

Assurance maladie: la solidarité a un avenir.

*Notre attachement historique est-il
compatible avec nos enjeux sanitaires
et objectifs budgétaires ?*



ACTES DE LA JOURNEE
du 6 novembre 2017

Rencontres de l'Assurance maladie

La solidarité a un avenir.

**Notre attachement historique est-il compatible
avec nos enjeux sanitaires et objectifs budgétaires ?**

Étaient présents :

Modérateurs

Alain-Michel CERETTI

Président de France Assos Santé

Stéphane BECHAUX

Animateur – journaliste indépendant

Intervenants

Didier TABUTEAU

Responsable de la Chaire santé de l'IEP de Paris

Arnaud DE BROCA

Secrétaire général de la FNATH, membre du Bureau de France Assos Santé

Daniel LORTHIOIS

Président du Conseil d'administration du régime local Alsace-Moselle

Catherine LEMORTON

Ex-présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Pierre-Yves GEOFFARD

Directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique

Danièle DESCLERC-DULAC

Présidente de France Assos Santé Centre-Val de Loire

Nicolas REVEL

Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Saliés (CNAMTS) et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance (UNCAM)

Anne-Marie BROCAS

Présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

Jean-Martin COHEN-SOLAL

Délégué général, Mutualité française

Jean-Pierre LACROIX

Administrateur de Renaloo et de France Assos Santé

Jean-Pierre VIOLA

Conseiller-maître à la Cour des comptes

Claude GISSOT

Direction de la stratégie des études et des statistiques, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Saliés (CNAMTS)

Pierre-Marie LEBRUN

Président de France Assos Santé Hauts-de-France et Administrateur de France Assos Santé

Stéphane BERNARDELLI

Administrateur de l'UNAF

Gérard RAYMOND

Vice-président/Secrétaire de France Assos Santé

Karim FELISSI

FNATH

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE : «LES ENJEUX DE LA PROTECTION SOCIALE»	6
Didier TABUTEAU, Responsable de la Chaire Santé de l'IEP de Paris	
INTRODUCTION ASSOCIATIVE	8
Arnaud DE BROCA, Secrétaire général de la FNATH	8
Marie-Andrée BLANC, Présidente de l'UNAF	8
Alain-Michel CERETTI, Président de France Assos Santé	9
L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE, UNE PLURALITE DE REGIMES PLACES SOUS DIFFERENTES TUTELLES. QUEL SENS? QUEL AVENIR?	10
<i>Intervenants à la table ronde</i> : Pierre-Yves GEOFFARD, Directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique, Catherine LEMORTON, ex-présidente de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, et Daniel LORTHIOIS, Président du Conseil d'administration du régime local Alsace-Moselle	
■ Vers un régime unique d'Assurance maladie? La fin du Régime Social des Indépendants est-elle proche?	
■ Le régime local d'Alsace-Moselle est-il généralisable?	
■ En quoi l'ubérisation de l'économie questionne-t-elle les fondements de l'Assurance maladie?	
Conclusion par Danièle DESCLERC-DULAC, Présidente de France Assos Santé Centre-Val de Loire	13
LA PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SANTE. QUI REMBOURSE QUOI? QUELLES CONSEQUENCES SUR L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS?	14
<i>Intervenants à la table ronde</i> : Anne-Marie BROCCAS, Présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), Nicolas REVEL, Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance (UNCAM), et Jean-Martin COHEN-SOLAL, Délégué général, Mutualité française	
■ Assurance maladie obligatoire, Assurance maladie complémentaire : qui paie quoi?	
■ La privatisation de l'Assurance maladie est-elle déjà une réalité?	
■ Retraités, travailleurs indépendants, étudiants... Quid des « mal assurés »?	
■ Les complémentaires santé jouent-elles le jeu de la mutualisation?	
Conclusion par Jean-Pierre LACROIX, Administrateur de Renaloo et de France Assos Santé	18
LE DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE EST-IL UNE FATALITE?	19
<i>Intervenants à la table ronde</i> : Jean-Pierre VIOLA, Conseiller-maître à la Cour des comptes, Catherine LEMORTON, ex-présidente de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Claude GISSOT, Directeur de la stratégie des études et des statistiques, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)	
■ Le point sur le déficit de l'Assurance maladie, info et intox	
■ Est-ce si grave d'être en déficit?	
■ Qui finance la dette sociale française?	
■ Le pilotage des dépenses en ville et à l'hôpital : quels outils, quels résultats?	
Conclusion par Pierre-Marie LEBRUN, Président de France Assos Santé Hauts-de-France Administrateur de France Assos Santé	24
POINTS DE VUE ASSOCIATIFS : CE QUE VEULENT LES REPRESENTANTS DES USAGERS	25
par Stéphane BERNARDELLI, Administrateur de l'UNAF, et Karim FELISSI, FNATH	
CONCLUSION DE LA JOURNEE	27
Marc MOREL, Directeur général de France Assos Santé	

Introduction générale

« Les enjeux de la protection sociale »



Didier TABUTEAU

Responsable de la Chaire santé de l'IEP de Paris

Le sujet que vous avez choisi de traiter est, à mon sens, crucial pour les années à venir. Pour aborder les défis auxquels l'assurance maladie est confrontée, il faut se souvenir de son histoire.

La première date clef de l'assurance maladie est 1918 avec le retour de l'Alsace-Lorraine dans la République. Cette région bénéficiait des lois bismarckiennes d'assurance sociale. Ainsi, à partir des années 1920, le principe de l'extension des assurances sociales à l'ensemble du territoire a été préparé au sein du Parlement.

La seconde date est 1944 avec le Programme des Jours heureux dans lequel il est prévu « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

Nos anciens ont consacré une part substantielle des richesses économiques qu'ils ont créées pendant les 30 glorieuses à la construction de l'assurance maladie. Il s'agit d'un effort considérable. L'œuvre politique est tout aussi impressionnante, avec en 1944-1945, l'affirmation du principe d'universalité. Toutefois, très vite, les résistances socio-professionnelles ont conduit à la conservation ou l'institution de régimes propres à de nombreuses professions. Au fil des ans, l'idée d'universalité fera néanmoins son chemin avec le principe de la généralisation de la Sécurité sociale (loi de 1978 créant l'assurance personnelle).

La dernière étape est la loi créant la CMU (1999) permettant à toute personne résidant régulièrement sur le territoire national de bénéficier de l'assurance maladie. Depuis le 1er janvier 2016, la PUMA instaure une protection universelle maladie et offre à toute personne un droit personnel à l'assurance maladie.

Les deux grandes solidarités majeures dans une société sont l'école et l'assurance maladie. Toutefois, la solidarité en matière de santé est mise à mal par les déficits persistants ou récurrents, le financement de la nouvelle médecine, l'innovation thérapeutique et le champ de la prévention. Le deuxième enjeu est celui de l'égalité d'accès, qui se réduit sous les effets de la démographie médicale ainsi que, depuis 1980, du « virus de la liberté tarifaire ».

Or notre système est l'un des rares à reposer sur le principe de deux financeurs pour la même prestation : en 1945 la Sécurité sociale rembourse à 80 % les soins dans la limite des tarifs qu'elle fixe

et les mutuelles ou le malade ou une assurance complémentaire les 20 % restants, et le cas échéant les dépassements de tarif. En 1945, il était toutefois envisagé que la Sécurité sociale propose une prise en charge complémentaire permettant de rembourser les soins à 100 %. En 1947, une loi a cependant été votée « dans l'intérêt de la mutualité française » et a mis fin au droit des caisses de Sécurité sociale de proposer une protection complémentaire.

L'œuvre historique de la mutualité est exceptionnelle. Mais aujourd'hui, toute solidarité plus restreinte que la solidarité nationale crée des inégalités. Le grand projet social devrait être pour l'avenir de rapprocher et à terme de fusionner mutuelles et l'assurance maladie pour qu'un seul financeur rembourse 100 % des dépenses de santé. Une assurance est forcément moins solidaire que la Sécurité sociale, dans la mesure où les primes qu'elle perçoit pénalisent les personnes aux revenus les plus modestes quand ils ne bénéficient pas de la CMUC – ces cotisations ne sont pas ou peu calculées en fonction des revenus et ne prennent pas en compte les revenus du capital-, de plus ces primes pénalisent les familles –elles augmentent en général avec le nombre de personnes à charge - et elles défavorisent les personnes âgées puisqu'elles augmentent fortement avec l'âge. En 2015, 25 milliards d'euros de remboursement ont été versés par les complémentaires pour 7 milliards d'euros de frais de gestion qui doublent pour l'essentiel les frais de gestion de la Sécurité sociale. Ainsi, pour 5 euros versés à une complémentaire, plus d'1 euro part en frais de gestion (administration, ...) et d'acquisition (publicité, ...). Le grand défi de l'assurance maladie pour les 10 à 20 ans à venir ne réside-t-il pas dans l'utilisation de ces montants considérables pour de la prévention et des soins et non en frais de gestion ? Il s'agit d'un enjeu considérable de rationalisation.

Si cette vision paraît inacceptable ou inaccessible, je demande au moins que toute personne puisse choisir la Sécurité sociale comme complémentaire, comme c'est le cas dans la CMUC.

Je terminerai par une citation du Pr Jean-Jacques Dupeyrou : « L'assurance maladie est une histoire pleine de bruit et de fureur, mais qui n'est pas vide de sens ». A nous de redonner du sens à cette histoire. Les associations de patients me semblent être le contre-pouvoir central pour une imposer une transformation de cette ampleur.

Un intervenant

Etant donné le contexte économique, pensez-vous que nous prenons la direction que vous dessinez ?

Didier TABUTEAU

Les Français sont très attachés à l'assurance maladie. Aujourd'hui, je suis d'accord avec vous, les promoteurs de ce projet sont très isolés, mais je crois que cette idée peut demain faire son chemin.

Une intervenante

Je ne pense pas que la Sécurité sociale puisse prendre en charge toutes les dépenses. Nous ne supprimerons donc pas les complémentaires (dépassements d'honoraires, etc.).

Une intervenante

Les citoyens seront très probablement très favorables à la fusion des deux régimes. Ces derniers souhaiteraient néanmoins savoir quel serait le coût de la cotisation.

Un intervenant

Comment établir le rapport de forces ?

Didier TABUTEAU

Les complémentaires prélèvent près de 33 milliards d'euros, soit un montant comparable à celui des tickets modérateurs, des forfaits et des dépassements moyens d'honoraires (36 milliards d'euros).

Financièrement, le projet peut donc être équilibré, sans prélever un euro de plus globalement, moyennant quelques négociations tarifaires ! En revanche, la liberté de choix de son assurance disparaît. Mais la solidarité est un choix collectif. L'équilibre économique réside dans les 7 milliards d'euros de frais de gestion qui seraient économisés.

Les cotisations seraient remplacées par 3 points de CSG (environ 33 milliards d'euros).

Enfin, s'agissant du rapport de forces, il doit être créé par les acteurs sociaux au premier rang desquels se trouvent les associations d'usagers et de malades !

Introduction associative



Arnaud DE BROCA

Secrétaire général de la FNATH, membre du Bureau de France Assos Santé

Nous sommes à la fois dans des questionnements prospectifs à dix ou vingt ans, et dans des réflexions concrètes qui intéressent les représentants et les associations. Il s'agit en l'occurrence de chantiers à court terme, à un ou deux ans, notamment le regroupement de plusieurs régimes. Je ne sais pas toutefois si nous pouvons être un contre-pouvoir sur ces sujets. Nous avons également des sujets en termes de gains d'efficacité et de lisibilité. Nous devons construire la parole des associations sur ces sujets. Je suis ravi que nous puissions échanger sur ces thématiques et que nous puissions débattre de sujets sur lesquels nous sommes ou non attendus.

Marie-Andrée BLANC

Présidente de l'UNAF

Monsieur Tabuteau a parlé des familles, et je m'en félicite. Nous faisons des constats catastrophiques pour les familles du fait du reste à charge qui ne cesse d'augmenter. Seuls 34 % des médecins exerçant en secteur 2 ont signé la CAS et l'offre de soin en secteur 1 n'existe plus dans certaines spécialités.

La mise en place des contrats responsables au 1er janvier 2016 a entraîné une baisse importante de la prise en charge des frais de soins par les complémentaires santé (notamment pour les dépassements d'honoraires non maîtrisés). La non-maîtrise de ces dépassements est un facteur d'augmentation du reste à charge des familles, mais ce n'est pas le seul ! L'augmentation du prix des consultations médicales à 25 euros et l'entrée en vigueur de nouvelles consultations dites « complexes » ou « très complexes », qui nécessitent plus de temps (facturées 46 euros ou 60 euros selon le cas) entraînent une charge supplémentaire pour les organismes complémentaires.

Le PLFSS 2018, en cours d'examen par le parlement, aggrave la problématique du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, d'une part parce que l'article 15 du projet propose de proroger en 2018 le prélèvement fiscal sur les organismes complémentaires (au titre de leur participation au financement du forfait médecin traitant prévu dans la nouvelle convention médicale).

Cet effet est encore aggravé par l'annonce de l'augmentation du forfait journalier hospitalier (mesure réglementaire, hors PLFSS, mais présentée dans le même temps), pris en charge par les complémentaires santé qui représentera 200 millions de restes à charge supplémentaire après remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Les mécanismes de report sur les organismes complémentaires d'assurance maladie sont extrêmement dangereux, car c'est une façon d'organiser le soutien des dépenses de santé par des acteurs privés qui ne fonctionnent pas selon les mêmes principes de solidarité que l'assurance maladie obligatoire.

La complémentaire santé représente un coût important pour les familles, notamment des familles exclues des dispositifs de l'ANI, de la CMUC, ou de l'ACS dont les revenus restent faibles et qui sont par nature grands consommateurs de produits de santé, et dont la plupart sont assez âgées (retraités, bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés associés à la majoration pour la vie autonome). Des cotisations élevées qui peuvent représenter 10 % de leur revenu, voire plus.

En l'état, nous récusons l'idée selon laquelle l'augmentation du panier de soins remboursables par les organismes complémentaires est sans effet sur le reste à charge des familles, car s'est tout le contraire que nous observons.

Ce que nous observons est inquiétant : les inégalités se creusent dans notre pays du fait des déserts médicaux, de l'offre de soins en secteur 1 qui se raréfie dans certains territoires, mais aussi à cause de deux phénomènes souvent mal connus : le prix d'une complémentaire santé qui varie selon le lieu d'habitation, mais aussi parce que la politique d'intervention du fonds d'action sanitaire et sociale des CPAM est très variable d'un département à l'autre.

Pour toutes ces raisons, l'UNAF a d'ailleurs voté contre le PLFSS. En outre, nous signalons le report (ou l'abandon du tiers payant généralisé) dont l'objectif était de faciliter l'accès aux soins n'est pas un bon signe pour les familles.

Toutes ces mesures ont donc un effet négatif sur leur reste à charge, phénomène qui va encore s'aggraver dans les prochains mois. La mutualité annonce, en effet, une hausse prévisible des contrats complémentaires comprise entre 3 et 4 % à compter du 1er janvier 2018.

Toutes ces réformes entreprises depuis ces dernières années sont un sujet d'inquiétude pour les familles et doivent faire l'objet d'un débat public entre tous les acteurs de la protection sociale.

Alain-Michel CERETTI

Président de France Assos Santé

La structure France Assos Santé est trop récente pour que nous ayons pris une position sur le sujet. Le projet de Monsieur Tabuteau est une orientation sociale majeure. A titre personnel, la politique menée depuis 20 ou 30 ans en termes de santé n'est pas une question de politique libérale ou non. Je suis engagé dans le monde de l'entreprise et j'estime qu'il existe des espaces de liberté d'entreprendre et en matière de tarification d'une part et de santé d'autre part. En France, à partir de 1918, la santé est sacralisée. Il convient que France Assos Santé commence par la Sécurité sociale : quelle est notre vision du système que nous sommes prêts à défendre et quels sont les systèmes dont nous ne voulons pas ?

En 2015, j'ai vu le risque majeur et systémique de l'introduction de la bonne idée du contrat unique de soins. Le risque est en l'occurrence celui d'un report régulier de l'assurance maladie obligatoire vers la complémentaire santé de façon indolore et invisible. Nous aurons toujours un système solidaire en apparence, alors que nous glisserons progressivement vers un système privé. Or les politiques de l'assument pas. Nous sommes face à un positionnement qui pour moi, en tant que président de France Assos Santé, citoyen et chef d'entreprise, n'est pas compréhensible. L'intérêt de chaque cotisant me semble poser question.

Nous faisons face à une question qui ne semble pas faire débat, c'est-à-dire que la question de la place des complémentaires ne fait pas débat, dans le sens où nous sommes prêts à en parler au plan politique. Le cheval de Troie serait de faire rentrer l'assurance maladie comme acteur des complémentaires. Cela me semble être une proposition de bon sens.

Le discours actuel est que face à une Sécurité sociale en déficit, l'introduction d'acteurs privés dans le remboursement est inévitable. Or rien n'est inévitable; cela est un choix. Il nous revient de prendre en main notre avenir. Nous sommes le seul contre-pouvoir crédible et audible dans ce débat. Si nous nous positionnons comme les autres, rien ne changera.

L'organisation de l'assurance maladie, Une pluralité de régimes placés sous différentes tutelles. Quel sens ? Quel avenir ?



Vers un régime unique d'Assurance maladie ?

La fin du Régime Social des Indépendants est-elle proche ?

Stéphane BECHAUX

Le fait de dépendre d'un régime ou d'un autre est-il un problème ?

Pierre-Yves GEOFFARD,

Directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique

Le point essentiel est que chaque dépense de soin fait l'objet d'un double remboursement. La France est un des rares pays qui fonctionnent de la sorte. Le fait que nous ayons pour la même dépense de soin l'intervention du régime obligatoire puis de la complémentaire santé est un modèle unique. Le même dossier devra donc être ouvert à deux reprises, d'où des frais de gestion colossaux. Ce modèle est un gaspillage, une source de complexité, une source de déresponsabilisation. Le tiers payant généralisé est significatif de ce point de vue. Le système est très complexe du fait du grand nombre de complémentaires. Au lieu de réduire cette complexité, celle-ci a été basculée des patients vers les médecins.

Catherine LEMORTON,

Ex-présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Je rappelle que le CNR voulait mettre en œuvre un régime unique et universel. Or les régimes spéciaux de l'époque s'y sont opposés (artisans, commerçants, militaires, etc.). Les caisses sont en effet des petits lieux de pouvoir. Par exemple, les représentants du RSI ont fait du lobbying auprès des députés pour défendre leur caisse.

S'agissant des politiques, ceux-ci n'ont pas baissé les bras. En 2012, j'étais sur le cheminement de Monsieur Tabuteau. J'étais favorable à renforcer le régime obligatoire et à diminuer la place de la complémentaire. Or les différents régimes sont tellement ancrés, qu'il est difficile de bouleverser l'ordre établi.

Stéphane BECHAUX

Quelles sont les difficultés posées par le nombre de caisses ?

Catherine LEMORTON

Pour moi, la question n'est pas celle du coût, mais celle de la personne. La PUMA permet aux personnes de ne plus avoir de coupure de soins.

Stéphane BECHAUX

Par quel régime étiez-vous couverte lorsque vous étiez pharmacienne puis députée ?

Catherine LEMORTON

J'étais à la RAM puis à la caisse des parlementaires. La PUMA permet aujourd'hui de couvrir les ruptures entre deux couvertures.

Sur le tiers payant généralisé, je ne comprends pas les propos d'Alain-Michel Ceretti. Il n'y a aucune raison de faire une fois l'avance des frais. Tout argument contre le tiers payant généralisé est irrecevable.

Le régime local d'Alsace-Moselle est-il généralisable ?

Daniel LORTHIOIS, Président du Conseil d'administration du régime local Alsace-Moselle

Ce régime est le fruit de l'histoire chaotique de l'Alsace-Moselle. En 1945, le CNR voulait mettre en œuvre une assurance maladie universelle, mais peut-être trop universelle pour l'Alsace-Moselle. Le ticket modérateur de 20 % a en effet été mal accepté et un régime au-delà du régime général a été mis en place. Depuis 1995, le régime n'a pas de fin programmée, c'est-à-dire qu'il est sanctuarisé, avec une couverture importante du Conseil constitutionnel et du Conseil d'Etat.

Au total, 2,2 millions de personnes sont couvertes (salariés, anciens salariés et leurs ayants droit, retraités, chômeurs). Le taux de cotisation est uniforme du début de l'activité professionnelle au décès. Ainsi, neuf chômeurs sur dix ne paient pas de cotisation tout en profitant du régime.

Stéphane BECHAUX

Pourrions-nous nous inspirer de ce modèle ?

Pierre-Yves GEOFFARD

Oui, c'est possible, mais est-ce souhaitable ? A quoi sert l'assurance et que voulons-nous ? Nous voulons un accès aux soins universel pour l'ensemble d'une population d'un territoire à des conditions équitables. La dépense de soin doit donc être efficiente et le financement doit être équitable. Cela doit-il passer par un système assurantiel ? Non, des pays comme la Norvège fonctionnent autrement. Le système de santé est financé par l'impôt et régulé par l'Etat dans lequel la dépense de soin est régulée par l'offre de soin et non la demande. Pourquoi l'accès au soin doit-il être lié à l'emploi ? La société a évolué. Le fait de vivre dans un pays de manière régulière devrait donner un accès aux soins à tous. Un mode assurantiel est une possibilité, mais elle n'est pas la seule. Le fait que cet objectif soit partagé par l'essentiel des partis politiques et de la population est un trait européen. Pour autant, la réponse apportée en 1945 n'est pas nécessairement la bonne en 2017.

Marie-Pierre GARIEL, Trésorière de France Assos Santé

Quid des services particuliers proposés par les complémentaires, pour la communauté militaire par exemple ?

Daniel LORTHIOIS

Ces services s'autofinancent intégralement dans la plupart des cas. La question posée est de savoir si, pour certains corps ou professions, cela relève de la solidarité nationale ou de la solidarité à l'intérieur de l'entreprise ou de l'administration. Je suis favorable à l'extension la plus large possible de la solidarité. Je suis sur la même position que Monsieur Tabuteau. La question est de savoir comment nous finançons cette solidarité. Si nous renvoyons à des mutuelles qui différencient les cotisations en fonction des personnes couvertes, nous ne sommes pas dans un système solidaire.

Catherine LEMORTON

Dans la branche ATMP de la Sécurité sociale, nous avons déjà des entreprises qui ont des cotisations variables.

Du côté des mutuelles, je lutte contre l'ANI. Je suis contre la complémentaire pour tous. Les grands groupes sont tellement forts que le principe de la mutualité sera tué. Dans les complémentaires elles-mêmes il existe des inégalités. Dans le cas de la diététique et de l'ostéopathie, l'hôpital assure la prise en charge, mais en dehors cette couverture relève de la mutuelle. Nous sommes ici dans un cas d'inégalité.

Marie-Andrée BLANC, Présidente de l'UNAF

Où en sommes-nous de la simplification ? Comment choisir une mutuelle correspondant à nos besoins ?

Pierre-Yves GEOFFARD

Le fait qu'une forme de concurrence existe entre les complémentaires n'est pas une mauvaise chose. Une assurance en situation de monopole ne permet en effet pas les innovations.

Daniel LORTHIOIS

Il convient en l'occurrence de distinguer le complémentaire du supplémentaire. Je pense que nous devons d'abord débattre de ce dont la population a besoin et de ce que nous voulons financer de façon solidaire.

En quoi l'ubérisation de l'économie questionne-t-elle les fondements de l'Assurance maladie ?

Catherine LEMORTON

L'économie numérique dégage un chiffre d'affaires de 6 milliards d'euros. Un régime unique est souhaitable. Il convient que toutes ces économies partagent au financement solidaire.

Pierre-Yves GEOFFARD

En termes de couverture des personnes, l'accès au soin ne doit pas être lié à la forme de l'exercice professionnel. Un travailleur de l'économie numérique doit avoir le même accès aux soins qu'un salarié d'un grand groupe industriel. Pour autant, la forme dominante aujourd'hui reste le travail salarié. La vraie question est que cette économie génère une activité grandissante qui doit financer les dépenses solidaires. S'agissant de la concurrence d'Airbnb vis-à-vis des hôtels, peut-être convient-il de s'interroger sur la somme des contraintes qui pèsent sur les hôtels.

Une intervenante

Tous les habitants d'Alsace-Moselle bénéficient-ils d'une complémentaire ?

Daniel LORTHIOIS

Le taux de couverture par les complémentaires y est inférieur à la moyenne nationale. Ceci étant, la tarification des complémentaires est loin d'être solidaire. Elle ne prend pas en compte les revenus et se différencie sur l'âge des souscripteurs, ce qui en termes de réponse aux besoins essentiels de santé des personnes n'est pas la meilleure réponse. Nous proposons de faire un pas supplémentaire sur le reste à charge en matière d'optique, de prothèse dentaire et d'audioprothèse. Nous devons majorer nos cotisations d'un point de plus et proposons de prendre en charge les dépassements d'honoraires tel que prévu par la loi.

Une intervenante

Le système privé et le système public demeurent cependant très imbriqués.

Pierre-Yves GEOFFARD

Oui, c'est un fait, et ce n'est pas propre à la France. Les associations comme la vôtre sont d'ailleurs des opérateurs privés. L'articulation entre les deux est toujours compliquée. Le fait que la même prestation soit prise en charge par les deux systèmes induit des frais de gestion compliqués et soulève la question de la régulation des dépenses de soin.

Nicolas DUPREZ, AIDES

Comment faire participer l'économie virtuelle à la solidarité nationale ?

Daniel LORTHIOIS

Je suis choqué que des politiques estiment que 700 euros par mois ne sont pas un revenu. De nombreuses femmes travaillent à temps partiel pour moins que cela et contribuent dès 1 euro à la CSG. Toute activité salariée génère des cotisations qui doivent être payées au système social. S'agissant des nouvelles activités numériques, la dépense de santé doit passer par la CSG.

Un intervenant

Pourquoi la CSG plutôt qu'une TVA sociale ?

Daniel LORTHIOIS

La TVA est fondée sur la consommation et pèse donc davantage sur ceux qui utilisent toutes leurs ressources pour consommer.

Un intervenant

Des médecins refusent encore de pratiquer le tiers payant. Or des millions de personnes sont atteintes par des infections longues durées.

Catherine LEMORTON

Les députés ont voté le principe. Ensuite, dans la convention, il ne revient pas aux députés de sanctionner. Il conviendra d'interroger Nicolas Revel sur ce point. Je suis une ardente défenseuse du tiers payant.

Danièle DESCLERC-DULAC

France Assos Santé Centre Val de Loire

Je rappelle que le Collectif CISS avait défendu le tiers payant généralisé tant pour la part obligatoire que pour la part complémentaire. Nous maintenons notre position aujourd'hui au sein de France Assos Santé, car notre combat est celui de l'égal accès aux soins pour tous, des soins de qualité et sécurisés. En effet, le reste à charge ferme les portes des soins à certaines personnes.

La multitude des régimes résulte de ce que les politiques sociales ont voulu mettre en place des systèmes pour répondre à des catégories de population et qui sont souvent liées à la nature des activités professionnelles en matière d'affiliation obligatoire, de versement de cotisation et de bénéfice de prestations.

Un même réseau peut gérer plusieurs régimes (exemple : la Mutualité Sociale Agricole gère les régimes des salariés agricoles et des non-salariés agricoles).

Les régimes regroupent parfois des régimes de base et des régimes complémentaires.

En 1945, l'idée d'un régime unique avait été évoquée. Les Trente Glorieuses ont toutefois donné naissance à des régimes catégoriels. Est-ce toujours possible au XXI^e siècle ? Nous constatons que des pays, dont la France, envisagent des modifications de leur système de santé, car le contexte n'est plus le même. Aujourd'hui, les niveaux de besoins et les attentes des citoyens ne sont plus les mêmes : vieillissement de la population, nouvelles pathologies, évolution des technologies, modes d'exercices des professionnels de santé, etc. L'unification des régimes est aujourd'hui plus présente dans le débat public. Sous quelle forme : uniformisation des règles applicables dans les différents régimes ou un régime unique ? De plus, la pluralité des régimes est construite sur des solidarités professionnelles, dont les fondements professionnels s'amenuisent ainsi que la fiscalisation des financements et de l'universalisation progressive de la sécurité sociale (PUMA). Notre protection sociale budgétaire est aujourd'hui inefficace et la pluralité des régimes est source d'iniquité.

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Comment faire pour dépenser mieux et véritablement pour ce dont nous avons besoin ? Nous devons regarder les défis auxquels notre système doit faire face avec notamment l'explosion des dépenses, et des restes à charge qui sont de plus en plus importants pour les familles. Il est donc indispensable d'assurer la viabilité financière du système, ou des systèmes de santé, tout en assurant l'égal accès aux soins pour tous dans de bonnes conditions. Nous le disons non seulement pour les usagers, mais également pour les professionnels de santé. Si une vraie réflexion doit s'engager demain sur l'avenir de notre système de protection sociale en France, elle devra l'être avec l'ensemble des acteurs.



La prise en charge des dépenses de santé. Qui rembourse quoi ? Quelles conséquences sur l'égalité d'accès aux soins ?



Assurance maladie obligatoire, Assurance maladie complémentaire : qui paie quoi ?
La privatisation de l'Assurance maladie est-elle déjà une réalité ?
Retraités, travailleurs indépendants, étudiants... Quid des « mal assurés » ?
Les complémentaires santé jouent-elles le jeu de la mutualisation ?

Anne-Marie BROCAS, Présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

Qui rembourse quoi ? Historiquement, notre système est organisé sous la forme de régimes professionnels, lesquels couvrent à 90 % la dépense hospitalière, à 70 % les dépenses de soins de ville et de médicaments et beaucoup moins les dépenses dans les champs du dentaire et de l'optique.

Je souhaite rappeler les principes qui inspirent l'intervention des divers assureurs de base et des complémentaires et rappeler les positions prises par le Conseil de l'assurance maladie sur les principes qui doivent rester à la base du fonctionnement du système de couverture maladie et santé.

Le premier principe est celui de la solidarité entre bien-portants et actifs (la redistribution horizontale). Quel que soit le niveau de ressources, les personnes malades ont vocation à voir leur maladie couverte par les bien-portants. Ce principe de solidarité repose sur l'assurance obligatoire, qui répond à cet objectif de façon satisfaisante à travers le dispositif de prise en charge à 100 % des affections de longue durée. Cette très bonne couverture assurée par l'assurance obligatoire permet un fonctionnement des complémentaires dans lequel il a jusqu'à présent été possible d'échapper à l'existence de questionnaires de santé. Ces régimes complémentaires peuvent répondre à des objectifs de solidarité choisie soit dans un cadre professionnel, soit dans un cadre territorial. Des malfaçons du système subsistent toutefois et des restes à charge élevés persistent.

Stéphane BECHAUX

Quelle est la part des régimes obligatoires dans les dépenses totales de santé ?

Nicolas REVEL, Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance (UNCAM)

L'assurance maladie obligatoire couvre aujourd'hui 77 % des dépenses de santé.

Stéphane BECHAUX

Ce taux évolue-t-il ?

Nicolas REVEL

Il est stable dans la durée, même s'il dissimule un effet de structure, dans la mesure où le poids des affections de longue durée a tendance à augmenter. Nous avons en pratique un différentiel entre ALD et non ALD de 28 points. Il convient de noter que 8 assurés sur 10 seront un jour ou l'autre concernés par une ALD.

Anne-Marie BROCAS

Il importe en l'occurrence de ne pas raisonner en termes de pourcentages, mais de montant. Nous constatons en effet qu'en euros, le reste à charge est plus lourd pour les ALD que pour les non ALD. Dans le cas d'un remboursement à 50 ou 60 % d'une dépense de 20 euros, le reste à charge est d'une dizaine d'euros; en revanche, le reste à charge pour les personnes en ALD. Il convient donc de raisonner en valeurs absolues et non en valeurs relatives. La question est de savoir comment nous prenons en charge les risques tels que l'invalidité, la dépendance ou le handicap par rapport à d'autres remboursements au cœur de notre système de remboursement.

Stéphane BECHAUX

A quoi sert aujourd'hui une complémentaire santé ?

Jean-Martin COHEN-SOLAL, Délégué général, Mutualité française

Il convient de ne pas être trop simpliste. Lorsque le reste à charge est de 750 euros pour un ALD, heureusement que les mutuelles existent ! Les complémentaires sont taxées à 13,5 %, sachant qu'elle était de 1,75 % en 2000. Cette taxe rapporte 5 milliards d'euros qui servent pour moitié à financer à 100 % la CMUC et l'ACS. La suppression des complémentaires aurait donc des implications beaucoup plus graves qu'il n'y paraîtrait de prime abord. Nous sommes également le pays de l'OCDE où le reste à charge est le plus faible. En Allemagne, le reste à charge est de 14 % contre 8 % en France. Notre système est certes compliqué en termes d'organisation, mais celui-ci a le mérite de garantir le meilleur accès financier aux soins.

Dans ces conditions, le problème de fond réside-t-il vraiment dans ce système de double remboursement ? Je ne le crois pas.

Nous dépensons chaque année 2 % de plus en dépenses de santé. Si nous voulons que le système perdure, nous devons travailler sur la pertinence des actes, sur l'offre des soins, sur l'ambulatoire, etc. C'est à cela qu'il faut nous atteler.

Nicolas REVEL

Pourquoi avons-nous une complémentaire qui représente 13,5 % des dépenses de santé ? Nous avons laissé des biens de santé se fixer à tarif libre.

Supprimer les complémentaires ne coûterait pas 5 à 6 milliards d'euros, soit le montant des honoraires libres à solvabiliser. Les dépassements d'honoraires des médecins représentent aujourd'hui 2 milliards d'euros, au sein du secteur 2 essentiellement. En l'absence de complémentaire, l'assurance maladie devra solvabiliser, mais sur la base de quel tarif ? Le sujet n'est pas simple.

Pour moi le sujet n'est pas la question de la suppression des complémentaires, mais celui de la réduction du reste à charge, ce qui implique d'engager des travaux pour limiter la part des tarifs totalement libres là où ils existent. Un chantier est engagé sur le reste à charge zéro sur trois sujets que sont l'optique, le dentaire et l'audioprothèse. CE reste à charge zéro ne sera atteignable que si, sur une partie du panier aujourd'hui à tarif libre, nous remettons des tarifs opposables.

De la même manière, sur les dépassements d'honoraires, un dispositif conventionnel continue de se déployer autour d'une option contractuelle avec les médecins de secteur 2, à qui il est proposé de signer un contrat d'accès aux soins, visant à «troquer» des tarifs de secteur 1 contre une stabilisation de leurs dépassements d'honoraires. Notre priorité sera donc de travailler sur la réduction du reste à charge et non de nous poser des questions de gouvernance générale.

Anne-Marie BROCAS

S'agissant du partage des rôles entre assurance obligatoire et complémentaire, les complémentaires sont apparues comme une solution qui a été plus subie que pilotée. Nous avons fait des complémentaires les responsables en première instance de l'accès à certains biens et services, notamment dans les domaines du dentaire et de l'optique.

S'agissant du sujet de l'hôpital et de l'établissement de santé, nous oublions de dire que la moitié de l'activité des complémentaires se fait de ce champ à travers la couverture de multiples dépenses : dépassement des honoraires des chirurgiens, les chambres particulières, le ticket modérateur. Historiquement, le risque hospitalier était en pratique un risque chirurgical. Or, avec le progrès médical, nous savons aujourd'hui que le reste à charge peut être très lourd en restant moins de trente jours dans un service de médecine hautement développé. Les pouvoirs publics auraient pu chercher à adapter les règles de ticket modérateur à l'évolution du risque hospitalier. Or ils ne l'ont pas fait, dans la mesure où la situation a été rendue indolore par l'intervention des complémentaires qui de ce fait sont fortement engagées dans le risque hospitalier.

Nous pouvons nous féliciter d'un remboursement d'un panier très large, à un taux très élevé, pour l'ensemble de la population. Toutefois, à moyen terme, cette situation a entraîné un non-choix. Par exemple, du côté de l'optique, nous avons financé davantage les opticiens que les lunettes. Enfin, cette couverture très large est très mauvaise dans certains champs, notamment ceux de l'invalidité et de la dépendance.

Nous nous interrogerons donc sur les perspectives à moyen terme d'évolution du positionnement des uns et sur ce qui doit prioritairement être bien remboursé. Qui peut réguler légitimement quel type de dépense et comment ?

Stéphane BECHAUX

Les complémentaires santé individuelles sont-elles encore capables de faire de la mutualisation ?

Jean-Martin COHEN-SOLAL

Nous étions favorables à une mutuelle non pas pour tous les salariés, mais pour tous les Français et dans les meilleures conditions pour tous. Le vrai sujet est que des aides à la complémentaires existent dans les entreprises, mais pas à l'extérieur. L'ANI laisse sur le bord du chemin les jeunes, les chômeurs de longue durée et les retraités. Pour ces derniers, la mutuelle coûte trois fois plus cher ; or les revenus diminuent et leurs besoins de santé augmentent.

Anne-Marie BROCAS

Pourquoi a-t-on mis à l'agenda politique la généralisation des complémentaires ? Pour régler la question des restes à charge lourds.

Yannick PRIOUX, AFD

L'outil PFIDAS a été créé à la CPAM du Gard et sera étendu à l'ensemble des CPAM.

Nicolas REVEL

Oui, cette plateforme cherche à apporter une réponse au phénomène du renoncement de soin qui va au-delà du reste à charge. Une équipe a été créée au sein de la CPAM pour détecter les phénomènes de renoncement aux soins, objectiver leurs besoins et les orienter. J'ai ainsi souhaité que cet outil soit déployé à l'ensemble des CNAM de France.

Un intervenant

Le dernier rapport de la Cour des comptes était peu élogieux, puisque toutes les libéralités consenties dans le cadre de la négociation conventionnelle profitent essentiellement aux professionnels de santé et très peu au service public de l'assurance maladie. Dans les dépenses consenties, la Cour des comptes fait un rapport de 10 dépenses pour un seul gain.

S'agissant des dépassements tarifaires, l'échec est également total. Non seulement ils augmentent, mais ils ne sont pas réprimés. Or en l'absence de sanction, la situation se dégradera et dépassera

les seuls médecins pour toucher les professions paramédicales.

Je vous interroge donc sur une situation qui n'est pas glorieuse et qui affecte le service des assurés sociaux.

Nicolas REVEL

Le bilan de la Cour des comptes est faux à deux points de vue. Tout d'abord, l'avenant 8 consiste à sortir de la logique dans laquelle nous laissons les dépassements d'honoraires filer, l'assurance maladie, pour les médecins de secteur 2, cessant de les revaloriser. Nous ferons la même chose pour le dentaire en procédant à un «troc» consistant à revaloriser les médecins qui acceptent de rentrer dans un cadre de régulation et de responsabilisation de leurs dépassements.

La Cour des comptes remarque que les dépassements d'honoraires n'ont pas été freinés et que le coût est beaucoup trop élevé. Le taux de dépassement du secteur 2 a augmenté continuellement, régulièrement, jusqu'à atteindre un pic de 55 % en 2012. Depuis, ce taux de dépassement est passé de 55 % à 51 %. Oui, le taux de dépassement se réduit, mais en valeur absolue, c'est-à-dire en euros, les dépassements d'honoraires ne se réduisent pas, car la démographie des médecins spécialistes reste positive avec des installations toujours en secteur 2. Ce qui m'importe, c'est le taux de dépassement, lequel se réduit depuis 2012 pour la première fois depuis 35 ans.

Avons-nous payé trop cher ? La Cour dit que 10 euros sont payés pour obtenir 1 euro de baisse de dépassement. Ce chiffre est faux. Si nous prenons le taux de dépassement de 2012, pour 1 euro investi, nous avons 2 euros de baisse ; sans l'avenant 8, le taux de dépassement aurait continué à s'accroître pour atteindre 58 % aujourd'hui. Nous sommes aujourd'hui dans un rapport de 1 à 3 en notre faveur. Le bilan de l'avenant 8 n'est certes pas parfait, mais il a abouti à une réduction du dépassement pour la première fois depuis 35 ans.

Une intervenante

Les produits de santé doivent également être questionnés. L'égalité d'accès aux soins concerne également ce domaine. Des personnes précaires, fragiles, âgées, n'ont pas un accès aux soins complet, car la base du remboursement n'est pas le montant payé. Quel est le véritable prix du produit de santé ? Au quotidien, nous nous apercevons qu'une partie de la population n'est pas sur un pied d'égalité en termes d'accès aux soins.

Jean-Martin COHEN-SOLAL

Je partage les propos de Nicolas Revel s'agissant des dépassements d'honoraires. La Mutualité avait soutenu le CAS pour marquer un arrêt dans la folie des dépassements d'honoraires. Dans les secteurs dans lesquels les tarifs sont libres, nous devons revenir à des tarifs opposables. C'est à ce prix que nous pourrions parvenir à un reste à charge maîtrisé. La Mutualité a ainsi demandé que des plafonds soient fixés dans les contrats solidaires et responsables nouvelle formule, car nous ne pouvons pas rembourser correctement lorsque nous ne savons pas ce que nous allons rembourser.

Un intervenant

Le travail est l'une des causes principales de la maladie. Je pense donc que nous devrions regarder du côté de la médecine du travail, qui fait aujourd'hui figure de parent pauvre, ainsi que du côté des conditions de travail.

Nicolas REVEL

Je suis d'accord. La CNAM a deux branches : la branche maladie et la branche risque professionnel, lesquelles interagissent cependant peu. Dans notre stratégie à quatre ans, l'un des axes forts est justement de travailler de façon plus étroite.

Un intervenant

Quid du tiers payant généralisé et généralisable ? Où en est la négociation ?

Nicolas REVEL

Les choses se sont clarifiées depuis les élections et le PLFSS. Le projet de loi sécurise les étapes précédentes de généralisation du tiers payant sur les publics historiquement concernés. L'assurance maladie rappellera donc aux médecins qui ne respectent pas ce droit des assurés de le faire.

J'observe que les choses ont progressé fortement pour les assurés en ALD, car nous avons pris des décisions et apporté des services nouveaux, de sorte que ce tiers payant sur la part Sécurité sociale marche très bien.

Lorsqu'un médecin dit que les droits ne sont pas à jour sur la Carte Vitale et qu'il ne peut donc procéder au tiers payant, il oublie de dire que l'assurance maladie apporte une garantie de paiement à tous les professionnels de santé lorsqu'ils facturent sur la base des droits qu'ils lisent sur la Carte Vitale, quand bien même l'assuré n'aurait pas mis à jour sa carte. Nous avons donc modifié les règles du jeu. Le tiers payant à 100 % Sécurité sociale marche bien : les rejets ont été divisés par deux et les délais de paiement sont extrêmement tenus.

En revanche, s'agissant du tiers payant pour toute la population qui n'est pas à 100 %, le gouvernement a pris la décision de suspendre et de lever la date du 30 novembre. Le tiers payant intégral était une bonne idée. Il se trouve que pour le faire, les compétences ont besoin de plus de temps pour déployer un système qui permet de garantir les paiements sur la part complémentaire. Les éditeurs de logiciel ont également besoin de plus de temps. La date du 30 novembre n'était donc pas une date réaliste.

S'agissant du tiers payant généralisé ou généralisable, la question est de savoir si nous pensons que nous réussirons à généraliser le tiers payant dans une forme d'obligation (sans sanction) ou si nous parions que dès lors que les outils seront mis à disposition, les professionnels de santé le pratiqueront de plus en plus dès lors que les patients le leur demanderont. La mise à disposition d'outils favorise la pratique du tiers payant.

Jean-Pierre LACROIX

Administrateur de Renaloo et de France Assos Santé

La mutualisation est d'autant plus efficace que le nombre de personnes concernées est élevé. Il est évident qu'avoir un seul régime d'assurance maladie pour l'ensemble du pays est intéressant et permettrait une certaine rationalité. Quid du niveau de cotisation ? A quel niveau les fixer ? Convient-il de prendre pour référence l'état des honoraires versés dans l'assurance maladie aujourd'hui ? Un système de remboursement unique est pour le moment utopique.

Ceci étant dit, il convient de reconnaître que le régime obligatoire prend en charge les ALD, qui sont de plus en plus nombreuses, et que cette prise en charge permet aux complémentaires d'assurer des personnes sans questionnaire de santé. Le problème demeure aujourd'hui celui du reste à charge, lequel reste important, quand ce n'est pas l'impossibilité d'accéder aux soins au point que certaines personnes ne se soignent pas et ne peuvent même pas chercher du travail. Nous avons un devoir d'intervention vis-à-vis de ces personnes.

Le dentaire et l'audio sont très peu remboursés. Lorsque nous parlons prévention, le soin est primordial et c'est sur le soin qu'il convient de consacrer de l'argent. Mettre une prothèse sur une dent mal soignée, c'est cacher des dégradations futures. Il est important de corriger ces lacunes au plus vite.

S'agissant de l'ANI, je considère que celui-ci a été néfaste, car les complémentaires ont dû se battre pour obtenir des marchés et ont dû proposer des tarifs très compétitifs à des populations jeunes, c'est-à-dire que nous avons retiré de la mutualisation des personnes qui permettaient de financer la prise en charge des populations plus âgées.

Je pense que les associations ont une responsabilité dans la rentabilité de la couverture maladie. En améliorant la prise en charge des malades et la qualité des soins, je pense que nous pouvons réaliser des économies. En faisant pression, nous pouvons participer à cette amélioration des soins et ainsi participer de manière citoyenne au financement de notre système de santé.

La séance est suspendue de 12h55 à 14h40.

Magali LEO remercie les participants à la journée pour leur attention à son égard à l'occasion de son départ de France Assos Santé.



Le déficit de l'assurance maladie est-il une fatalité ?



Le point sur le déficit de l'Assurance maladie, info et intox

Est-ce si grave d'être en déficit ?

Qui finance la dette sociale française ?

Le pilotage des dépenses en ville et à l'hôpital : quels outils, quels résultats ?

Stéphane BECHAUX

Avons-nous déjà été excédentaires dans le régime d'assurance maladie ?

Claude GISSOT, CNAMTS

Selon les économistes, si notre richesse augmente, nous consacrerons davantage d'argent à la santé. Le déficit a deux causes : les dépenses et les recettes. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas maîtriser les dépenses. Cependant, le PIB et la croissance ont été plus faibles.

Jean-Pierre VIOLA, Conseiller-maître à la Cour des comptes

Le régime d'assurance maladie n'est plus à l'équilibre depuis 1990. Nous sommes continuellement en déficit depuis cette année, mais cela ne signifie pas que toute la Sécurité sociale est en déficit ; elle l'est depuis 2002 et la récession économique de 2009 a considérablement augmenté ce déficit. Celui-ci est-il considéré comme fatal pour les pouvoirs publics ? Non. Le retour à l'équilibre est en effet prévu pour 2019.

Certes, le vieillissement de la population et le progrès technique notamment créent une difficulté sur le plan des dépenses. Toutefois, cette difficulté est fortement accentuée par la faiblesse des mécanismes de régulation des dépenses, puisque nous sommes dans un système d'assurance maladie où la rémunération des établissements de santé et des professionnels libéraux de santé est directement indexée sur leur volume d'activité.

Stéphane BECHAUX

La tarification à l'acte est-elle un modèle très français ?

Jean-Pierre VIOLA

L'assurance maladie a très longtemps été contestée par certains groupes professionnels.

Stéphane BECHAUX

Est-ce grave d'être en déficit ou devons-nous nous en réjouir ?

Catherine LEMORTON, Ex-présidente de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale

De quoi parlons-nous ? De l'accès aux soins, de notre santé. Je considère que le déficit de l'assurance maladie, qui est de deux ou trois milliards d'euros, n'est pas grave. Si je sais que les gens sont soignés, je m'en moque. Notre système était voué à cela. En 2000, l'OMS nous avait classés premier système de santé. L'assurance maladie avait inscrit son déficit dès 1945, car l'assurance est liée au travail. L'ANI ne fait que renforcer ce principe : il convient d'avoir un travail pour être assuré. Les deux chocs pétroliers ont mis à mal ce système dès les années 70. Pour régler ce problème, la CSG a été mise en place en 1990-1991.

Par ailleurs, notre système est sociabilisé et nous laissons perdurer des fonctionnements libéraux. Nous sommes libéraux, mais nous sommes solvabilisés par la Sécurité sociale. S'agissant du déficit en lui-même, si nous restructurons le financement avec l'évolution de la société actuelle, nous devons avoir plus d'impôts et moins de cotisations. L'augmentation de la CSG ne me choque donc pas sur le principe. En construisant cette assurance maladie, nous avons donc déjà inscrit des pistes.

L'ANI qui a été voté n'est pas universel : soit on a un travail et on bénéficie d'une complémentaire, soit on en pas, et on reste sur le bord de la route. La situation est encore pire. Le déficit ne me choque pas, mais ce qui me choque est que nous ajoutons de l'argent pour certaines corporations de santé.

Lorsque nous avons auditionné les représentants des médecins libéraux, l'un d'eux a conclu son audition en disant aux parlementaires que les hommes seront soignés par des Bac+12 tandis que les femmes seront soignées par des Bac+5. Nous faisons ainsi face à des corporatismes pour soigner aussi bien et moins cher.

Jean-Pierre VIOLA

Je suis d'accord pour dire qu'un critère essentiel d'appréciation est le service donné en face de la dépense publique. De ce point de vue, le système de santé en France présente des déficiences : déserts médicaux, zones urbaines surdotées, etc.

Sur la question du déficit, actuellement, vous et moi consacrons 15 milliards d'euros (CRDS, une fraction de la CSG) à régler les intérêts et à rembourser la dette sociale qui s'élève aujourd'hui à 150 milliards d'euros (son extinction est prévue en 2024). En termes de finances publiques, nous avons deux composantes principales : l'Etat et la Sécurité sociale. Entre les deux, la frontière en termes de ressources, de financement et de dépenses est une frontière très conventionnelle qui peut être déplacée dans un sens ou dans l'autre. Pendant longtemps, le choix en matière de pilotage des finances publiques a été d'effectuer des augmentations de prélèvements et de les flécher sur la Sécurité sociale, avec l'idée que les Français sont plus enclins à accepter des augmentations de prélèvements publics dès lors que ceux-ci sont affectés à la Sécurité sociale, plutôt que des augmentations d'impôt sur le revenu par exemple. Depuis 2010-2011, la Sécurité sociale a bénéficié d'un important volume d'impôts supplémentaires affectés. Ce retour à l'équilibre de la Sécurité sociale est un retour à l'équilibre qui, du côté du budget de l'Etat, s'accompagne d'un déficit considérable et persistant.

Claude GISSOT

Des pays fonctionnent à l'acte, mais nous nous apercevons que le système est souvent mixte avec des composantes forfaitaires et des parties à l'acte. Il est ainsi possible de combiner les effets positifs des deux modèles. Nous avons aujourd'hui une démographie déclinante des médecins généralistes en France. En les payant sur la base d'un salaire, nous n'améliorerons pas la prise en charge des patients. Nous devons donc adopter un fonctionnement mixte.

Stéphane BECHAUX

Le système de soin français est-il plus cher qu'à l'étranger ?

Claude GISSOT

Nos dépenses de santé sont de 11 % du PIB, comme l'Allemagne par exemple. Nous sommes dans la moyenne des pays européens, quand les Etats-Unis sont à 17 %.

Jean-Pierre VIOLA

Les Etats-Unis ne sont toutefois pas un modèle avec 30 millions d'habitants sans couverture sociale.

Claude GISSOT

Le système français a tendance à vouloir être universel. Nous nous retrouvons ainsi avec une couverture et une socialisation des dépenses importantes.

Catherine LEMORTON

Les politiques de l'emploi consistaient à diminuer les cotisations sociales pour relancer l'emploi. Or les effets sont minimes et cela conduit à un manque à gagner.

Jean-Pierre VIOLA

Les allègements généraux de cotisations sociales sont sur-compensées à hauteur de 3 à 4 milliards d'euros annuels.

Catherine LEMORTON

En France notre système a été basé sur le «*cure*» et non sur le «*care*». Or le «*cure*» est dans une logique de dépenses. Aujourd'hui, avec la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), les médecins généralistes perçoivent cette année 6 000 euros de plus que leurs actes. Or les médecins disent ne pas avoir changé leurs pratiques. Face à cette situation, la Cour des comptes avait dit que si l'objectif de santé publique n'était pas atteint par le médecin concerné, ce dernier devrait rétrocéder une partie de cette ROSP. Le coût de la consultation d'un médecin généraliste pour la collectivité publique n'est pas aujourd'hui de 25 euros, car nous payons une partie de leurs cotisations retraite. Aujourd'hui, un médecin qui exerce dans un désert médical et qui assure des gardes peut percevoir jusqu'à 20 000 euros d'honoraires au titre de ses actes de garde, montant qui échappe à l'impôt. La consultation n'est pas à 25 euros, elle est plus proche de 33 euros.

La nouvelle convention nous coûtera 600 millions d'euros. En percevant 60 euros pour un acte complexe, le médecin changera-t-il ses pratiques ? Je l'espère. Les abus devront être contrôlés, car la fraude est des deux côtés, car la fraude n'est pas anecdotique, elle tue le système.

Claude GISSOT

La ROSP a certes coûté de l'argent, mais nous avons incité à la qualité de la pratique, avec des résultats qui sont supérieurs à ce qu'a fait le COF en Grande-Bretagne avec dix fois plus d'argent. Que les professionnels disent n'avoir rien changé n'est pas vrai : les choses ont changé. La part des personnes diabétiques qui sont mieux suivies a aujourd'hui augmenté, les chiffres le montrent. Cela reste cependant insuffisant. Le dispositif mis en place incite néanmoins les médecins à faire mieux.

S'agissant de la rémunération des professionnels, les médecins généralistes sont globalement moins bien payés que leurs collègues européens ; les spécialistes sont en revanche bien payés. Nous devons essayer de déclencher une dynamique pour que les rémunérations soient plus justes, plus équitables.

Une intervenante

Prenons l'exemple d'un enfant qui se coupe une main à midi moins cinq ; le médecin traitant habite en face, mais ce dernier refuse de pratiquer les soins, car il ferme son cabinet dans cinq minutes et que le matériel stérile lui coûte plus cher que le prix de la consultation.

L'enfant va donc à l'hôpital. Quel est au final le coût pour ces quelques points de suture qui auraient pu être faits par le médecin ?

Second exemple, celui d'une jeune femme enceinte pour laquelle le médecin traitant refuse de déclarer une grossesse sans échographie. Quel est le coût pour déclarer une grossesse, quand un examen est suffisant et qu'une échographie n'est pas nécessaire ?

Claude GISSOT

Nous considérons que les soins primaires sont aujourd'hui insuffisamment organisés : les médecins sont souvent seuls et ne sont par conséquent pas en mesure d'absorber les événements tels que vous les décrivez. Le service rendu sera meilleur lorsque sur un même site, plusieurs personnes peuvent assurer la prise en charge dans le cadre d'une maison de santé par exemple. La question est ici celle du service rendu. Quoi qu'il en soit, la responsabilité est aussi chez le professionnel de santé et pas seulement chez le politique ! Les associations de patients doivent donc être plus fortes et pousser les professionnels à être plus responsables.

Un intervenant

S'agissant du bon usage des antibiotiques, aucune campagne d'information ne sera suivie d'effet en l'absence de sanction. Quand les médecins concernés seront-ils sanctionnés ?

Jean-Pierre VIOLA

L'ensemble des questions soulevées aujourd'hui tourne autour de l'organisation des soins médicaux. Dans une large mesure, les autres professions de santé dépendent de l'intervention préalable des médecins. Si l'organisation de notre système de santé est si problématique, c'est parce que la difficulté liée à la réforme des professions médicales a été esquivée au fil des ans. La réticence des médecins à prescrire des génériques a ainsi été contournée en reportant sur les pharmaciens la substitution du générique au princeps. L'assurance maladie a cherché à réduire les pratiques médicales inadéquates par la ROSEP, afin d'inciter ces professionnels à faire évoluer leurs pratiques vers des situations plus acceptables et pertinentes d'un point de vue médical. Quoi qu'il en soit, l'organisation de la médecine libérale est problématique. Il s'agit très souvent de cabinets dans lesquels exercent une seule personne, ce qui pose les questions de la disponibilité, de l'isolement du diagnostic, de l'obsolescence des connaissances, etc. Trop de professionnels de santé continuent à vivre dans un univers économique des années 1970-80, avec une augmentation des revenus de 3 à 5 % par an. Or la situation économique française ne le permet plus et si cette croissance devait se produire ou se poursuivre, pour certains professionnels, cela sera au détriment de la prise en charge d'autres besoins sociaux au moins aussi indispensables (éducation par exemple).

Un intervenant

Comment espérer que les choses évoluent alors que le système conventionnel démontre son inertie ?

Jean-Pierre VIOLA

La nouvelle convention médicale de 2016 coûte fort cher et ne s'accompagne d'aucune évolution qui traiterait effectivement des problèmes fondamentaux soulevés par l'organisation des soins médicaux.

Quant au désaccord entre la Cour des comptes et la CNAMTS s'agissant du coût d'un euro de dépassement évité, je confirme évidemment notre estimation, laquelle est basée sur des chiffres de la CNAMTS.

Claude GISSOT

La question est celle de savoir quel aurait été le dépassement dans le cas contraire : il aurait été de 300 millions d'euros, car avec l'évolution des dépassements, nous n'avons pas encore marqué d'infléchissement du taux de dépassement. Nous avons arrêté la poursuite de l'augmentation des dépassements. Pour la première fois en trente ans, le taux de dépassement a cessé d'augmenter. La question est de la dynamique dans laquelle nous nous plaçons. La convention n'est pas une décision unilatérale ; il s'agit d'une négociation, qui doit reposer sur le meilleur équilibre possible. Si nous étions dans la situation d'un prix géré par l'Etat de l'installation des professionnels de santé, la question serait différente. Serions-nous dans une meilleure situation ? Je l'ignore.

Une intervenante

Beaucoup de choses sont décidées au sein de la convention médicale. Pourquoi les représentants des usagers ne sont-ils pas autour de la table ? Nous sommes en effet le troisième payeur et demandons depuis des années à participer.

Catherine LEMORTON

Nous devons nous tourner vers les médecins.

Christian TROUCHOT, CPAM Meurthe-et-Moselle

S'agissant des déserts médicaux, la société est devenue de plus en plus individualiste. Les internes ne souhaitent pas travailler 70 heures quand un ouvrier en travaille 35 heures. La profession de médecin se féminise (60 % de femmes) et ces femmes veulent également pouvoir mener une vie de mère. Comment peut-on rendre attractif un territoire pour faire venir des médecins ? Nous sommes face à un problème sociétal pur et dur. La nouvelle génération n'a plus les mêmes valeurs que la précédente.

Claude GISSOT

La question est en l'occurrence de savoir comment nous allons structurer notre médecine de premier recours.

Catherine LEMORTON

Nous sommes dans l'incitation pour l'installation des médecins. Ces derniers veulent la même chose que les autres personnes dans les territoires (poste, école, routes, etc.). La demande des médecins, c'est la demande des Français ! L'évolution de la société vaut pour tout le monde. Un professionnel de santé n'a-t-il pas toutefois un devoir d'engagement dans un système qui le solvabilise ? Il convient de procéder à un exercice regroupé, en partenariat, pas nécessairement dans les mêmes murs. Le sujet n'est pas de faire travailler les médecins de 7 heures à 22 heures tous les jours. La société évolue, tant pour les hommes que pour les femmes. Aujourd'hui, à Toulouse, des médecins espagnols se sont installés et acceptent le tiers payant généralisé pour les étudiants, le service de garde, etc. Tout le monde se rend chez eux. Pourquoi, aujourd'hui, un médecin n'est-il plus obligé d'assurer la garde ? Les médecins étrangers sont très bien formés et les médecins français risquent d'être perdants s'ils ne s'adaptent pas. En conclusion, les médecins, pour s'installer, veulent juste ce que les Français veulent sur leur territoire.

Jean-Pierre VIOLA

Notre pays est très complexe sur le plan administratif : une quinzaine d'aides existent pour l'installation des médecins dans les déserts médicaux (Etat en dépense, Etat en allègements fiscaux, assurance maladie en dépense et collectivités locales en dépense). Un regroupement de ces dispositifs en un nombre moins élevé pourrait produire des effets positifs, en faisant mieux apparaître auprès des professionnels concernés le niveau global des aides dont ils bénéficient.

Un intervenant

Nous sommes à la veille d'une révolution dans l'organisation de la société du fait de l'industrie digitale, du développement de l'ambulatoire, etc. Face à l'évolution de la société, quelles sont les analyses prospectives que vous faites ?

Claude GISSOT

S'agissant de la télémédecine, après de nombreuses expérimentations, nous ne parvenons pas à passer à la vitesse supérieure. Aussi, nous nous sommes engagés à mettre en place des dispositifs valorisant ces actes de télémédecine. Il est vraisemblable que dans les déserts médicaux, la téléconsultation peut être une solution. Concernant les « déserts médicaux », si nous mettons un médecin où il n'y a personne, cela ne servirait à rien ! Il s'avère que les médecins généralistes ne sont pas si loin de la population, même si nous avons des difficultés dans certains endroits. Les spécialistes sont en revanche plus loin physiquement. Les progrès techniques sont là, mais nous devons savoir les utiliser.

Jean-Pierre VIOLA

La télésurveillance à distance de personnes atteintes de maladies chroniques pourrait être un progrès important. Le fait est que la télé-médecine se développe inégalement en Europe. Elle se développe le plus dans les pays qui ont un système de prise en charge unitaire, à savoir les pays scandinaves.

Pierre-Marie LEBRUN

**Président de France Assos Santé Hauts-de-France
et Administrateur de France Assos Santé**

Nous avons commencé en évoquant le déficit. Celui-ci existe depuis 1990 et pourrait se résorber prochainement. La question du déficit est en lien avec celle de la progression des dépenses, laquelle dépend de l'augmentation du nombre des bénéficiaires. La question du déficit est liée à celle de la structure des dépenses. Nous avons privilégié la tarification à l'acte. Or la tarification à l'acte n'a pas contribué à freiner les dépenses.

Nous avons également évoqué l'organisation des soins. Nous sentons toutefois un décalage entre ce qui a été dit et ce qui est vécu sur le terrain, notamment s'agissant des déserts médicaux. Les soins primaires devraient être mieux organisés, avec l'incitation aux regroupements de médecins. Nous restons attachés aux maisons de santé, mais celles-ci sont difficiles à mettre en place. La permanence des soins a en outre été abordée.

Nous n'avons en revanche pas abordé la question de la liaison ville-hôpital. Il s'agit cependant d'une question prégnante. Des règles devront être fixées. Le patient doit être acteur de cette question du basculement de l'hôpital sur la ville, voire de l'hôpital sur sa maison particulière.

Nous avons enfin parlé de la place des représentants des usagers. Nous sommes assez peu présents dans l'organisation des soins. Nous devons trouver une place dans la convention médicale. Nous avons une responsabilité à jouer à tous les échelons, y compris dans une meilleure organisation du système, qui amènera à des dépenses ciblées. Nous avons des responsabilités quand nos propres troupes estiment qu'il est préférable de mourir dans un hôpital près de chez soi que d'être soigné à 30 ou 40 km. Nous avons parfois des difficultés à faire passer ce message, alors qu'il en va de la qualité des soins et de l'intérêt de nos concitoyens.



Points de vue associatifs :

Ce que veulent les représentants des usagers



Stéphane BERNARDELLI

Administrateur de l'UNAF

Le reste à charge pour les familles est un vrai sujet d'actualité que nous partageons tous avec l'augmentation du forfait hospitalier, l'augmentation des complémentaires et la non-maîtrise des dépassements d'honoraires.

Je retiens également des débats d'aujourd'hui la question du renoncement aux soins ou du non-recours aux soins pour les familles. Je pointe en outre la complexité du fonctionnement des complémentaires. En tant qu'usager et de famille, la nomenclature utilisée est un vrai sujet. En tant que représentants d'usagers, nous devrions travailler avec les complémentaires pour uniformiser la documentation et sa lecture.

Nous n'avons pas évoqué le nouveau fonds pour l'innovation des systèmes de santé. Je pense que nous devrions militer pour être acteurs dans le suivi de ce fonds. Je pense que nous devrions nous mobiliser en tant qu'usagers.

Enfin, il est important de se mobiliser sur la convention.

Karim FELISSI

FNATH

Je retiens pour ma part un sentiment de surplace. S'agissant de la question du dépassement d'honoraires, nous n'avons pas vu d'avancée majeure. Sur la question de la permanence des soins et de la démographie médicale, nous constatons que la situation se dégrade.

Quels que soient les organisations proposées, les expérimentations réalisées, les leviers d'ordre conventionnel, réglementaire ou légal proposés, il convient de poser le constat que les choses avancent très, très peu. La régulation est faible au niveau de l'assurance maladie. Pourquoi ? Je constate que dans l'ensemble des organismes de régulation, la présence de la démocratie sanitaire demeure aujourd'hui très faible, voire inexistante. Je pense qu'il existe une corrélation directe entre cette régulation faible et cette absence de démocratie sanitaire. Il y a lieu d'y réfléchir. Nous demandons depuis des années une place à l'UNCAM, en vain. Nous avons mis des années à obtenir un strapontin en CEPS et dans d'autres organismes. Aujourd'hui, avec les scandales sanitaires et notre incapacité à organiser et mettre aux pas des professions et des intérêts qui sont des intérêts

particuliers, ne pouvons-nous pas penser que nous aurions pu ou que nous pourrions à l'avenir laisser une chance à la démocratie sanitaire de s'introduire dans toutes les strates où les décisions sont prises en matière sanitaire et en matière de protection sociale. Cette régulation faible est à mon avis due à la trop faible place laissée à la démocratie sanitaire.

Par qui sera négociée la COG? Elle sera négociée par l'assurance maladie, par la Direction de la Sécurité sociale et par le Direction du budget. Nous voterons des orientations. Est-ce suffisant? Non. Puisque la loi donne à France Assos Santé la possibilité de donner des avis et de faire des propositions, il aurait été opportun que France Assos Santé soit entendue en tant que tel sur la COG. Ces propos n'engagent que la FNATH. La parole de la démocratie sanitaire sur ces sujets structurants sera-t-elle une parole en tant que telle ou aura-t-elle besoin d'un média (Conseil de la CNAM, Conseil de la HAS, etc.) ou s'agira-t-il d'une parole qui sera entendue en tant que telle?

Les associations d'usagers souhaitent aujourd'hui que ce qui a été voté pour la parole des usagers soit une parole indépendante et entendue de façon autonome et sans média, ce qui permettra, à mon avis, d'installer la particularité de la parole des usagers et ainsi obtenir une place dans d'autres institutions.

Conclusion de la journée

Marc MOREL

Directeur Général de France Assos Santé

Je vous remercie pour votre présence aujourd'hui. Je remercie tous les intervenants. Je rappelle que la Sécurité sociale n'a pas souhaité participer à nos débats. Cette absence est significative, dans la mesure où la Sécurité sociale est en charge de superviser le financement de la démocratie sanitaire au ministère de la Santé.

Personnellement, la façon dont la journée a été conçue a permis d'avoir une vue globale dans l'ensemble des questions qui se posent et qui sont au final plus complexes que la simple articulation assurance maladie obligatoire/assurance maladie complémentaire. Derrière cette question, se pose des questions de fond et que nous devons résoudre : l'organisation du système de santé, l'organisation hôpital-ville, le paiement des professionnels de santé à l'acte et au forfait, la répartition des professionnels sur le territoire. France Assos Santé propose sur cette dernière question de ne plus permettre l'installation de professionnels de santé en zone surdotée.

Au final, le système n'est pas suffisamment régulé, tant en matière d'installation, de tarifs, etc. Peu importe de savoir qui paie quoi si nous n'avons pas défini des prix. Nous ferons tout pour que le tiers payant soit généralisable et généralisé.



France Assos Santé est le nom choisi par l'**Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé** afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Forte d'une mission inscrite dans le code de la santé publique *via* la loi du 26 janvier 2016, France Assos Santé a été créée en mars 2017 à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices, en s'inscrivant dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour

construire et faire reconnaître une représentation des usagers interassociative forte. Notre volonté est ainsi de permettre que s'exprime la vision des usagers sur les problématiques de santé qui les concernent au premier chef, par une voie puissante, audible et faisant la synthèse des différentes sensibilités afin de toujours viser au plus juste de l'intérêt commun.

France Assos Santé est composé de 76 associations

AAVAM (Association nationale de défense des intérêts des Victimes d'accidents des médicaments), **ADMD** (Association pour le droit de mourir dans la dignité), **Advocacy France**, **AFA** (Association François Aupetit), **AFDE** (Association française Des Dysplasies Ectodermiques), **AFDOC** (Association française des Malades et Opérés cardio-vasculaires), **AFH** (Association française des Hémophiles), **AFM-Téléthon**, **AFSA** (Association française du Syndrome d'Angelman), **AFSEP** (Association française des Sclérosés en Plaques), **AFVD** (Association francophone pour vaincre les douleurs), **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme), **AIDES**, **AFPric** (Association française des polyarthritiques), **Alliance Maladies Rares**, **Alliance du Cœur**, **Alcool Assistance**, **Alcool Ecoute Joie & Santé**, **AMALYSTE** (Association des victimes des syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson), **A.M.I. nationale** (Association nationale de défense des malades, invalides et handicapés), **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde), **APF** (Association des paralysés de France), **ARGOS 2001**, **ARSLA** (Association pour la recherche sur la SLA), **ASBH** (Association nationale Spina Bifida et Handicaps Associés), **ASFC** (Association Française du Syndrome de Fatigue Chronique), **Autisme France**, **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux), **CADUS** (Conseil Aide & Défense des Usagers de la Santé), **CLCV** (Association nationale de consommateurs et d'usagers en France), **CNAFAL** (Conseil National des Associations Familiales laïques), **CNAFC** (Confédération nationale des Associations Familiales Catholiques), **CNAO** (Collectif national des Associations d'Obèses), **EFAPPE Epilepsies** (Fédération des Associations en faveur des Personnes handicapées par des Epilepsies sévères), **E3M** (Association d'Entraide aux Malades de Myofasciite à Macrophages), **Epilepsie-France**, **Familles de France**, **Familles Rurales**, **Fédération française des Diabétiques**, **Fédération nationale des Amis de la santé**, **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires), **FFCM** (Fédération française des Curistes Médicalisés), **FGCP** (Fédération France Greffes Cœur et/ou Poumons), **Fibromyalgie France**, **Fibromyalgie SOS**, **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie), **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités), **FNA-TCA** (Fédération nationale d'associations TCA), **FNATH** (Association des accidentés de la vie), **France Alzheimer**, **France Parkinson**, **France Rein**, **Généralisations Mouvement**, **[im]patients Chroniques & Associés**, **JALMALV** (Jusqu'à la mort accompagner la vie), **La Croix bleue** (association d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et autres addictions), **La CSF** (La Confédération syndicale des familles), **La Ligue contre le cancer**, **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales), **Marfans Association**, **Renaloo**, **Réseau D.E.S. France**, **Schizo Oui**, **SOS Hépatites**, **Transhépate**, **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix), **UFC-Que Choisir**, **UFAL** (Union des Familles Laïques), **UNAF** (Union nationale des associations familiales), **UNAFAM** (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés), **UNAPECLE** (Union nationale des Associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie), **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis), **Vaincre la Mucoviscidose**, **Vie Libre**, **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)

Santé Info Droits - 01 53 62 40 30



Ligne d'information et d'orientation sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h

Mardi, jeudi : 14h-20h

www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



 @66Mimpatients

 66 Millions d'Impatients

66 Millions d'Impatients - www.66millionsdimpatients.org

Le **site porte-parole des patients impatients**, outil d'information pour mieux s'y retrouver dans le système de santé.

Site d'information et de participation : être mieux armé pour défendre ses droits et devenir acteur de sa santé.