



ASSEMBLÉE NATIONALE

10ème législature

Equilibre financier

Question orale n° 1385

Texte de la question

M. le ministre du travail et des affaires sociales s'est rejoui récemment de la réduction de l'augmentation des dépenses de santé. M. Louis Pierna souhaite connaître les dispositions qui ont été prises dans le département de la Seine-Saint-Denis pour obtenir ce résultat.

Texte de la réponse

M. le président. M. Louis Pierna a présenté une question n° 1385.

La parole est à M. Louis Pierna, pour exposer sa question.

M. Louis Pierna. Monsieur le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale, M. le ministre du travail et des affaires sociales a déclaré, le 5 février, que la réforme de la sécurité sociale portait ses premiers fruits et que, fin 1996, les objectifs d'économies avaient été atteints. Permettez-moi d'être un peu moins optimiste que lui.

Si les choses allaient aussi bien, pourquoi les personnels de santé des hôpitaux publics, les médecins libéraux, les infirmières, les kinésithérapeutes, seraient-ils si inquiets ? Pourquoi multiplieraient-ils les protestations et les manifestations ?

Si les choses allaient aussi bien, je ne rencontrerais pas dans mes permanences des malades - très malades - excédés des décisions prises par certains médecins contrôleurs, qui ont manifestement reçu des instructions pour écarter les prises en charge lourdes par les caisses de sécurité sociale.

A titre d'exemple, je me bornerai à citer deux cas, parmi beaucoup d'autres.

Premier cas: M. A., âgé de cinquante-neuf ans, est victime le 22 février 1995 d'un accident vasculaire grave. Il perçoit des indemnités journalières, passe un contrôle médical le 13 septembre 1996 et apprend, quelques semaines plus tard, lorsqu'il se présente à son centre de sécurité sociale, que ses indemnités journalières sont supprimées depuis son passage devant le médecin contrôleur. Il n'était plus pris en charge, mais ni le médecin contrôleur ni personne d'autre, d'ailleurs, n'avait eu le courage de le lui dire !

Un expert a pourtant conclu que ses handicaps excluaient la pratique d'une profession quelle qu'elle soit et qu'à l'épuisement de ses indemnités journalières, il devrait être mis en invalidité catégorie 2. Résultat: le voilà inscrit à l'ANPE en attendant la contre-expertise.

Deuxième cas: M. B, cinquante-deux ans, présente une pathologie complexe séquellaire d'accidents vasculaires cérébraux, infarctus fonctionnel, maladie de Parkinson. Le 22 mars 1996, le médecin contrôleur le reçoit et prend la décision de supprimer les indemnités journalières. Apte à travailler, déclare-t-il ! Après une nouvelle expertise, il est décidé que les indemnités lui seront versées jusqu'au 22 mai 1996, l'ANPE prenant ensuite le relais.

Que dit son médecin traitant ? «L'intéressé est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité.»

Que dit le médecin expert de la MATMUT ? «Arrêt de travail justifié du 30 juillet 1995 au 30 décembre 1996.

Stabilisation le 30 décembre 1996 justifiant de la catégorie 2 d'invalidité.»

Alors, monsieur le secrétaire d'État, ma question est simple: est-ce en refusant les soins et les prestations aux malades, aux malades lourds, que vous obtenez les chiffres dont vous vous rejouissez ? Que comptez-vous faire pour que les caisses donnent instruction aux médecins contrôleurs d'agir avec un peu plus d'humanisme,

en tenant véritablement compte de la situation du malade ?

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale.

M. Hervé Gaymard, secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale. Monsieur le député, je voudrais tout d'abord rappeler la chance que nous avons, en France, de bénéficier d'un système de protection sociale à la fois libéral et solidaire. Libéral parce que le patient peut consulter le médecin de son choix et recevoir des soins dans l'établissement de santé de son choix. Solidaire parce que notre sécurité sociale, qui s'est consolidée depuis cinquante ans, assure la prise en charge collective des soins. Nous sommes le seul pays en Europe, et même dans le monde, à profiter de cette double caractéristique. Ailleurs prévalent soit le libéralisme sauvage qui aboutit à l'exclusion des soins, soit des systèmes administrés et étatisés qui aboutissent à un rationnement. Mais, pour maintenir notre régime de protection sociale, chacun convient qu'il faut y mettre de la responsabilité. C'est tout le sens de la réforme globale qui se met en place.

L'année dernière, vous l'avez rappelé, nous avons tenu les objectifs que nous nous étions fixés. Pour 1997, contrairement à ce que j'entends parfois, aucune baisse des dépenses de santé n'est prévue; elles doivent au contraire augmenter de 10 milliards de francs.

En moyenne, la France dépense chaque année pour la santé un point de richesse nationale de plus que tous les autres pays à développement économique comparable. En mettant en place des outils de responsabilisation, nous voulons parvenir à ce que l'on appelle le « juste soin ».

En ce qui concerne plus précisément la politique de contrôle médical des caisses primaires d'assurance maladie, je vous rappelle que les praticiens-conseils de la sécurité sociale sont avant tout des médecins. Ayant prêté le serment d'Hippocrate, c'est même exclusivement en tant que médecins qu'ils prennent leurs décisions et non en obéissant à une logique budgétaire et bureaucratique aveugle.

Quant aux situations particulières que vous avez évoquées, il est bien évident qu'elles doivent être examinées au cas par cas par la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis et qu'il y a toujours moyen de contester une décision auprès des instances compétentes. Après vous avoir entendu, je suis disposée, pour ma part, à demander des informations complémentaires à cette caisse.

Mais, encore une fois, pour préserver notre système de prise en charge collective des soins pour tous les Français - prise en charge qui sera encore améliorée en 1997 avec la mise en place de l'assurance maladie universelle - il faut mettre partout de la responsabilité. Bien entendu, cela ne doit pas se faire au détriment de la santé. C'est pourquoi il faut toujours agir avec tact et mesure.

M. le président. La parole est à M. Louis Pierna.

M. Louis Pierna. Monsieur le secrétaire d'Etat, je vous ai écouté avec attention, mais permettez-moi de mettre un peu en doute les assurances que vous m'avez données, car les deux cas que j'ai cités ne sont pas isolés. Depuis quelques semaines, je reçois, dans mes permanences, de nombreuses personnes qui font état des mêmes griefs. Ainsi, les parents d'une jeune handicapée qui devait être transportée dans un établissement spécialisé se sont vu refuser le remboursement de l'ambulance. De telles pratiques n'avaient pas cours auparavant.

C'est si vrai que les caisses elles-mêmes hésitent sur la conduite à tenir. S'agissant du cas de suppression sans avertissement des indemnités journalières que j'ai cité tout à l'heure, la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis m'a répondu que la communication de la décision à l'intéressé n'est pas systématique, l'information étant transmise au médecin traitant. Or celui-ci n'avait pas été non plus informé.

Mais l'auteur de cette réponse s'empresse d'ajouter: «Cependant, le service médical, soucieux de la qualité de la relation avec les assurés sociaux, entend poursuivre auprès des médecins-conseils des actions d'incitation à l'échange direct avec les patients qu'ils rencontrent.»

Enfin, le médecin contrôleur savait bien que cette personne avait cinquante-neuf ans et qu'elle ne pouvait plus travailler. Il y a donc quelque chose qui s'est passé. Incontestablement, des instructions d'économie ont été données. Ce qui n'était pas la règle auparavant l'est devenu aujourd'hui. C'est pourquoi j'éprouve un doute. Bien sûr, il faut équilibrer les comptes de la sécurité sociale, mais il y a d'autres moyens. Il faut faire cotiser les revenus financiers au même titre que les revenus du travail. A défaut, si, par malheur, il devait y avoir demain un million de chômeurs en plus, le déficit ne pourrait que s'accroître et il faudrait encore réduire les soins.

Dernièrement, j'ai été hospitalisée dans une clinique de cardiologie du Midi de la France. Ce que l'on proposait à son directeur m'a tellement choqué que je lui ai conseillé de s'adresser au député de sa circonscription, M. Leotard. On lui demandait tout simplement de supprimer 25 lits, c'est-à-dire le tiers des capacités de l'établissement, alors que le taux de remplissage est de 96 %, et d'augmenter en compensation le prix de

journee, qui devait passer de 740 a 1 250 francs ! Finalement, cette operation aurait coute des centaines de millions de centimes a la securite sociale, uniquement pour appliquer la loi hospitaliere !
J'espere qu'avec un tel taux de remplissage et une nombreuse clientele en provenance d'Italie ou d'Allemagne, cette clinique n'a pas ete contrainte de fermer ces 25 lits et qu'elle continue de fonctionner correctement. Mais voila comment on depense l'argent de la securite sociale en prenant des mesures purement administratives qui ne correspondent pas aux besoins des malades.

Données clés

Auteur : [M. Pierna Louis](#)

Circonscription : - COM

Type de question : Question orale

Numéro de la question : 1385

Rubrique : Securite sociale

Ministère interrogé : travail et affaires sociales

Ministère attributaire : travail et affaires sociales

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 26 février 1997, page 1379

Réponse publiée le : 5 mars 1997, page 1562

La question a été posée au Gouvernement en séance, parue au Journal officiel du 26 février 1997