

# Crise économique et santé : l'accès aux soins

**Les crises économiques ne doivent pas accroître les inégalités d'accès aux soins. Elles sont l'occasion de réguler les pratiques professionnelles et de rationaliser l'organisation du système de soins pour que les principes de solidarité et d'égalité demeurent.**

**Édouard Couty**

Président du bureau transitoire de l'Union nationale des associations agréées du système de santé (France Assos Santé, ex-Ciss)

**Magali Léo**

Chargée de mission assurance maladie de France Assos Santé

La baisse du pouvoir d'achat, la montée du chômage et des faillites du fait d'une baisse de l'activité économique sont les premières conséquences visibles de la crise économique. Mais ses retentissements peuvent atteindre l'équilibre du système de santé, d'une part en privant les ménages de la capacité à financer d'éventuels restes à charge, et d'autre part en confrontant l'assurance maladie solidaire et collective à des baisses de recettes. C'est en partie la situation que nous subissons depuis plusieurs années, au point que l'on peut se demander si cette dégradation n'est pas devenue plus structurelle que conjoncturelle. Comment, dans ce contexte, notre pays peut-il tenir sa promesse constitutionnelle de garantir l'égalité d'accès aux soins à ses citoyens? Comment maîtriser la dette publique sans contrevenir aux principes érigés en 1945, auxquels nous sommes tous, usagers du système de santé, très attachés? L'inflation des dépenses de santé est-elle une fatalité à laquelle nous devons nous résoudre?

## **Une nécessité : rappeler les principes et droits fondamentaux**

Le préambule de la Constitution de 1946 énonce que «*la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs*». Ce droit constitutionnel est l'un des piliers de notre pacte républicain. Parce que notre pays, dévasté par des années de conflits, a souhaité reconstruire un cadre de vie sécurisant, offrir des garanties à ses ressortissants traumatisés par l'effort de guerre et abîmés par les conditions de travail, afin d'ouvrir la perspective de «*jours heureux*».

C'est ainsi que les fondements de la sécurité sociale moderne que nous connaissons ont été jetés, et de nombreux droits reconnus notamment aux personnes malades.

Les progrès de la science, la lutte contre les fléaux sanitaires, l'amélioration des conditions et de la qualité de vie, la reconnaissance de droits individuels et collectifs aux usagers du système de santé, des changements sociétaux ont permis l'inclusion de plus en plus universelle au système d'assurance maladie. Mais des faits, nombreux, émaillent quotidiennement notre idéal progressiste avec les discriminations dont sont victimes les personnes malades, des inégalités sociales de santé persistantes, le déni de droits auxquels sont notamment confrontées les personnes âgées ou en situation de handicap, le délitement des solidarités et l'inflation de nos dépenses de santé.

En période de troubles, il est utile d'identifier les repères intangibles dont les droits constitutionnels font partie. Il est indispensable de réaffirmer les principes de solidarité et d'égalité sur lesquels repose notre système de prestations sociales. La crise économique met notre exigence démocratique à l'épreuve mais nous devons tirer parti des temps difficiles pour questionner l'adéquation des réponses apportées aux problématiques observées au niveau du système de santé, sans toutefois jamais renoncer à garantir les droits fondamentaux des citoyens.

La crise économique doit donc nous inciter à nous interroger urgemment sur nos capacités à faire mieux avec des moyens plus contraints. Et si le sanctuaire de la santé pour tous doit demeurer inviolable, ne nous interdisons pas



de réformer son « système » et d'innover pour optimiser ses dépenses.

L'Union nationale des associations agréées du système de santé, constituée comme force de proposition notamment sur le fonctionnement du système de santé, entend prendre part à ce débat en resituant les besoins des usagers au centre des réponses puisqu'il s'agit de garantir leurs droits, quels que soient le niveau de chômage, le pouvoir d'achat des ménages, les indices de production et de consommation, le taux d'endettement du pays, notre balance commerciale, etc.

### Conduire des politiques plus rationnelles de développement durable en matière d'assurance maladie et d'organisation du système de santé

Le niveau de prise en charge par les régimes obligatoires varie selon la situation des usagers, elle-même dépendante de plusieurs paramètres, dont le niveau de revenus (ouvrant droit à la CMU complémentaire), l'âge (gratuité de certains soins pour les enfants par exemple), le lieu de résidence (régime local d'Alsace-Moselle, outre-mer), la régularité de la résidence sur le territoire (régime de la sécurité sociale *versus* aide médicale d'État), l'état pathologique (affections de longue durée), le cadre dans lequel les soins sont prodigués (prévention dans le cadre de campagnes de dépistage organisées ou pas), la grossesse, ou encore l'origine de la maladie ou de l'accident (accident du travail, maladie professionnelle).

Par ailleurs, le panier de soins remboursables par les régimes obligatoires est, selon le moment, plus ou moins garni puisque des soins peuvent y entrer et en sortir. Les chiffres de la statistique officielle sur le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ne dit rien de l'élasticité de ce panier de soins, comme si cette notion était constante et immuable. Cela constitue, de toute évidence, un biais dans l'analyse du reste à charge des usagers.

En ce qui concerne les complémentaires santé, les prises en charge dépendent avant tout de la place occupée par les régimes obligatoires. On peut ainsi parler de leur rôle « complémentaire » lorsque leur intervention porte sur le panier de soins remboursables par les régimes obligatoires, comme lorsqu'elles prennent en charge le ticket modérateur sur les consultations médicales, les médicaments et dispositifs médicaux partiellement remboursables et les dépassements d'honoraires. C'est, du reste, la fonction originelle

des complémentaires santé. En revanche, les complémentaires interviennent de plus en plus souvent pour rembourser des « suppléments », dits « soins hors nomenclature », à leurs assurés. Ce rôle « supplémentaire » se développe pour diversifier une offre assurantielle et fait émerger un « autre panier de soins remboursables », celui que l'on réserve aux usagers en capacité de payer pour accéder à certains services. Cette situation ne poserait pas de difficultés si ce bouquet de services ne comprenait que du « luxe » et du « confort » car, après tout, pourquoi empêcher celles et ceux qui le peuvent d'assurer le superflu ? Mais on observe une autre tendance, inquiétante, qui se traduit par la prise en charge optionnelle mais exclusive, par les complémentaires, de certains soins et prestations reconnus utiles par les autorités de santé elles-mêmes... comme l'activité d'activités physiques sur prescription médicale, ou la parodontie et l'implantologie parmi les soins dentaires par exemple. Notre système génère de nombreuses inégalités d'accès aux soins. L'Union nationale des associations agréées du système de santé entend inscrire la lutte contre ces inégalités dans ses priorités d'action.

La coexistence historique de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire n'exclut pas la discussion sur la ligne de partage, et il est inexact de croire que la situation de crise force le désengagement de l'assurance maladie obligatoire. En opposition à cette idée préconçue, l'Union nationale des associations agréées du système de santé plaide pour repositionner l'assurance maladie obligatoire et solidaire en tant que financeur principal de tous les soins jugés utiles. Parce que plus un système de santé repose sur la solidarité nationale, moins il est inégalitaire ; parce que plusieurs millions de personnes renoncent aux aides permettant l'accès à la complémentaire santé ; parce que la généralisation de la complémentaire santé concerne exclusivement les salariés ; et aussi parce que la prise en charge à 100 % des soins utiles permettrait que leurs tarifs soient strictement encadrés.

Enfin, l'Union nationale des associations agréées du système de santé demeure convaincue que l'augmentation des dépenses de santé n'est pas une fatalité. Ainsi, malgré la nécessité de mieux évaluer ce phénomène, il est communément estimé que les soins inutiles représenteraient entre 27 % et 30 % des dépenses maladie dans les pays développés : sur un montant annuel total d'environ 200 milliards d'euros de consommation

médicale en France, ce sont les surprescriptions d'examen, de médicaments, d'actes médicaux et chirurgicaux, et les parcours inappropriés notamment à l'hôpital, effectués au détriment de la prise en charge de traitements réellement utiles aux malades, et au risque d'occasionner des souffrances et des effets indésirables de fait évitables. Ramenés à une estimation basse de 25 %, ce sont près de 50 milliards d'euros que notre système financerait inutilement, auxquels il convient d'ajouter les coûts des complications évitables.

La question de la pertinence, dans le champ de la santé, n'est pas nouvelle. Les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de santé conduits par l'assurance maladie depuis 2013 portent en effet sur les pratiques et ont donné de premiers résultats. Néanmoins, les autorités de contrôle, dont la Cour des Comptes, rappellent régulièrement la nécessité de toujours mieux réguler et éviter la déperdition de ressources inutilement investies dans des dépenses injustifiées.

La crise économique n'offre-t-elle pas un prétexte, s'il en faut un, pour agir contre ces dépenses évitables, réguler les pratiques professionnelles et hospitalières et enfin rationaliser l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé sans pour autant rationner les soins utiles ? Une telle démarche permettrait, au contraire, de dégager des moyens de financement pour les soins pertinents, dont se privent de trop nombreuses personnes faute de moyens.

L'égalité d'accès aux soins n'est pas une variable d'ajustement et l'augmentation du reste à charge ne doit pas être un dommage collatéral de la crise économique. De la contrainte naît l'innovation et, dans le domaine de la santé, elle est nécessaire pour renouer avec l'esprit de 1945 et moderniser les nouvelles approches du soin. •••