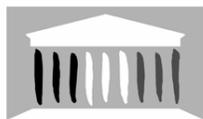


Document
mis en distribution
le 20 janvier 2009



N° 1371

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 janvier 2009.

PROPOSITION DE LOI

*d'orientation relative à la **démographie médicale**
et à l'**allongement de la vie**,*

(Renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales,
à défaut de constitution d'une commission spéciale
dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

André CHASSAIGNE, Marie-Hélène AMIABLE, François
ASENSI, Alain BOCQUET, Patrick BRAOUEZEC, Jean-Pierre
BRARD, Marie-George BUFFET, Jean-Jacques CANDELIER,
Jacques DESALLANGRE, Jacqueline FRAYSSE, André
GERIN, Pierre GOSNAT, Maxime GREMETZ, Jean-Paul
LECOQ, Roland MUZEAU, Daniel PAUL, Jean-Claude
SANDRIER et Michel VAXÈS,

députés

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

En France, le service public a scellé les principes de solidarité au cœur de la société. Il a permis à chacun de nos concitoyens, quelle que soit sa situation sociale, d'accéder à des droits fondamentaux tels que l'éducation, l'énergie, les transports ou la santé. Le financement fondé sur la péréquation tarifaire a permis au service public d'assurer la continuité et l'égalité. Cette politique, qui s'inscrit dans la réponse aux besoins humains, est aussi un facteur déterminant pour un aménagement harmonieux du territoire.

Notre système de soins et de protection sociale démontre les bienfaits du service public. La solidarité intergénérationnelle, sur laquelle il est construit, nous a préservé des dérives et des inégalités dramatiques dont sont victimes les populations dans de nombreux pays, y compris parmi les plus développés.

La maîtrise publique des politiques de santé : un acquis à préserver et à développer

Le principe fondateur de la Sécurité sociale voulait que *« chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoive selon ses besoins »*. L'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, était, d'ailleurs, d'une grande clarté quant aux objectifs assignés à cette conquête sociale : *« La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes [...] Elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain qui crée chez eux un sentiment d'insécurité et fait peser, à tout moment, la menace de la misère [...] Même en supposant une société aussi parfaite que possible, il demeure des circonstances dans lesquelles un travailleur se trouve privé de ses moyens d'existence ou tout au moins dans lesquelles ses ressources sont insuffisantes pour pourvoir aux besoins de sa famille [...] Le problème qui se pose alors est celui d'une redistribution du revenu national destinée à prélever sur le revenu des individus favorisés les sommes*

nécessaires pour compléter les ressources des travailleurs ou familles défavorisés [...] Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité. »

Ces objectifs, profondément humanistes, ont été le fil conducteur du programme du Conseil National de la Résistance, marqué par la volonté commune à tous les résistants de redonner à notre pays sa dignité bafouée. Ambroise Croizat, ministre communiste du général de Gaulle à la Libération, se félicitait que les conditions soient désormais réunies pour « *en finir enfin avec la souffrance, l'humiliation et les angoisses du lendemain* ». Mais une telle conquête s'est heurtée, dès sa naissance, aux velléités revanchardes des nostalgiques de l'occupation. Plus tard, elle a été la cible perpétuelle des attaques du grand patronat, relayées par certains gouvernements. Ainsi, depuis plus de soixante ans, les tentatives n'ont jamais cessé pour vider la Sécurité sociale de son contenu, en briser les solidarités et tenter de la livrer aux appétits des assurances.

C'est une logique identique à celle d'hier qui inspire les « détricoteurs d'acquis sociaux » qui sévissent aujourd'hui. Il est donc vital que la mobilisation ne fléchisse pas. C'est en mariant l'action des assurés et des élus, dans les luttes sur le terrain, mais aussi au sein du Parlement, que l'action sera la plus efficace pour préserver notre système de soins solidaire et une protection sociale digne de ce nom.

Une évolution marchande à laquelle il est urgent de remédier

Depuis plus de 20 ans, les politiques de restriction des dépenses publiques engagées par les gouvernements successifs, conformément aux orientations libérales de l'Europe, depuis le marché unique en passant par le traité de Maastricht, ont durement ébranlé les solidarités nées du programme du Conseil National de la Résistance. Mais, c'est depuis 2002 que les attaques se sont multipliées contre l'ensemble des branches de la sécurité sociale et contre l'hôpital public.

Ainsi, la loi « Hôpital 2007 » a été une étape décisive de ces remises en cause. En modifiant les règles de gouvernance, elle a amplifié le pouvoir des directeurs d'hôpitaux et limité celui des conseils d'administration. Cette évolution, dont l'objectif est d'accroître le pouvoir du ministre de la santé, sera encore amplifiée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». De plus, « Hôpital 2007 » a introduit une modification fondamentale dans le financement des hôpitaux en remplaçant le principe de la dotation globale par un système de tarification dite à l'activité (T2A).

Ce financement rompt avec la notion de péréquation. En effet, les établissements qui recevaient une dotation en fonction de leur capacité d'accueil, sont désormais dotés en fonction de leur activité. C'est une aubaine pour les cliniques qui, n'ayant aucune obligation de service public, privilégient les activités les plus rentables, laissant les hôpitaux assumer celles qui le sont le moins, au nom du service public (continuité des soins, accueil des urgences, interventions non programmées...). Cette tarification est un maillon essentiel de la privatisation du système de santé. Depuis sa mise en œuvre, les hôpitaux voient leur déficit exploser. En 2007, il a atteint 660 millions d'euros et cette tendance va s'accroître avec la généralisation de cette tarification qui est aussi un facteur de discriminations pour les patients. En effet, la T2A privilégie les malades dont les soins représentent un faible coût pour l'établissement, au détriment des patients qui souffrent d'une pathologie lourde, donc coûteuse. Cette marchandisation des soins n'est pas sans conséquences sur les personnels. Soumis aux pratiques managériales, ces derniers subissent une pression croissante afin de répondre aux impératifs de rentabilité.

De plus, cette tarification à l'activité est encadrée par des moyens prédéfinis dans le cadre d'une enveloppe financière votée par le Parlement. Ainsi, les hôpitaux sont contraints de définir une offre de soins enfermée dans le cadre d'une enveloppe budgétaire gelée. Cette politique va à l'opposé de la réponse aux besoins qui ne peuvent en aucun cas être définis au préalable. C'est pourquoi, afin que l'accès aux soins soit un droit universel, le gouvernement doit prévoir des moyens budgétaires évolutifs pour satisfaire les besoins. Ceci implique de sortir l'hôpital de la logique de rentabilité dans laquelle l'enferme la

tarification à l'activité qui entraîne une sélection dramatique des patients, une réduction des soins pour les démunis ainsi que la suppression de personnels.

La déclinaison régionale de la politique gouvernementale se matérialise par le SROS (Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire). En découpant le territoire de chaque région en territoires de santé, ce schéma prépare ces derniers à un isolement sanitaire et à la fermeture de nombreux services, notamment les blocs opératoires. La contrepartie sera une concentration des activités dans les centres hospitaliers universitaires : dans les deux cas, les patients subiront un recul de la qualité des soins. De plus, dans le cadre d'une telle territorialisation, le gouvernement tente de se décharger de sa mission régalienne en impliquant les collectivités territoriales dans le financement de notre système de santé. Une grande vigilance s'impose, notamment avec l'engagement des intercommunalités, des départements et des régions dans le financement des maisons de santé. Pour autant, il est indispensable de définir des politiques de santé différenciées selon les territoires. Dans de nombreux cas, les contraintes géographiques et sociales impliquent une mutualisation des moyens pour répondre aux besoins de nos concitoyens. Mais, afin d'éviter l'isolement de territoires entiers, les coopérations entre établissements d'un même territoire doivent s'appuyer sur un conventionnement avec les centres hospitaliers universitaires afin de bénéficier de l'apport de praticiens spécialisés, mais aussi d'une offre de formation continue.

Le gouvernement tente de convaincre les Français que notre système de soins et de protection sociale souffre d'un manque de rentabilité financière. L'évocation d'une mauvaise gestion des hôpitaux publics et d'un soi-disant gaspillage par les assurés est un faux procès dont l'objectif est de faire l'impasse sur les causes réelles des difficultés actuelles qui sont la conséquence du sous financement chronique qui les asphyxie. S'ajoutant aux avantages régulièrement offerts au secteur privé, toute la politique gouvernementale est en totale cohérence avec les objectifs de marchandisation de la santé. Il suffit de faire le bilan des réformes successives de l'assurance maladie, des déremboursements répétés

de médicaments ou encore des franchises médicales pour constater que la réduction des droits des assurés est un remède pire que le mal. Le même constat s'impose quant au bilan des exonérations de cotisations sociales des entreprises. Pour l'année 2009, elles s'élèveront à 42 milliards d'euros, soit plus de cinq fois le déficit de l'assurance maladie. Ces exonérations, décidées au nom de l'emploi, n'ont, pourtant, aucun effet dans la lutte contre le chômage et la précarité. De nombreux rapports montrent même que, dans bien des cas, ces sommes colossales sont utilisées par les grands groupes pour spéculer.

Le gouvernement poursuit une politique de développement de l'offre privée. Ainsi, il veut confier aux hôpitaux une mission de support aux professions libérales. Quant aux communautés hospitalières de territoires (CHT) proposées par le ministre de la santé, elles recourent les territoires définis dans le cadre du SROS, avec la volonté de fédérer l'ensemble des activités hospitalières sous la responsabilité d'une direction unique. Cette centralisation est le signe inquiétant d'une prise en main des hôpitaux par le pouvoir central dans le plus grand intérêt du secteur privé. En effet, derrière ces politiques territoriales se profilent de futurs « Groupements de coopération de santé » (GCS). Présentés comme des contrats de coopération entre les secteurs public et privé, ces groupements ont vocation à devenir des établissements de santé. C'est la porte ouverte à des actes de santé publique pratiqués par le secteur privé, avec des objectifs lucratifs. C'est aussi la démonstration que le financement du secteur public par la tarification à l'activité ne peut conduire qu'à son implosion au vu des missions et des objectifs qui lui sont assignés.

La nécessité d'une politique qui mette un terme à l'évolution actuelle du système de santé français

Pour être efficace, notre politique de santé doit cesser de nier les évidences. Le vieillissement de la population, le coût des actes et des équipements innovants, les avancées scientifiques et sanitaires engendrent inévitablement des coûts supplémentaires. Nous devons donc assumer un choix de société : restreindre les soins pour satisfaire à la doctrine de réduction des dépenses publiques ou dépenser plus pour permettre à tous nos concitoyens d'accéder à des soins de qualité.

Or, le courage politique implique de reconnaître qu'il est normal de dépenser plus pour se soigner mieux et donner la priorité à la satisfaction des besoins humains. La rentabilité de notre système de santé ne peut se limiter à des aspects comptables. Elle doit aussi intégrer les coûts sociaux que représente, pour la collectivité, des habitants privés de soins de qualité. De la même façon, elle doit prendre en compte les dommages qui découlent de la disparition des services et des établissements de santé pour les territoires concernés. Une population en bonne santé est une garantie d'économies sur le long terme. Des territoires correctement dotés en équipements de santé et en personnels performants constituent une richesse autrement plus attrayante que les chiffres froids d'un bilan comptable.

C'est pourquoi, la nécessité de trouver des recettes nouvelles est un enjeu fondamental pour répondre aux besoins de santé de la population. La raison essentielle du déficit de la Sécurité sociale trouve ses racines dans le chômage, la précarité et les bas salaires. Or, continuer à baisser le coût du travail au prétexte de lutter contre les délocalisations est une tromperie. Cela accentue le chômage, amplifie les profits et favorise la spéculation financière. Au contraire, l'augmentation des salaires et la sécurisation des revenus et des emplois donneraient un souffle nouveau pour la protection sociale : 1% d'augmentation des salaires représente 2,5 milliards supplémentaires de recettes sociales, 100 000 emplois créés représentent 1,3 milliards de plus pour les caisses de la Sécurité sociale. Il est indispensable de revenir à un système de cotisations fondé sur la masse salariale. Ceci implique la suppression progressive de la CSG et le refus de toute TVA sociale. Enfin, la création d'une cotisation sur les revenus financiers des grandes entreprises et des banques doit rapidement se concrétiser. Chaque année, cette mesure rapporterait 10 milliards de plus à la Sécurité sociale.

Une telle réforme du financement de la politique de santé doit s'accompagner de mesures permettant, à terme, d'aller vers les 100 % de remboursement. Cet objectif, conforme aux fondements de la Sécurité sociale, doit prendre forme dès à présent avec l'annulation immédiate des franchises médicales et

du dispositif du médecin traitant, en lien avec le développement d'une nouvelle politique du médicament.

Adapter la démographie médicale aux besoins de tous les territoires

Depuis de longues années, les politiques d'État ont vidé les territoires de leurs activités économiques et de leurs services publics. Elles en ont fortement atténué l'attractivité et portent, de ce fait, une lourde responsabilité. Ceci explique, en partie, les difficultés pour y maintenir la présence de praticiens généralistes. Ces difficultés ont été amplifiées par la pénurie des formations, sciemment programmée depuis plusieurs décennies. Pour cette raison, il faut supprimer les *numerus clausus*, établis sur le prétexte fallacieux d'une limitation des dépenses de santé, et qui ont débouché sur la pénurie des praticiens. Parce qu'il est le pilier du système de santé en milieu rural, le médecin généraliste y est reconnu et apprécié, notamment pour son rôle social. Cependant, la lourdeur de la permanence des soins ainsi que les contraintes administratives, propres à sa fonction de médecin traitant, amplifient ses difficultés et son isolement. Il est d'autant plus indispensable d'améliorer les conditions d'exercice que la féminisation de la fonction s'accélère.

Des maisons de santé, implantées au cœur de « bassins d'urgence médicale », peuvent permettre une activité pluridisciplinaire qu'il faut conforter par des formations universitaires décentralisées, dans le but de fidéliser les étudiants et de favoriser ainsi leur future installation. L'implantation de ces maisons de santé doit être communément définie par les collectivités territoriales concernées, par les représentants de l'assurance maladie et par l'ARH, dans le cadre d'un maillage territorial judicieux. Le choix de cette implantation doit s'effectuer sur la base d'une péréquation prenant en compte les contraintes « distance/temps », l'âge des populations et les services existants. Enfin, une concertation devra s'engager entre les établissements hospitaliers publics et les médecins de ville pour que ces derniers disposent des services nécessaires au sein de chaque centre hospitalier afin d'y envoyer leurs patients en toute sécurité.

Enfin, des mesures incitatives doivent être définies pour sensibiliser les étudiants à la pratique des soins en milieu rural. Comme cela a été réalisé par le passé pour certains corps enseignants, il est nécessaire de réfléchir à la possibilité d'un financement et d'une rémunération au cours des études, en contrepartie d'un engagement à exercer durant une période définie dans une zone à la couverture médicale insuffisante.

Inscrire la politique en faveur des personnes âgées et dépendantes au cœur du système de protection sociale français

L'allongement de la durée de vie et l'explosion de la maladie d'Alzheimer mettent les élus de la République face à de nouvelles responsabilités. Faute de moyens, le service public n'assume pas la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, au risque de la livrer au secteur marchand, ce qui, à court terme, peut s'avérer socialement catastrophique. Les services relevant des droits fondamentaux de la personne âgée ou dépendante doivent être reconnus d'utilité sociale : à ce titre, ils doivent relever du secteur public. Intervenir au cœur de l'intimité d'une famille est une mission d'attention particulière. Cette fonction préventive de la santé physique et psychique des personnes s'inscrit dans la définition de l'approche santé de l'OMS. Pour cette raison, il ne saurait être question que ces services soient accaparés dans un but lucratif.

L'action publique accuse un retard de plusieurs années dans les réponses à apporter aux besoins de la personne âgée. Aujourd'hui, sa prise en charge est assurée à 61 % par la famille, 22 % par la Sécurité sociale et 17 % par les départements. Quant au plan Alzheimer, s'il est le signe d'une prise de conscience quant à l'urgence d'agir, les moyens proposés sont notablement insuffisants au vu de la rapidité avec laquelle se développe la maladie. En effet, près de 900 000 personnes étant actuellement touchées par la maladie et sa progression étant estimée à 200 000 nouveaux cas par an, un choix urgent de financement public doit être fait pour accompagner les malades et leur famille. C'est pourquoi, afin de préserver la dignité des personnes âgées, des personnes dépendantes et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le système de protection sociale doit être étendu en faveur des personnes âgées et dépendantes.

La maladie d'Alzheimer exige plus particulièrement une prise en charge morale et financière des aidants familiaux. De plus, un effort sans précédent doit être réalisé pour améliorer l'offre d'accueil et de formation des personnels soignants. Au regard des fortes disparités territoriales, les crédits nécessaires à cette politique doivent être répartis dans le cadre d'une péréquation qui prendra en compte les contraintes « distance/temps » ainsi que les services existants. Les structures d'accueil affectées à l'accueil des malades ne seront pas soumises à la tarification à l'activité et fonctionneront sur le principe de la dotation globale.

En privilégiant un partenariat actif avec le monde associatif et avec l'économie sociale et solidaire, les conditions seront créées pour une maîtrise publique du maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes. Un plan national de formation pour les personnels qui en assureront la charge (aides ménagères, auxiliaires de vie, médecins généralistes, gériatres...) sera mis en place. Par ailleurs, afin que les crédits nécessaires évoluent en fonction des besoins des personnes concernées, le financement de « l'Allocation personnalisée à l'autonomie » ne relèvera plus de l'impôt, mais de la solidarité, dans le cadre de la 5^e branche nouvellement créée. Quant à l'élaboration des schémas gérontologiques, un système de péréquation définira les ratios en fonction des contraintes et des particularités territoriales. Une attention particulière sera accordée afin qu'une médicalisation excessive des établissements d'accueil ne crée pas un vide pour les personnes peu dépendantes qui ne peuvent rester à domicile.

La création d'habitats intergénérationnels sera encouragée afin d'éviter un cloisonnement brutal et définitif entre les personnes âgées ou dépendantes et les générations actives.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{er} **UNE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ADAPTÉE** **AUX BESOINS DE TOUS LES TERRITOIRES**

Article 1^{er}

Les régions administratives sont découpées en bassins d'urgence médicale. Un maillage structurant en équipements de santé solidaires est établi de façon qu'au sein d'un bassin d'urgence médicale un centre hospitalier soit accessible en moins de quarante minutes, quelles que soient les conditions météorologiques.

Article 2

Chaque centre hospitalier, équipé d'un scanner et d'un plateau technique ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, est lié au centre hospitalier régional universitaire dans le cadre d'une convention. En fonction des besoins, cette convention permet l'intervention de praticiens spécialisés au sein de l'hôpital, une télé transcription par informatique des actes d'imagerie, ainsi qu'une formation adaptée des personnels et des praticiens.

Article 3

Dans chaque bassin d'urgence médicale, si le besoin est avéré, une maison de santé est implantée afin de favoriser une activité pluridisciplinaire dédiée aux soins. Des formations universitaires décentralisées y sont dispensées, le cas échéant. Les investissements et le fonctionnement des maisons de santé font l'objet d'une convention et d'un cahier des charges précisant les engagements des différents partenaires, en veillant à ce que les collectivités territoriales ne se substituent pas aux missions régaliennes de l'État et au financement de l'assurance maladie.

Article 4

Un plan pluriannuel de formation pour les médecins généralistes et les praticiens spécialistes est défini par le ministre de la santé afin de répondre aux besoins de chaque bassin d'urgence médicale. La filière universitaire de médecine générale est développée. Les honoraires des médecins généralistes sont alignés sur ceux des autres spécialistes, avec la mise en place d'une rémunération forfaitaire permettant, en plus du paiement à l'acte, de rétribuer le temps consacré à l'élaboration des dossiers et au suivi des patients.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE VIE

Article 5

Un cinquième risque est intégré à la Sécurité sociale. Dédié aux personnes âgées et dépendantes, il est financé selon les principes de solidarité en vigueur pour les quatre risques existants. Il prend notamment en charge l'allocation personnalisée à l'autonomie.

Article 6

Un plan national de construction de structures d'accueil pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est mis en oeuvre. Un dispositif national de formation des personnels soignants affectés au traitement de cette maladie est rapidement défini, avec une spécialisation d'assistant en gérontologie.

Article 7

Un Haut Conseil du maintien à domicile est créé. Adossé au cinquième risque, il est dédié au maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes. Il veille plus particulièrement à la mise en place d'un plan de formation des personnels concernés, à l'établissement de schémas gérontologiques prenant en compte les contraintes territoriales et économiques, et au

développement de structures innovantes telles que les habitats intergénérationnels.

Article 8

Un statut particulier est créé pour les aidants familiaux. Ils pourront bénéficier d'un congé de soutien sur le modèle du congé parental, du remboursement des frais de transport de l'accueil de jour et d'un service de remplacement. Ils disposeront d'une « information-formation » pouvant être assurée par des associations dont le statut sera reconnu.

TITRE III DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Article 9

- ① Les charges qui pourraient résulter pour les collectivités territoriales de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par le relèvement de la dotation globale de fonctionnement et corrélativement, pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs prévus par les articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② Les charges qui pourraient résulter pour l'État et les régimes sociaux de l'application de la présente loi sont compensées, à due concurrence, par la création de taxes additionnelles aux droits sur les tabacs prévus par les articles 575 et 575 A du code général des impôts.