicapés, promue «grand chantier» du quinquennat par Jacques Chirac, au même titre que la sécurité routière et la lutte contre le cancer, est loin d'être acquise !

Le 11 février 2005, la "loi handicap" a été promulguée. Cette loi, au mieux, est passée inaperçue. Au pis, elle a suscité l'hostilité des associations, parce qu'elle a déçu dans un contexte de répartition de la pénurie. L'écart qui se creuse entre les discours et le terrain finit par nourrir une forme de révolte sociale. Quelques exemples frappants ;

- ✚ La loi n'a pas amélioré les revenus des handicapés puisque l'allocation adulte handicapé (AAH) n'atteint toujours que 80 % du Smic,
- ✚ Les aides légales (ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personnes), et/ou PCH (Prestation de compensation du Handicap); nouvelle prestation accordée à compter du 1er janvier 2006 par la Commission des droits et de l'autonomie des Personnes Handicapées en remplacement de l'ACTP et versée par les conseils généraux) sont très en dessous du montant réel des dépenses engagées (certains fauteuils valent plus de 25 000 euros!)
- ✚ Alors que Ségolène Royal avait mis en place Handiscolé qui avait permis de multiplier par dix le nombre d'enfants handicapés scolarisés, avec la Droite on constate aujourd'hui sur le terrain qu'avec la disparition des aides-éducateurs, les parents sont refoulés avec leur enfant - notamment les petits trisomiques, qui ne sont même plus accueillis à l'école maternelle - et des centaines d'enfants handicapés sont rejetés du système scolaire.

- ✚ aujourd'hui seulement 37% des handicapés ont un emploi contre 73% pour l'ensemble de 20-59 ans. Bien peu d'efforts sont réalisés dans notre société pour faciliter l'accès à l'emploi des handicapés. Parmi ceux qui ont obtenu la reconnaissance administrative de leur handicap dans le cadre de la loi de 1987, seulement 37% ont un emploi, contre 73% pour l'ensemble de 20-59 ans dans la population. Par ailleurs, les personnes handicapées ont un taux de chômage largement supérieur à la moyenne (12% contre 9%). Elles cumulent non seulement un handicap physique ou mental auquel rares sont les entreprises qui veulent bien s'y adapter ; mais, en plus, elles souffrent d'une moindre qualification que la moyenne. D'ailleurs depuis son instauration en 1987, l'obligation faite à près de 100 000 employeurs de compter au moins 6% de handicapés n'a jamais dépassé le stade du vœu pieux, quitte à plus d'un établissement sur trois à payer une amende, et ce taux, qui stagne depuis dix ans, avoisine en fait 2,6 % des effectifs à temps plein selon les critères de la loi du 11 février 2005 (contre 4,2 % avec l'ancien mode de décompte en "unités bénéficiaires" de la loi du 10 juillet 1987)

- ✚ Accéder à son habitation, se déplacer dans sa maison sont des actes de la vie courante qui ne posent pas de problèmes à la majorité des personnes, mais cela peut devenir particulièrement difficile pour les 22,5 millions de personnes déclarant au moins une déficience. 1,2 million d'entre eux rencontrent d'importants problèmes d'accessibilité à leur logement, parmi eux une majorité de personnes de plus de 60 ans. Chez celles qui cumulent plusieurs déficiences physiques ou une déficience physique et mentale, le problème est encore plus marqué et peut même obliger la personne à rester confinée chez elle.

- ✚ La participation des personnes handicapées à la vie sociale, culturelle, sportive, reste relativement restreinte en raison du manque d'aménagements spécifiques et de leurs faibles revenus. Des problèmes liés aux déplacements, d'accessibilité, la faiblesse des revenus des personnes handicapées ne leur permettent toujours pas d'accéder aux mêmes loisirs que le reste de la population. Ainsi 25% des personnes handicapées déclarent ne pas aller assister à des spectacles, sportifs ou non, au cinéma, au théâtre, à des concerts, etc., contre 13% des personnes ne déclarant pas de déficience

- ✚ Un quart des personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans ne part jamais ou presque jamais en vacances. Les difficultés de mobilité sont sans doute pour une grande part dans cet état de fait. Les efforts des collectivités, des moyens de transports, des hébergements, ... ne sont pas encore assez significatifs pour rendre les déplacements de ces personnes beaucoup plus aisés. Mais les bas revenus expliquent également ce faible taux de départ en vacances.

"Il faut changer le regard de la société sur le handicap"!

Ségolène Royal a des idées nouvelles en matière de handicap.

- ✚ Actuellement 12 000 enfants ne sont pas scolarisés. Ségolène Royal fera de l'intégration scolaire une priorité : la règle doit être l'intégration en milieu ordinaire, les structures spécialisées l'exception, lorsque le handicap ne la rend réellement pas possible. Il faudra en particulier accentuer la formation des maîtres et professeurs.
- ✚ les allocations et compensations seront revalorisées pour que les personnes handicapées puissent vivre décemment sans surcoût lié au handicap : l'Allocation handicap sera augmentée de 5% puis indexée sur la hausse du SMIC. Les conditions d'attribution de l'allocation adultes handicapés (AAH) seront adaptées aux maladies évolutives à diagnostic incertain. Actuellement ce sont les départements qui sont compétents en la matière de répartition des aides; cette

compétence sera transférée aux Régions dans le cadre de la Régionalisation.

- ✚ Plutôt de contraindre les entreprises à employer des handicapés, Ségolène Royal propose des **aides à celles qui en embaucheront** et un système de **bonus-malus** sera instauré.
- ✚ Ségolène Royal agira pour que les personnes handicapées puissent **exercer tous leurs droits de citoyens** comme le droit aux transports en commun, aux loisirs, qu'ils bénéficient tous du droit du travail, de tous les services publics, de la culture, du sport.
- ✚ En cas de **discrimination** (à l'embauche, dans une école), le **recours à la Halde** (haute autorité de lutte contre les discriminations) sera facilité.
- ✚ Dorénavant **toute loi devra prendre en compte les handicapés dans son texte**. Si ce n'est pas le cas, possibilité de saisir le Conseil constitutionnel, ce qui fera l'objet d'une **réforme constitutionnelle**.

Santé et Environnement

Il ne peut y avoir de politique de santé, voire de politique tout court, sans une politique de l'hygiène de vie et de l'environnement. Ceci concerne la qualité de l'air, le respect de l'environnement, la qualité de la nourriture, la pratique du sport, etc. Ces soucis de l'hygiène de vie et de l'environnement sont certainement nés, sous leur forme actuelle, en Californie il y a plusieurs décennies, sous le regard ironique du reste du monde. Pour faire court, ces soucis ont longtemps été considérés comme une forme de snobisme de bobos-écologues. Aujourd'hui, il y a eu prise de conscience que non seulement l'hygiène de vie et l'environnement jouent réellement sur notre santé et notre qualité de vie, mais de plus sur la survie même de notre civilisation, voire de notre espèce. La révélation du réchauffement climatique et de sa probable cause humaine a servi de déclencheur à cette prise de conscience durant la dernière décennie.

On pourrait en conclure que les thèmes de l'hygiène de vie et de l'environnement sont une cause politique majeure partagée depuis longtemps par tous les candidats à l'élection présidentielle de 2007. La surprise est qu'il n'en est rien ! A part Ségolène Royal qui, avant même les primaires du parti socialiste, faisait de l'excellence environnementale un des piliers de son programme, tout comme il l'est dans sa gestion de la région Poitou-Charentes, aucun autre candidat "généraliste" n'avait mis l'environnement au cœur de son programme. Il a fallu le battage médiatique de Nicolas Hulot pour amener les autres candidats (pas tous, certains à l'extrême gauche et l'extrême droite ont refusé la signature du pacte écologique de Hulot) à introduire ces thèmes à petites doses dans leur programme. C'est assez dire l'absence de projection vers le futur de ces candidats. Et quand on voit la très faible place accordée à l'environnement par les programmes récemment publiés des candidats de la droite, signataires pourtant du pacte de Nicolas Hulot, on comprend la colère de ce dernier, qui devrait cependant par soucis d'objectivité rappeler que seule Ségolène Royale reste cohérente et garde aux thèmes écologiques une place centrale. Les médias aussi feraient bien de lire et écouter les candidats avant de clamer que tous ont trahi Nicolas Hulot, sans répercuter les propositions de Ségolène Royal.

Bien sûr, Ségolène Royal fut ministre de l'environnement et c'est elle qui a rapporté en France le thème du réchauffement climatique en 1992, bien avant que quiconque du milieu

politique en soit informé. Cette avance dans la sensibilisation n'explique pas tout cependant. Une vision globale du présent et du futur de notre nation et du monde est ce que nous attendons d'un chef de l'état, et en l'occurrence Ségolène Royal est bien la seule à montrer une telle vision de chef d'état parmi les prétendants au « trône ».

L'approche de Ségolène Royal sur le sujet, auquel elle consacre 9 propositions de son pacte présidentiel, de la proposition 60 à 68, est multiple, car elle y inclut aussi bien le soucis de la santé que celui des nouvelles perspectives de développements non délocalisables liés aux énergies nouvelles, que la restructuration du territoire et de l'agriculture vers une agriculture de qualité.

La proposition 61 du pacte concerne la **lutte contre le réchauffement climatique**, priorité des priorités, sur laquelle elle détaille des mesures très précises.

La proposition 65 aussi est d'une extrême importance, car elle entend **promouvoir une agriculture qui assure une alimentation de qualité, respectueuse de l'environnement**. Pour cela Ségolène Royal propose une **réforme de la PAC** permettant d'encourager l'agriculture de qualité et en particulier de **subventionner l'agriculture biologique**.

La proposition 66 dans la foulée propose un **moratoire sur les OGM en plein champ**, ce qui a une importance fondamentale pour préserver l'agriculture biologique et la santé des consommateurs, car on sait que plus résistants, les céréales OGM peuvent cannibaliser les autres cultures au détriment de la biodiversité, alors que leur innocuité pour le consommateur est loin d'être prouvée, les OGM comportant dans leurs gènes la capacité de produire certains pesticides.

La proposition 67 vise à **prévenir l'impact des pollutions sur la santé**. Entre autre, cette proposition prévoit de mettre en œuvre un **programme national de réduction de l'utilisation des pesticides et de se fixer un objectif de "zéro déchet industriel d'ici 2012", ce qui contribuera fortement à limiter la dissémination des polluants**.

Enfin, comme rappelé dans notre dernier numéro spécial éducation, Ségolène Royal a détaillé devant les instances sportives un ensemble de mesures pour permettre un plus large accès à la pratique sportive.

Et pour finir ce survol, rappelons aussi la proposition 43 du pacte, concernant la mise en œuvre d'une politique de **lutte contre l'obésité**. C'est d'abord une politique de **prévention** de cette maladie qui doit être privilégiée. Il faut **dès le plus jeune âge, à l'école, apprendre aux enfants à se nourrir correctement**, et systématiquement prendre en compte cette dimension dans les programmes éducatifs.

Dignité

La vie est un long fleuve tranquille, comme le dit Etienne Chatiliez dans son film de 1988. Enfin il est plus ou moins tranquille, le fleuve. La navigation y est plus ou moins facile et chacun, d'un coup de pagaie adroit, exerce son libre-arbitre, pour tenter d'éviter les écueils plus ou moins mousseux, par la droite ou par la gauche. C'est la vie même que de pouvoir exercer ses choix dignement, avec responsabilité.

Si la source peut se déterminer simplement, le fleuve a une fin, inexpliquée et inexplicable. Les religions tentent de n'en faire qu'une simple étape. Il est certain que c'est le franchissement d'un rapide sacrément délicat. Les philosophes tentent, eux aussi, de mieux comprendre ce qu'est la vie et ce qu'est sa fin. Les médecins ne sont guère mieux lotis, même en mettant en œuvre toutes les ressources de la science. Quelle est vraiment la fin ?

D'autant plus que les progrès médicaux aidant, la fin recule de plus en plus, remédiant par là même à ce que pourrait être l'issue naturelle. Mais la volonté de vivre s'élève-t-elle au dessus de la douleur, au dessus des possibilités humaines, au dessus du délabrement physique ou intellectuel ?

Tout se complique donc, chacun donne son point de vue. Certains voudraient expliquer alors que d'autres ne voudraient que ressentir. Certains voudraient convertir et d'autres voudraient seulement prolonger. Certains voudraient être reconnaissant plus longtemps et d'autres voudraient éviter les souffrances. Enfin, ne serait-il pas paradoxal de vouloir rétablir un certain type de peine de mort, alors qu'il n'y a pas si longtemps que la peine de mort judiciaire a été abolie ? Serait-ce une peine de mort médicale ?

Et la société dans tout ça ? Mais, la société, c'est nous ! C'est un consensus social, un consensus politique, qui doit s'établir, en respectant la liberté de chacun.

Jadis, dans les petits villages, souvent la dernière rue empruntée, chemin vers le cimetière, s'appelait la rue de l'Égalité.

BILLET D'HUMEUR

Billet de mauvaise humeur pour un dimanche noir !

Xavier Bertrand quitte son ministère comme un voleur ! Voleur d'espoir, voleur de sécurité médicale, voleur de dignité !

Le 4 mars 2002, la gauche a fait adopter une loi reconnaissant la profession d'ostéopathe comme métier à part entière. Les ostéopathes sortaient enfin de l'ombre et pouvaient envisager de pratiquer leur métier en toute sérénité. C'était sans compter sur l'esprit retord de ce gouvernement de droite, sous l'égide de ses deux ministres de la santé et des solidarités, et de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. En cinq ans, ce même gouvernement n'a jamais travaillé sérieusement en concertation avec les étudiants et les professionnels de l'ostéopathie sur le décret d'application qui devait suivre l'adoption de la loi par le parlement. Ce décret devait encadrer les actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie, la formation des ostéopathes et l'agrément des établissements de formation, visant à sécuriser les patients.

Comme elles s'y étaient engagées, la plupart des écoles d'ostéopathie se sont alignées sur le LMD des études

universitaires européennes. Elles ont recruté des enseignants de faculté de médecine pour dispenser les heures d'enseignement théorique des sciences fondamentales médicales et de biologie humaine, et ont formé des enseignants docteurs ostéopathes pour assurer les heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie. Il faut savoir que depuis 30 ans en France, les études d'ostéopathie ont été organisées sur 5 ans voire 6 ans dans les plus grandes écoles du pays, formant des professionnels compétents en matière de pratique et de diagnostic ostéopathique, études sanctionnées aujourd'hui par une licence professionnelle au bout de 3 ans d'études, un master professionnel ou clinicat 2 ans après, puis par l'équivalent d'un doctorat d'ostéopathie (DO) l'année suivante ou avec l'option pédagogie et encadrement 2 ans après (bac + 7).

Malgré l'engagement sérieux des écoles dans cette voie de l'excellence, le gouvernement actuel a fait passer les décrets 2007-435 et 2007-437 en catimini, le dimanche 25 mars, veille du départ de Xavier Bertrand de son ministère de la santé pour suivre Nicolas Sarkozy, son héros, ils vont de paire dans la gestion inique des situations graves ! Il a eu peur des quelques milliers d'étudiants de France, il a eu peur des grèves unitaires à répétitions, il a eu peur des protestations des patients qui sont plus de 20 millions en France, des professionnels et des étudiants qui s'élèvent contre les corporatismes des médecins, kinésithérapeute et pharmaciens.

En effet, ces décrets assortis de leurs arrêtés, réduisent la formation de 6 ans à 3 ans, interdisant alors certaines pratiques ostéopathiques et le droit au diagnostic, ce qui fondait la loi de 2002 proposée par la gauche, mettant ainsi en danger les patients puisque des pans entiers de la formation tombent, laissant cependant toutes les prérogatives aux médecins et professionnels de santé reconvertis avec tous les droits de pratiquer, octroyés à eux seuls. Les étudiants ont peur d'être incompetents pour exercer après seulement 3 ans d'études et envisagent de s'expatrier pour être enfin reconnus pour ce qu'ils désirent devenir, de véritables professionnels de la santé comme dans de nombreux pays d'Europe et du monde.

Et oui ! La droite, portée par les lobbies avait une idée derrière la tête, surtout ne pas laisser cette manne de nouveaux patients à une nouvelle profession. Mais attention à ne pas les mettre tous dans le même panier, certains professionnels de santé se démarquent de ces pratiques arbitraires et illégitimes, et reconnaissent le droit d'exercer dans la dignité des ostéopathes exclusifs diplômés par les écoles d'ostéopathie. C'est une nouvelle fois le reflet de cette droite destructrice, employant des méthodes de sauvage visant l'anéantissement de la loi de 2002 légalisant la profession, c'est un coup d'épée dans le dos des futurs diplômés ostéopathes !

Claire

COMITE DE SOUTIEN A LA CANDIDATURE DE SEGOLENE ROYAL

Je soutiens la candidature de Ségolène Royal et j'adhère au Comité de soutien des Yvelines.

NomPrénom.....

Adresse

Code Postal : Commune

Email Téléphone

Signature :.

Formulaire à détacher et renvoyer à : Fédération du Parti socialiste - 47 rue Aristide Briand - 78130 Les Mureaux.