



DOSSIER SPÉCIAL

La santé, un droit mal en point

SOMMAIRE

ÉDITO

Hors des soins II

L'ÉTRANGER

Un bouc émissaire promis à la clandestinité III

SECRET PROFESSIONNEL

Pressions policières sur les travailleurs sociaux VII

SOLIDARITÉ MISE À MAL

Sournoise franchise XI

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

A 100% sur la sellette XV

Hors des soins

Un parcours du combattant. C'est ce à quoi ressemble le cheminement de l'étranger malade qui tente de se soigner en France aujourd'hui. La politique d'immigration, avec ses quotas de reconduites d'étrangers à la frontière, instaure une pression à tous les intervenants du circuit, depuis les préfets jusqu'aux guichets, mais aussi aux professionnels médicaux et sociaux. Cette pression engendre un climat de suspicion généralisé à l'égard de ces étrangers malades, et crée un contexte qui les éloigne de plus en plus du système commun, les renvoie à la précarité et à la clandestinité, où les préoccupations de santé sont loin d'être prioritaires. D'autant plus qu'en parallèle, notre système de couverture maladie est remis en cause. Les forfaits, franchises et autres remboursements mettent à mal le principe de solidarité fondateur... Entre restriction des droits, peur de l'arrestation et perte de confiance dans les intervenants sociaux, c'est toute en frange de la population qui est repoussée hors des circuits de soins.

Marianne Langlet

Ce cahier spécial « La santé, un droit mal en point » est un supplément au *Journal du sida* n° 203, février 2008, édité par Presscode pour Arcat (association membre du Groupe SOS) avec le soutien de la direction générale de la Santé.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org) • DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)
CONSEILLÈRE DE LA RÉDACTION : Anne Guérin (anne.guerin@groupe-sos.org) • RÉDACTION (journal@arcat-sante.org), 26, La Canebière - 13001 Marseille • COORDINATRICE : Juliette Troussicot (juliette.troussicot@groupe-sos.org) Tél. : 01 44 93 29 19 • SECRÉTAIRE DE RÉDACTION : Magali Jourdan (magali.jourdan@presscode.fr) • DIRECTEUR ARTISTIQUE : Rémi Balligand • MAQUETTE : Loïc Beillet Le Beherec • DOSSIER RÉALISÉ PAR Laetitia Darmon, Marianne Langlet • IMPRESSION : Imprimerie Nouvelle, Groupe Jouve, 45800 Saint-Jean-de-Braye • COMMISSION PARITAIRE n° 1007 H 82309 • ISSN : 1153-0863. Dépôt légal à parution • Les articles et graphismes du *Journal du sida* sont la propriété exclusive de Presscode. Arcat est une association Loi de 1901. 94-102, rue de Buzenval, 75020 Paris.
WWW.ARCAT-SANTE.ORG • WWW.GROUPE-SOS.ORG

L'ÉTRANGER

Un bouc émissaire promis à la clandestinité

Les lois, les discours, les circulaires sur l'immigration installent en France une politique de suspicion et de déni de droit vis-à-vis des étrangers, qui, relégués à la clandestinité et la précarité, ont bien d'autres préoccupations que de se faire soigner.

Jamais législateurs n'avaient été aussi prolixes en la matière. Trois lois sur l'immigration en quatre ans : 2003, 2006, 2007. À chacune de ces étapes, le droit au séjour des étrangers est grignoté, laminé, voire totalement annulé. L'objectif affiché : remplacer l'immigration « *subie* » – sous-entendu l'immigration de famille – par une immigration « *choisie* », selon les besoins du marché de l'emploi.

Le coût humain des lois

Dans la pratique, l'application de ces trois lois entraîne une précarisation de l'accès au droit de séjour pour les étrangers. La difficulté accrue d'obtenir un titre de séjour en France renvoie les personnes vers la clandestinité. « *Dès lors, elles se cachent,*

craignent d'aller vers les institutions publiques, vers les lieux de soins », souligne Antonin Sopena, juriste au Comede⁽¹⁾.

Lorsque les personnes obtiennent des titres, ils sont souvent bien plus fragiles qu'avant, comme des autorisations provisoires (APS) de six mois sans droit au travail, là où elles pouvaient auparavant prétendre à une carte de séjour d'un an avec droit au travail. « *Les conséquences sont directes, non seulement sur l'accès aux soins, mais plus largement sur la qualité de vie, puisque cette instabilité précarise l'accès au travail, au logement, fragilise la situation sociale des personnes, leur bien-être et peut donc retentir, par exemple, sur l'observance des soins* », analyse

Adeline Toullier, chargée de mission Soutien social à Aides.

Tout le processus de régularisation au fil de l'eau, qui existait pour les étrangers sans papiers résidant en France, a également été mis à mal. L'attribution d'une carte de résident de plein droit après 10 ans de présence en France n'existe plus ; le regroupement familial sur place est rendu plus difficile qu'il ne l'était déjà ; les conjoints de Français doivent aller attendre un visa longue durée dans leur pays d'origine... Seuls les étrangers malades et les parents de Français peuvent, sous moult conditions, obtenir une régularisation sur place. Enfin, si un titre a été obtenu, le passage d'un séjour précaire, limité dans le temps à une



☞ carte de 10 ans est devenu très difficile. « Il faut bien parler français, travailler, avoir un logement dans les normes... Des conditions difficilement accessibles lorsqu'on est titulaire d'une APS sur un bout de papier, qui fait fuir les employeurs et les bailleurs », note Marie Hénocq, chargée de projet santé à la Cimade⁽²⁾. Cette augmentation de l'instabilité administrative nourrit la précarité sociale ; or, dans la précarité, la santé est rarement la priorité. « Les person-

nes s'éloignent du dispositif de santé. Ces lois sont délétères pour la santé publique », appuie Antonin Sopena.

L'esprit des lois

Mais il n'y a pas que les lois, elles s'accompagnent de nombreux discours, circulaires et autres directives internes qui tous présentent l'étranger sous l'angle d'un possible fraudeur, profiteuse, usurpatrice...

Un climat général de suspicion s'est installé, qui se manifeste, entre autres,

dans les pratiques administratives et préfectorales. Illustration dans le Val-de-Marne. La CPAM refuse d'examiner des demandes d'Aide médicale d'Etat (AME) ou de couverture médicale universelle (CMU) déposées par des demandeurs ou bénéficiaires d'un titre de séjour pour raisons médicales, sous prétexte qu'ils seraient venus se faire soigner en France et que, dès lors, ils sont touristes et non résidents. Un refus confirmé en recours gracieux. « Nous sommes donc face à

Droit au séjour pour raisons médicales

RESTREINDRE SANS TOUCHER AU DROIT



Photo : Fotolia

Depuis le début de l'année, quinze personnes sans papiers séropositives au VIH ou/et au VHC se sont retrouvées en centre de rétention, six d'entre elles ont été expulsées vers des pays où leur accès aux soins n'est pas assuré. Du jamais vu depuis l'entrée en vigueur de la loi du 11 mai 1998 qui introduit le droit au séjour pour raisons médicales. Pourtant, le texte de loi concernant les étrangers gravement malades n'a pas été modifié. Mais le dispositif est laminé de tous côtés depuis le rapport d'Anne-Marie Escoffier, de l'Inspection générale de l'administration (IGAENR), sorti en novembre 2002. Le ton était alors tranchant : la procédure était l'objet de « dérives très inquiétantes ». Le rapport soulignait : « on peut tout suspecter : les fraudes ou les certificats de complaisance éventuellement monnayés ». Des accusations graves, pourtant nullement étayées. Il n'empêche, dès lors, la tentative de réduire ce droit n'a jamais cessé. Dans le projet de loi sur l'immigration de 2006, le droit au séjour pour raisons médicales avait purement et simplement été abrogé. Devant le haro des associations, le gouvernement a fait marche arrière. Quelques mois plus tard, une circulaire instaurait une liste de pays en fonction de la disponibilité des soins pour les principales pathologies, et instituait la levée du secret médical

pour donner au préfet des indications suffisantes sur la gravité de la pathologie et la nature du traitement. Nouvelle levée de bouclier associative et nouveau recul : la circulaire ne verra pas le jour.

Qu'importe, l'intention reste et les principes de cette circulaire se retrouvent dans des fiches pays mises en ligne sur l'Intranet des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), chargés de donner leur avis médical, et des préfets. Elles donnent des indications succinctes sur la disponibilité d'un traitement donné dans un pays donné. L'accessibilité effective n'est pas prise en compte. Par ailleurs, des jurisprudences permettant de réduire l'accès à ce droit sont proposées aux décideurs. Avec ces éléments et sous la pression des chiffres, les préfets contestent de plus en plus souvent les avis médicaux rendus par les médecins inspecteurs de santé publique. Leur syndicat, le SMISP, dénonce, dans une lettre du 8 octobre dernier au ministre de la Santé, « une augmentation marquée des pressions exercées sur les MISP en charge de ces dossiers. Elles s'inscrivent dans une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants. » Dans ce contexte, même si les fiches pays ne concernent pas le VIH, « elles ont un impact dans la mesure où elles font évoluer les mentalités, constate Adeline Toullier. Désormais, mettre une personne touchée par le VIH – éventuellement coïnfectée VHC – en rétention, n'est plus un interdit fondamental et son expulsion devient possible. »

M.L. ■

Même si la Cour de cassation a jugé « déloyale » le cas d'une arrestation au guichet de la préfecture, il n'empêche que ce type d'arrestation se poursuit.

une politique choisie et assumée par la Caisse », souligne Didier Maille, responsable du service social et juridique au Comede. Sept dossiers sont actuellement en contentieux ou en recours avec la CPAM du Val-de-Marne sur cette question. « C'est, à mes yeux, l'intériorisation par l'administration sociale de la politique anti-étrangers, de l'idée que l'étranger en situation irrégulière est le problème de notre société », constate-t-il.

Aux guichets des préfectures, il observe la même politique d'inhospitalité. « Les procédures sont truffées d'illégalités. Il arrive que le simple accès au guichet pour un dépôt de dossier soit impossible. Si la personne y parvient, elle n'a parfois pas de reçu. Il n'y a dès lors plus de délais de traitement puisqu'il n'y a plus de date de dépôt. Parfois, six mois plus tard, nous nous apercevons que le dossier n'a finalement pas été enregistré, il faut tout reprendre. » Aucune de ces pratiques n'est inscrite dans la loi, mais l'esprit de la loi et des discours les ont nourries et renforcées.

Marie Hénoqc constate les mêmes dénis de droit chez les intervenants sociaux et médicaux. « Quatre ans auparavant, lorsque, devant les professionnels du médical et du social, nous arguions que les personnes

étrangères avaient des droits, nos interlocuteurs manifestaient de l'intérêt. Il existait alors une possibilité de diffuser une culture de l'accès aux droits. Aujourd'hui, nous rencontrons trois types de réactions, l'une, réactive, souhaite bien faire mais n'a pas les outils pour ; l'autre, à l'inverse, a une attitude très décomplexée : il s'en moque et peut refuser de faire un certificat pour que la personne accède aux soins urgents. Enfin, la dernière réaction est plus qu'une méconnaissance des droits, c'est une véritable intégration de l'idée que ces personnes n'en ont aucun. »

Une intégration qui ne vaut pas uniquement pour les professionnels ; à force, les personnes étrangères sans papiers, assimilent cette même idée. D'autant plus qu'elles craignent, désormais, de se rendre dans les administrations pour revendiquer ces droits, alors que la pression du quota d'expulsion encourage toutes les arrestations.

La pression des chiffres

Le chiffre de 25 000 reconduites à la frontière en 2007 devrait être renouvelé et augmenté chaque année, pour atteindre 28 000 expulsions en 2010. Cette pression, contestée aussi bien par les associations que par certains syndicats de police, amène une dérive des pratiques policières. Toutes les circonstances d'arrestation deviennent possibles. La circulaire du 21 février 2006 en est une parfaite illustration. Elle détaille les méthodes pour interpellier les personnes aux guichets des préfectures, dans les hôpitaux, les foyers ou à leur domicile. Même si la Cour de cassation a jugé « déloyale » le cas d'une arrestation au guichet de la préfecture, il n'empêche que ce type d'arrestation se poursuit. Car, juge Marie Hénoqc : « Tous ces textes, depuis quatre ans, marquent les esprits au-delà de leur lettre. Cer-

taines circulaires vont être contestées, quelques-uns de leurs aspects vont être annulés, mais ce qui compte vraiment, c'est ce qui a été dit. »

Parmi les mesures annoncées, quelques-unes seront retirées, comme par exemple, la fermeture des foyers d'urgence aux sans-papiers. Mais l'esprit reste et alimente les pratiques de sus- ➤➤

L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT DANS LE COLLIMATEUR

Il faut lutter contre « les abus » et « les fraudes » et « mieux contrôler ce gouffre financier ». Thierry Mariani et Claude Goasguen, députés de la majorité, proposent de réformer l'Aide médicale d'Etat (AME) qui permet un accès gratuit aux soins aux personnes sans papiers résidant en France depuis au moins trois mois et gagnant moins de 606 euros par mois. En 2006, elles étaient 190 000 à en bénéficier. Les deux députés ont déposé un projet de loi qui vise à centraliser les demandes AME, pour que « le seul lieu de dépôt des demandes soit la mairie » qui pourra alors vérifier « les conditions de ressources, d'identité et de résidence ». Une nouvelle fois, le ton est donné : le dispositif serait en proie à de multiples détournements. Pourtant, un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) soulignait que « la gestion rigoureuse de la prestation par le délégataire [la CPAM] limite les possibilités de fraude ». Peu importe, l'image de l'étranger fraudeur est alimentée de toute part. Roselyne Bachelot y a ajouté sa voix. Elle annonce que le gouvernement va lutter contre la fraude à l'AME avec l'établissement, au courant de cette année, d'un titre non-photocopiable et comportant la photo du bénéficiaire.

Par ailleurs, la ministre assure réfléchir à la possibilité « d'une participation des bénéficiaires aux dépenses de soins, soit sous une forme proportionnelle, ticket modérateur, soit sous une forme forfaitaire ». En 2002, déjà, l'instauration d'un ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'AME avait été votée dans la loi de Finances, mais sous la pression des associations, les décrets n'étaient jamais sortis. Ils sont de nouveau à l'ordre du jour. ■

» plication et de rejet. Il nourrit également la crainte des sans-papiers et leur sentiment de n'avoir aucun droit. Il encourage enfin les dénonciations, de plus en plus fréquentes aux bureaux des postes ou des banques. Une pression telle, que mêmes les intervenants les plus expérimentés, comme ceux de la Cimade et du Comede, hésitent parfois à envoyer les personnes faire revendiquer leurs droits seules. L'accompagnement, notamment en préfecture, est désormais la règle. « *Même si nous savons parfaitement que la clandestinité nuit à leurs*

L'appareil législatif s'engage, à chaque loi, un peu plus loin dans le démantèlement de droits fondamentaux pour les étrangers.

conditions de vie et à leur santé, il est parfois délicat de dire aux gens d'aller au casse-pipe », constate Antonin Sopena. Pourtant, si la pression semble extrême aux associatifs, elle pourrait bien n'être qu'un début. L'appareil législatif s'engage, à chaque loi, un peu plus loin dans le démantèlement de droits fondamentaux pour les étrangers. Jusqu'où ? Des annonces préfigurent déjà une nouvelle grande réforme de l'immigration en 2008, les trois premières n'en auraient été que les prémices... ■

Marianne Langlet

Illustration de l'Europe sociale

NI AME, NI CMU

Depuis le 1^{er} janvier 2007, le cafouillage est total sur le statut, au regard de la couverture maladie française, des nouveaux entrants européens. Jusqu'alors, les Polonais ou les Tchèques, par exemple, résidant en France et remplissant les conditions d'accès à la couverture maladie universelle (CMU) pouvaient y avoir accès. L'entrée de la Bulgarie et de la Roumanie au 1^{er} janvier 2007 a « *généralisé des crispations* », constate Adeline Toullier d'Aides. Les réactions ont été diverses selon les départements, certains ont continué d'ouvrir des droits CMU, d'autres l'Aide médicale d'Etat (AME), quelques-uns n'ont plus rien fait.

> Illustration dans le 93

Jalila Bouzid, coordinatrice de la mission banlieue à Médecins du Monde (MDM) se souvient qu'avant cette date fatidique, leur centre de soins de Seine-Saint-Denis avait rencontré la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) pour s'informer sur le droit, dès le 1^{er} janvier, de leurs patients Roms. A l'époque, cela ne faisait pas de doute : ils obtiendraient la CMU. Pourtant, au 1^{er} janvier, la situation s'est bloquée. « *La CPAM a alors reçu une circulaire interne qui spécifiait que ces personnes n'avaient pas le droit à la CMU, car elles n'étaient pas en situation régulière, mais comme, désormais européennes, elles n'étaient pas non plus en situation irrégulière, l'AME leur était fermée* », témoigne Jalila Bouzid. Un discours difficilement tenable... L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) a alors rencontré le directeur de la CPAM au printemps qui a cédé : des droits CMU seraient ouverts pour les Européens résidents du département. Un engagement qui n'a duré que deux semaines. La CPAM disait qu'une déci-

sion imminente de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) allait paraître sur ce point. En attendant, elle ne faisait plus rien. Sept mois de blocages pendant lesquels la mission de MDM a bidouillé pour faire face aux urgences. « *Bien sûr, les ruptures de soins ont été nombreuses* », raconte Jalila Bouzid. La CNAM s'est enfin prononcée en juillet 2007. Dans un courrier, elle spécifiait que les citoyens des nouveaux pays européens entrants relevaient de l'AME. La décision valait pour tout le territoire. Le blocage a pris fin en Seine-Saint-Denis mais s'est installé ailleurs, dans des départements qui ouvraient des droits CMU. Paris, par exemple, a alors cessé d'ouvrir tous droits, attendant confirmation du ministère de la Santé. Elle est arrivée le 23 novembre dernier sous la forme d'une circulaire. Elle spécifie que les communautaires inactifs relèvent de l'AME. Leur séjour n'est considéré comme légal que s'ils disposent de ressources suffisantes et s'ils sont bénéficiaires d'une assurance-maladie qui couvre tous les risques. La CMU peut alors exceptionnellement leur être ouverte en cas « *d'accident de la vie* ». « *Des situations introuvables parmi nos patients* », précise Jalila Bouzid. Le 28 novembre, une directive de la CPAM de Paris est venue confirmer la circulaire. Elle accorde à tous ceux qui avaient jusqu'alors ouvert des droits à la CMU un délai jusqu'au 31 mars prochain, afin « *de rechercher une assurance-maladie à un autre titre* ». Pour tous les autres, elle précise : « *Il convient de notifier le refus d'accès à la CMU sans faire état d'une possibilité éventuelle d'étude du dossier au titre de l'AME. Cette éventualité ne doit être étudiée que sur demande expresse du requérant.* » ■

(1) Comité médical pour les exilés.

(2) Comité inter-mouvements auprès des évacués. La mission essentielle de la Cimade consiste à accueillir, orienter et défendre les personnes étrangères et demandeuses d'asile précaires ou dont les droits sont menacés.

SECRET PROFESSIONNEL

Pressions policières sur les travailleurs sociaux

Des travailleurs sociaux ont subi, ces derniers mois, des gardes à vue ou interrogatoires en lien avec leur mission professionnelle. Du jamais vu jusqu'alors. Comment expliquer ces pratiques, alors que le travail social ne peut exister sans secret professionnel et confiance mutuelle avec les usagers ?

Yasmina travaille depuis près d'un an à France terre d'asile (FTDA). Elle assure, avec Leïla, des maraudes nocturnes entre la Gare du Nord et la Gare de l'Est. Parmi les

migrants qui transitent vers la Grande-Bretagne, elle tente de repérer les mineurs pour leur porter assistance dans le cadre de la protection de l'enfance. Cette mission de FTDA est

« financée par l'Etat, connue de tous et exposée à l'ensemble des autorités du pays », précise Pierre Henry, le président de l'association. Pourtant, le 19 novembre dernier, un coup de



Photo : iStockphoto.

sonnette réveille Yasmina au petit matin. Six policiers sont devant sa porte. Perquisition de l'appartement, confiscation de son ordinateur et départ menottée pour Calais. La garde à vue – interrogatoire, prise d'empreinte et photographie – durera jusqu'au lendemain. Yasmina et sa collègue Leïla (qui sera convoquée dans un commissariat parisien puis, elle aussi, placée en garde à vue à Calais) sont soupçonnées d'aide au séjour irrégulier. Leurs numéros de portables et les fiches d'hébergement qu'elles distribuent aux mineurs avaient été retrouvés sur des clandestins arrêtés. Le parquet de Boulogne-sur-Mer conclura finalement à une « *générosité mal placée* ».

Excès de zèle ?

« *Il existe une espèce d'extase bureaucratique qui s'empare des corps intermédiaires : ils se sentent désormais autorisés à aller au-delà de ce qu'il avait l'habitude de faire* », analyse Pierre Henry⁽¹⁾. Il rappelle que le Conseil constitutionnel a ajouté une clause à la loi de prévention de la délinquance qui stipule que l'aide au séjour irrégulier en bande organisée ne peut être appliquée aux associations d'aide aux étrangers. Pourtant, Yasmina et Leïla ne sont pas les seules travailleuses sociales à avoir expérimenté la garde à vue. A Belfort, Catherine Bernard, assistante sociale de l'association Solidarité Femmes qui se consacre à l'accueil et l'hébergement des femmes victimes de violences conjugales, est convoquée en juillet dernier devant la police de l'air et des frontières (PAF). Un policier lui demande l'adresse d'une femme sans papiers suivie par l'association. Devant le refus de l'assistante sociale, une garde à vue est décidée et elle subit un interrogatoire

musclé. La directrice de Cabiria, association de santé communautaire avec les personnes prostituées, a été, elle

« *Il existe une espèce d'extase bureaucratique qui s'empare des corps intermédiaires : ils se sentent désormais autorisés à aller au-delà de ce qu'il avait l'habitude de faire.* »

aussi, convoquée par la PAF en septembre dernier. Elle s'est vue proposer de dénoncer les personnes sans papiers connues de l'association. En cas de refus, elle a été menacée d'incul-



pation d'aide au séjour irrégulier. Ces faits sont-ils la conséquence des quotas d'expulsion qui pousse les policiers

à des pratiques inconnues jusqu'alors ? Certainement, en partie, mais pas uniquement. L'association nationale des assistants sociaux (Anas) a également constaté des pratiques similaires lors d'enquête policière sur des faits délictueux. A Pau, la police a interrogé les travailleurs d'un centre social dans le cadre d'une enquête sur une personne recherchée. En Bretagne, un assistant social auprès des personnes sans domicile fixe (SDF) a été entendu par la police nationale dans le cadre également d'une enquête sur un SDF. Menotté à la chaise, il a été questionné pendant plusieurs heures, a reçu des menaces pour révéler des informations relevant du secret professionnel. « *Des pratiques que nous n'avions jamais vues jusqu'alors*, constate Laurent Puech, président de l'ANAS. *Il existait auparavant une distance autour des lieux d'accueil sociaux, de façon à ne pas les marquer, les stigmatiser.* » De même, la fonction des assistants sociaux était respectée : soumis au secret professionnel, ils peuvent être poursuivis en justice s'ils le lèvent. « *Quand la police pousse à des délits condamnables au pénal, il y a problème !* », souligne Laurent Puech. Comment expliquer ces dérives ? Car rien dans les derniers textes de loi n'autorise, en droit, ces pratiques.

Le poids des mots

« *La loi Perben II permet, dès l'enquête préliminaire, d'avoir copie d'éléments du dossier détenu par les services sociaux, mais pas de recueillir des témoignages des assistants sociaux*, explique Laurent Puech. *La loi de prévention de la délinquance offre la possibilité de remonter une information auprès du maire ou du Conseil général dans le cas de l'aggravation d'une*

LA DÉLATION INSTITUÉE EN SYSTÈME D'ÉTAT

C'est une note de la préfecture de Haute-Garonne datée du 10 octobre 2007. Elle vise à lutter contre les fraudes à l'identité. Un terme large qui recouvre, selon ce texte interne, les personnes en situation irrégulière, l'hébergement de personnes en situation irrégulière, le travail clandestin, les fraudes aux Assedic et les faux dossiers médicaux. En ce sens, la police de l'Air et des frontières propose de former des « référents » dans tous les organismes à vocation sociale – Caisse primaire d'assurance-maladie, Urssaf, Caisse des allocations familiales, Direction départementale des services fiscaux, Assedic, ANPE, Caisse régionale d'assurance-maladie, Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Agencenationale d'accueil des étrangers et des migrations. Leur rôle : sensibiliser les agents d'accueil à la détection des fraudes et signaler à la PAF ou à la gendarmerie leurs doutes sur l'authenticité des documents présentés. Lors d'une conférence de presse le 27 novembre 2007, Michel Tubiana, président d'honneur de la Ligue des droits de

l'Homme, fait part de son inquiétude : « *La démarche de la préfecture nous paraît grave à deux titres : premièrement, nous sommes encore dans une logique de suspicion a priori à l'égard des étrangers suspects, dans ce texte, d'être en situation*

irrégulière et de frauder. Deuxièmement, on demande aux fonctionnaires de s'instituer non pas en dénonciateur d'un délit – ce qui est prévu par l'article 40 du Code de procédure pénale – mais de détecter éventuellement un délit. De se transformer donc en supplétif de la police, ce qui n'est pas le rôle de ces fonctionnaires. » A ses yeux, il s'agit d'une « *xénophobie d'Etat développée par le gouvernement* ». D'autant plus que la note prévoit d'étendre ce système au niveau national pour pouvoir croiser les informations des différents organismes « *sans croiser les fichiers nationaux car interdiction de la CNIL* », met en garde le texte. Une sorte

de fichier qui n'en serait officiellement pas un puisqu'il s'appuierait sur « *un réseau de correspondants dans chaque organisme ou administration* », précise la note. « *On est en train de nous fabriquer une société de paranoïaques* », fulmine Pascal Nakache du syndicat des avocats de France lors de la même conférence de presse. Si le modèle de la préfecture de Haute-Garonne semble le



Photo : Stockphoto.

Il avait été annulé par le Conseil d'Etat. **Le fichier Eloi**, après quelques modifications, vient d'être officialisé par un décret du 26 décembre 2007. Il fiche les étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement. Le fichier comprend les données sur l'état civil de l'étranger, le nom et prénom de ses parents et enfants, sa photo, la langue parlée et tout son parcours au regard de la procédure d'éloignement.

plus accompli, il n'empêche que ce type d'organisation s'inscrit de plus en plus dans le paysage social. Ainsi, depuis le 1^{er} octobre 2007, suite à l'application de la loi Ceseda du 26 juillet 2006, les agents des Assedic et de l'ANPE doivent transmettre systématiquement à la préfecture les photocopies des titres de séjour et de travail des ressortissants étrangers qui s'inscrivent en tant que demandeur d'emploi ou font valoir leurs droits aux indemnités chômage. Les agents des Assedic sont tenus de différer le traitement de la demande d'allocation en attendant le feu vert de la préfecture. La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a été saisie et une requête en annulation a été portée devant le Conseil d'Etat par des syndicats d'agents de l'ANPE (Force ouvrière et Unaf-CGT) qui disent refuser cette nouvelle mission d'auxiliaire de police.

M.L. ■

» situation, de la nécessité d'intervention à plusieurs professionnels, mais dans l'unique intérêt de la personne et seulement sur choix du professionnel social. » Rien, donc, qui permette la garde à vue d'assistants sociaux. Pourtant, dans les deux cas, les projets de loi avaient laissé transpirer

la vraie nature de ces textes : possibilité de témoignage pour les travailleurs sociaux, signalement systématique au maire de tous suivis, levée du secret professionnel... Seule la bataille des associations avait permis d'édulcorer la loi au final. « Le texte sur la délinquance n'est en lui-même, s'il est bien appliqué, pas foncièrement dangereux, mais l'esprit de ce texte la confusion qu'il génère, la volonté première du préprojet, induit une plus grande marge de manœuvre dans l'esprit des policiers et dans celui des professionnels plus de flou sur leur positionnement professionnel », analyse Laurent Puech. A ses yeux, nul doute : « c'est l'esprit de ces différents textes et circulaires, l'esprit des discours ministériels et présidentiels qui génèrent les pratiques que nous voyons aujourd'hui ». Son association a reçu de nombreux appels d'assistants sociaux inquiets de savoir s'ils pouvaient encore s'occuper de sans-papiers, certains ont même confié avoir cessé ces suivis avant d'être sûr de ne pas risquer l'arrestation ! Face à ces demandes, l'Anas a publié une fiche de conduite à l'intention des assistants sociaux intitulée : « Comment concilier témoignage et obligation de secret professionnel ». Il n'empêche, ces signaux nourrissent un climat qui creuse le fossé entre les intervenants sociaux et les personnes sans papiers, qui sape le travail de lien social. « Nous sommes actuellement dans une surenchère sécuritaire qui relève d'un modèle de société », analyse Pierre Henry. Une société nouvelle où le climat est tel, que des ordres supérieurs ne sont pas nécessaires pour interroger les travailleurs sociaux proches de tous ceux qui sont considérés à la marge. ■

DIS-MOI OÙ TU ES DOMICILIÉ, JE TE DIRAI QUI TU ES



Photo : Fotolia

Cet été, les associations habilitées à domicilier des personnes sans logement stable ont eu un coup de chaud. Le décret n° 2007-1124, daté du 20 juillet, signalait qu'elles devraient désormais révoquer la domiciliation de toute personne qui ne se serait pas présentée à

leur structure depuis plus de trois mois. Pour la directrice d'Arcat, Anne Guérin, pas question d'appliquer le texte immédiatement, sans avoir pu en informer le public domicilié. « Certaines personnes appellent régulièrement Arcat pour savoir si elles ont reçu du courrier, mais elles ne viennent pas à l'association. Si nous avions suivi le décret à la lettre, elles auraient dû être radiées sans connaître les règles du jeu. » Arcat, comme d'autres associations, a donc demandé – et obtenu – un délai avant de mettre en place cette nouvelle disposition. Et jusqu'à présent, l'association choisit d'ignorer le texte, d'autant qu'un autre aspect du décret l'inquiète davantage. Le texte exige en effet que les établissements agréés envoient une fois par mois au département et à l'organisme de Sécurité sociale concernés, une copie des attestations qu'ils ont délivrées ainsi que la liste des personnes ayant fait l'objet d'une radiation. Le contenu de l'attestation doit être précisé par arrêté, mais à ce jour, cet arrêté n'est toujours pas paru. « Nous ne savons pas s'il va falloir indiquer la date de naissance des personnes, leur nom tout court ou bien assorti de leur lieu de naissance, le détail des prestations auxquelles donne droit la domiciliation : AME, CMU, etc., poursuit Anne Guérin. Autant d'éléments qui, s'ils étaient demandés, ne nous permettraient plus de garantir aux personnes domiciliées chez nous une parfaite confidentialité. » La domiciliation étant nécessaire à l'ouverture des droits CMU ou AME, on peut imaginer les conséquences sanitaires d'une telle rupture de confiance ! En novembre dernier, l'Uniopss*, Médecins du monde et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Uncass) ont donc rencontré la Direction générale de l'action sociale (DGAS), en présence du directeur de la Sécurité sociale, pour demander des garanties. Un compromis aurait été trouvé. Mais pour l'heure, rien n'a été confirmé. Vigilance, donc. ■

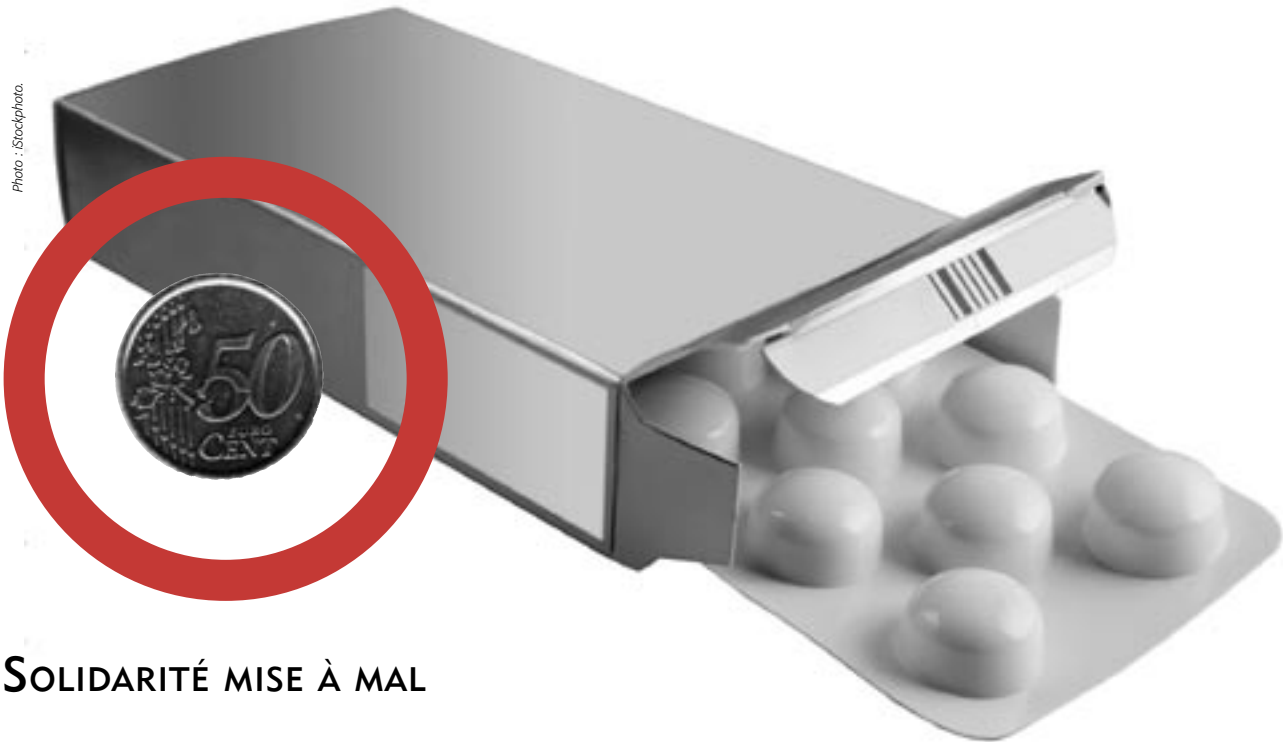
Laetitia Darmon

* Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.

Marianne Langlet

(1) L'association a lancé une pétition : Non à la pénalisation du travail social : <http://www.france-terre-asile.org/petition/>

Photo : Stockphoto.



SOLIDARITÉ MISE À MAL

Sournoise franchise

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008 instaure une « franchise médicale » censée financer la « dépendance ». Pour ses détracteurs, elle constitue une nouvelle atteinte au système solidaire d'assurance-maladie.

Nicolas Sarkozy l'avait répété pendant sa campagne : il créerait une « franchise médicale » pour responsabiliser les patients et renflouer les caisses de l'assurance-maladie. Devant l'impopularité de la réforme, le nouveau chef de l'Etat rectifie le tir. Le 31 juillet 2007, il annonce, les yeux mouillés, posant aux côtés de quelques résidents de la maison de retraite d'un centre hospitalier à Dax, que la franchise servira à mieux prendre en charge les problèmes de dépendance liés à la vieillesse. « *Quelle est la personne qui ne peut pas payer quatre euros par mois sur des objectifs aussi importants ?* », s'exclame quelques jours plus tard la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot⁽¹⁾.

100 euros par an

La franchise s'élève à 50 centimes d'euros par boîte de médicaments

achetée et par acte paramédical (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste ; orthoptiste, podologue) et à deux euros par transport en ambulance. Elle est plafonnée à 50 euros par an, « pour protéger les plus malades », selon Roselyne Bachelot. 50 euros divisés par douze : c'est en moyenne les « quatre euros par mois » évoqués par la ministre.

Mais il va de soi que certains malades

atteindront ce plafond en peu de temps. De nouvelles dépenses, qui s'ajoutent au forfait de 1 euro, mis en place en 2004, sur les consultations médicales et les analyses, plafonné lui aussi à 50 euros par an. Le plafond réel des « franchises » se porte donc à 100 euros annuels. Et c'est sans compter le forfait de 18 euros sur les actes techniques de 91 euros, ainsi que le forfait journalier de 17 euros en cas d'hospitalisation. Comme son prédécesseur, la nouvelle franchise ne s'applique pas aux enfants de moins de 16 ans, aux femmes enceintes, aux bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. En revanche, elle ne pourra être rem-



UNE AUTRE PERLE DU PLFSS

Moins médiatisée que la franchise : la **suppression de l'exonération du ticket modérateur** pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire qui n'ont pas déclaré de médecin traitant. Cela signifie que ces assurés ne seront pas remboursés de la part complémentaire sur les actes et les médicaments. Une décision qui risque de restreindre un peu plus la prise en charge de cette population dont une partie vit dans une précarité qui rend difficile le choix d'un médecin traitant. ■

Témoignage

« Tous les jours, des patients renoncent aux soins »

Mady Denantes, médecin généraliste dans le 20^e arrondissement de Paris, membre du Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (Comegas).

« Avec ou sans franchise médicale, l'accès aux soins est déjà difficile. La franchise ne fait qu'ajouter des entraves supplémentaires. J'exerce dans un quartier assez mélangé et je reçois quotidiennement des personnes qui ne peuvent pas payer leurs soins et leurs traitements. Ce matin même, j'ai reçu un de mes patients, un ancien alcoolique qui a vécu dans la rue, mais qui est en train de s'en sortir : il est maintenant logé, il a un travail, il est en sevrage. Il souffre d'une neuropathie liée à l'alcool, qui nécessite de prendre de la vitamine B1. Mais ce monsieur m'a expliqué qu'il ne la prenait pas actuellement, parce qu'il attend sa paie pour pouvoir s'en racheter une boîte : cette vitamine n'est pas remboursée. Résultat : il se met en danger et si sa neuropathie s'aggrave, cela va coûter beaucoup plus cher à la collectivité. Autre exemple : hier, une jeune femme que je connais vient au cabinet avec sa petite fille, en pleurs : elle a une otite depuis cinq jours. Quand je demande pourquoi elle n'est pas venue plus tôt, elle m'explique que c'est parce qu'elle n'avait pas l'argent. Elle sait pourtant que j'aurais soigné sa petite. Et que j'applique le tiers payant alors que c'est interdit aux médecins généralistes – encore une aberration puisque nous sommes le premier maillon de la chaîne d'accès aux soins. Mais cette femme a sa fierté ! Et pour 6,40 € de ticket modérateur, elle ne m'a pas amené sa gosse ! Elle a droit à la CMU complémentaire,



Photo : D.R.

dira-t-on, alors pourquoi n'a-t-elle pas fait les démarches ? Mais quand on est dans la mouise, on a parfois du mal à faire les choses. Aussi, quand Roselyne Bachelot clame que n'importe qui peut payer 4 euros de plus par mois pour sa santé, elle prouve simplement qu'elle vit sur une autre planète ! Dernier exemple : un monsieur vient me voir, il tousse et je lui demande de faire une radio des poumons. Un mois plus tard, je le croise dans la rue et il me dit qu'il n'a pas effectué l'examen, parce qu'il n'a pas l'argent nécessaire, il n'a pas de mutuelle. S'il a la tuberculose, ça veut dire qu'il en met plein le quartier ! Est-ce vraiment cela qu'on appelle responsabiliser les patients ? ■

Propos recueillis par L.D.

➤ boursée en totalité par les mutuelles, sous peine pour ces dernières de perdre une série d'exonérations fiscales et sociales.

Injustice

Le dispositif aura soulevé de nombreuses objections durant le débat parlementaire. En vain. La franchise est en

place depuis le premier janvier 2008. « J'ai demandé à Roselyne Bachelot pourquoi les malades chroniques, qui supportent déjà de lourds restes à charge, n'étaient pas exonérés de cette franchise. Mais je n'ai pas obtenu de réponse », relate le président de Vaincre la mucoviscidose, Jean Lafond. L'association fait partie de Chroniques

associés, un regroupement d'associations de personnes touchées par une maladie chronique. Pendant l'examen du projet de loi, Chroniques associés a tenté de faire entendre la voix de ceux qui n'ont pas choisi de vivre avec une maladie. « Nous ne sommes pas des "irresponsables" ! Nous sommes atteints d'une maladie qu'il

convient de traiter. Nous ne pouvons nous soustraire aux soins », rappelait un de leurs communiqués. Et d'expliquer que l'augmentation des restes à charge accroît simplement le risque de retarder – sinon d'empêcher – l'accès aux soins des plus fragiles. Pour le syndicat de la médecine générale (SMG), la réforme vise complètement à côté de la cible : « Les dépenses de santé sont très fortement concentrées sur un très petit nombre de patients : une année donnée, les 5 % de personnes qui consomment le plus sont à l'origine de la moitié des dépenses. [...] La franchise vise les petits consommateurs, mais s'attaque aux dépenses de santé là où elles sont peu importantes. La franchise ne pouvant en aucun cas agir sur la consommation des personnes gravement malades, les dépenses de soins et de santé continueront d'augmenter. »⁽²⁾ Et poussant à l'extrême l'idée selon laquelle les patients seraient fondamentalement irresponsables, le syndicat souligne le non-sens économique de la réforme : « La véritable logique de la franchise est de freiner la première consommation de soins (celle qui est pourtant la plus utile au plan médical) et non la surconsommation éventuelle. En effet, la franchise ne joue plus son rôle dissuasif une fois son montant payé, dépassé : la logique économique serait alors de dépenser le plus possible sur l'année en cours, en sachant qu'on sera pris en charge par l'assurance-maladie. Ce qui favorise le consumérisme médical. »

Vers un système assurantiel ?

Plus globalement, les opposants à cette loi dénoncent une étape supplémentaire dans la mise à mal du principe de solidarité qui fonde l'assurance-maladie : à chaque nouvelle mesure, les patients voient leur accès aux soins un peu plus déterminé par

leur situation économique. Ce discours se situe à l'extrême inverse de celui des partisans de la réforme. « *En augmentant la responsabilité de chacun, ce projet permettrait de sauver notre Sécurité sociale* », écrivent par exemple Claude Lepen et Guy Valancien dans un article intitulé « *Vive la franchise médicale !* »⁽³⁾. D'une vision à

l'autre, deux choix de sociétés se confrontent. Et derrière elles deux visions du « *trou de la Sécu* ». L'une, majoritaire, traduit le « *trou* » en un « *excès de dépenses* » qu'il convient de réduire. L'autre invite à penser le « *trou* » comme le signal d'un besoin de financement⁽⁴⁾ : la société admet donc qu'elle doit payer davantage pour la santé de ses

3 questions

à Christian Lehmann

Médecin généraliste et auteur de romans d'essais

En 2004, Christian Lehmann lance le Manifeste contre la réforme de la Sécurité sociale et en 2007, l'Appel contre la franchise, avec deux autres médecins généralistes, Philippe Sopena et Martin Wincker.

Qu'est-ce qui vous a conduit à vous opposer à la franchise médicale ?

Il faut arrêter de dire que c'est une franchise « médicale ». Le terme « médical » laisse entendre que c'est quelque chose de positif. Il s'agit en réalité d'une franchise sur les soins, ou plus exactement, d'un forfait sur les soins, qui vient s'ajouter au forfait d'un euro. Ce dernier avait initié une perte de la solidarité entre malades et bien portants et ce mouvement se poursuit.

Comment comprendre qu'au discours de la responsabilisation des patients, très utilisé durant la campagne présidentielle pour justifier l'instauration d'une franchise, se soit substitué un discours sur la prise en charge de la dépendance ?

Le processus est très pervers. Les communicants ont compris que le discours de la responsabilisation des patients – développé notamment par Nicolas Sarkozy dans son livre « Ensemble » – passait très mal. Ils ont donc décidé de le mettre en sourdine au profit d'un autre. La franchise est donc présentée comme une solution aux défis tels que l'Alzheimer et les cancers, comme si ces derniers n'avaient pas été pris en compte jusqu'ici ! C'est proprement immoral et obscène. Mais cela ne signifie pas que l'idée de la responsabilisation des patients ait disparu : elle n'est simplement plus abordée, pour ne pas nuire à l'échéance politique des municipales. Ensuite, on peut être sûr qu'elle va revenir et que les forfaits vont augmenter.

Comment interprétez-vous cette idée ?

Ce gouvernement souhaite enterrer le Gaullisme, rompre avec les 40-50 ans d'un pacte républicain qui garantissait une assurance-maladie. Mais l'avouer est trop douloureux : il invente donc l'idée que le patient est forcément responsable. C'est un discours qui a une apparence de bon sens tant que les gens ne se sentent pas concernés. Les malades, eux, voient bien qu'il est profondément irrespectueux de leur situation – puisqu'ils subissent leur maladie – et qu'on leur demande – ainsi qu'à leur famille – de déboursier de plus en plus d'argent pour se soigner. Ils ont un vif sentiment d'injustice. En outre, faire des assurés des irresponsables permet de ne pas s'interroger sur les 10 points de PIB qui ont été transférés entre 1982 et 2007, du travail aux revenus financiers. Le président de la Cour des comptes, Philippe Seguin s'en est aperçu : si on taxait les stocks options et autres revenus du capital, on récupérerait des sommes capables de régler une bonne partie du problème de la Sécurité sociale et de sauvegarder le principe de solidarité. ■

Propos recueillis par Laetitia Darmon

LA MAIN À LA POCHE

Petit historique des remboursements et mises à contribution individuelle

1945

Création de la Sécurité sociale

1967

Création du Ticket modérateur (objectif : diminuer la surconsommation médicale et réduire le déficit de la Sécurité sociale)

1976

Déremboursement des médicaments dits « *de confort* » (plan Barre)

1980

Création du secteur 2 à honoraires libres avec dépassements non remboursés par l'assurance-maladie et du secteur 1 dont les tarifs opposables sont fixés par la convention et remboursés par l'assurance-maladie (hors ticket modérateur)

1982-1983

Baisse des remboursements de médicaments et création du forfait hospitalier (plan Bérégovoy)

1986

Limitation des prises en charge à 100 % pour les Affections Longue Durée (ALD)

1993

Baisse des remboursements de l'assurance-maladie de 70 % à 65 % (plan Veil)

2003

Suppression de la prise en charge à 100 % des soins postopératoires. Début d'une vague de remboursements de médicaments jugés peu ou pas efficaces.

2004

Instauration du forfait de 1 euro par acte de soins, de biologie et de radiologie et d'une pénalisation financière lorsque le patient ne choisit pas de médecin traitant ou ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

2005

La convention médicale crée plus de 13 tarifs différents avec multiplication des dépassements autorisés.

2008

Mise en place de la « franchise médicale » au 1^{er} janvier

» concitoyens, dans un contexte de vieillissement des populations, de développement de nouvelles maladies et de progrès de la médecine. « *Il faut savoir si on veut combler le trou en gérant mieux le système de santé ou si on veut laisser le volume des dépenses augmenter, mais limiter la masse remboursée et donc obliger les patients à payer individuellement* », avance Philippe Pignarre, auteur entre autres de *Comment sauver (vraiment) la sécu* (5). Nul doute selon lui sur l'option retenue : « *Nous passons progressivement de notre système mutualiste où l'on paie en fonction de ses*

revenus, à un système assurantiel où l'on paie en fonction des risques contre lesquels on veut se garantir. » ■

Laetitia Darmon

(1) Dans un entretien accordé à Sud Ouest le 17 août 2007.

(2) La franchise sur les soins, une injustice sociale et une atteinte au système solidaire français d'accès aux soins et à la santé. Par Patrick Dubreil, secrétaire, et les membres de la commission exécutive du Syndicat de la médecine générale.

(3) Article publié dans le Monde du 16 juin 2007.

(4) Cf. Le mythe du trou de la sécu. Julien Duval. Raisons d'agir, 2007.

(5) Comment sauver (vraiment) la sécu. L'exemple des médicaments. Philippe Pignarre. La Découverte, 2004.

QUAND LES HONORAIRES DÉPASSENT LES BORNES

« *Un tiers des Français déclare avoir été confronté à des dépassements d'honoraires, et parmi ceux qui ont une couverture complémentaire, seul 1 sur 2 bénéficie de leur prise en charge intégrale ou partielle* », peut-on lire dans un sondage IPSOS/CISS de septembre 2007*. Ce dernier confirme l'étendue et le poids des dépassements d'honoraires sur les usagers du système de santé. Selon un rapport de l'IGAS daté d'avril 2007**, les dépassements constituent l'essentiel de ce qui reste à la charge du patient après l'intervention des organismes complémentaires, lorsqu'il en bénéficie. Le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres a doublé entre 1990 et 2005. Derrière ce chiffre : une hausse du nombre de praticiens en honoraires libres, mais aussi une élévation du taux de dépassement. Une étude réalisée par les auteurs du rapport de l'IGAS*** sur quatre domaines de soins – l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la prothèse de hanche et la coloscopie – en atteste. Par exemple, 52 % des femmes ayant accouché au second semestre 2005 ont été confrontées à des dépassements d'honoraires, qui vont de 7 à 167 euros à l'hôpital et de 14 à 377 en clinique. « *Les dépassements d'honoraires constituent un recul de la solidarité nationale mise en œuvre par l'assurance-maladie obligatoire : du fait de leur montant croissant, ceux-ci génèrent des inégalités d'accès aux soins, voire des renoncements* », note le rapport, qui prône une réforme. Or, si le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 va dans le bon sens en imposant aux médecins une obligation d'information sur le tarif des actes et le montant du dépassement, il ne prévoit pas de limiter le taux de dépassement. A croire qu'il est plus facile de « *responsabiliser* » les malades que les médecins... L.D. ■

* Sondage réalisé du 15 au 24 septembre 2007 auprès de deux échantillons nationaux représentatifs de la population française âgée de 15 ans et plus et de la population des personnes prises en charge au titre de l'ALD.

** Les dépassements d'honoraires médicaux. Rapport présenté par Pierre Aballea, Fabienne Bartoli, Laurence Esloüs et Isabelle Yeni, membres de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales.

*** En collaboration avec la CNAMTS, dans le cadre du rapport précité.

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

A 100 % sur la sellette

Depuis quelque temps, le régime de prise en charge à 100 % des affections de longue durée est fortement mis en cause. La Haute autorité de santé plaide pour un remplacement du dispositif par un « bouclier sanitaire » et une amélioration du suivi des malades chroniques. Tout cela est en discussion, mais ne manque pas de soulever, d'ores et déjà, de nombreuses questions.

N « *L'explosion en plein vol* » : c'est ce que risquerait le dispositif de prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD). Christian Saout, le président du Collectif interassociatif pour la santé (CISS) n'est pas le seul à le penser. Voilà des mois que rapports et articles pleuvent depuis les plus hautes instances⁽¹⁾ pour dénoncer ce système jugé trop coûteux. Avec le vieillissement de la population, les progrès médicaux et la multiplication des maladies chroniques, le nombre de bénéficiaires du régime ALD est en effet en constante augmentation. Ils représentent aujourd'hui 10 % des malades et concentrent 60 % des dépenses d'assurance-maladie, contre 50 % en 1992. La caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) prévoit qu'en gardant les critères actuels d'entrée dans le système ALD, celui-ci concernerait 12 millions de personnes en 2015 (soit une augmentation de 42 % par rapport à 2006) et engendrerait 70 % des dépenses d'assurance-maladie. Pour éviter cette « explosion », il faudrait donc le réformer.

Manque d'équité

Autre critique récurrente : le régime ALD ne serait pas totalement équitable. L'argumentation est la suivante : certaines personnes qui ont des restes à charge (montants non remboursables par la Sécurité sociale) très importants ne sont pas concernées par le dispositif ALD. C'est notamment

le cas des personnes qui subissent sur une même année plusieurs maladies, qui n'ouvrent pas droit à une entrée en ALD. A l'inverse, dans le régime ALD, certaines personnes se font rembour-

jamais (*dyslipidémies isolées*). Elle concède qu'une approche « exclusivement centrée sur la qualité des soins et la santé publique » nécessiterait de faire porter l'effort sur l'ensem-



ser à 100 % sur des montants assez faibles. Prenant l'exemple particulier du diabète, la Haute autorité de santé (HAS) signale dans un avis daté de décembre 2007⁽²⁾ qu'aucun critère ni médical, ni de coût « ne saurait justifier que, parmi les facteurs de risque cardio-vasculaires majeurs, médicalement contrôlables, certains soient aujourd'hui pris en charge en ALD (diabète non compliqué), alors que d'autres ne le sont pas toujours (hypertension artérielle sévère), voir

ble de ces situations, « dès le stade des risques », mais que cela supposerait d'élargir le bénéfice de l'ALD à « au moins un million d'assurés supplémentaires ». Mais pour l'instance de santé, le régime ALD n'aurait alors plus de sens : « un dispositif dont la vocation initiale est d'être un dispositif d'exception visant à neutraliser pendant un temps limité l'impact des soins particulièrement coûteux, tendrait dans les faits à devenir un dispositif de droit commun de caract-



➤ tère *permanent*. » La HAS en conclut que vouloir réunir, comme c'est le cas aujourd'hui, en un même outil – le régime ALD – un volet médical d'amélioration de la qualité de suivi des malades chroniques (via les protocoles de soin notamment) et un volet social d'exonération du ticket modérateur, n'est pas possible, car « *on ne peut améliorer significativement l'un sans dégrader substantiellement l'autre* ».

Bouclier sanitaire

Plutôt que des aménagements à la marge, la HAS affirme sa préférence pour une « *réforme d'ensemble du dispositif* ». Une réforme qui traiterait séparément la dimension médicale de la maladie longue et coûteuse et sa dimension sociale. Au plan médical, il faudrait travailler à « *des modalités nouvelles plus diversifiées, moins formalistes et plus efficaces que les protocoles ALD individuels actuels* ». Le volet social, quant à lui reposerait exclusivement sur « *une mesure objective des coûts supportés par l'assuré. [...] Le « bouclier sanitaire répondrait à cet objectif* ». Le bouclier sanitaire, proposé par le nouveau secrétaire d'Etat aux solidarités actives Martin Hirsch, consiste à dire que quelle que soit la nature de la maladie d'un patient, son exonération à 100 % des dépenses remboursables ⁽³⁾ n'intervient qu'au-delà d'un plafond de dépense annuel, lui-même fonction des revenus des assurés sociaux. Un rapport sur le bouclier sanitaire ⁽⁴⁾, remis en septembre dernier au gouvernement, considère que cette réforme de l'assurance-maladie aurait des effets positifs. « *Elle protégerait mieux certains ménages, notamment ceux de revenu modeste. Elle fonderait les prises en charge sur des critères plus rationnels et équitables que ceux qui prévalent actuellement. Elle donnerait aux régulateurs (pouvoirs publics et régimes d'assu-*

rance-maladie) des instruments de pilotage plus effectifs ».

Complémentaires

Mais ce constat optimiste appelle un premier bémol. Pour que le bouclier sanitaire ne coûte pas plus cher que le système actuel, comme le veulent les réformateurs, deux leviers sont disponibles : fixer un plafond de dépense annuel élevé, ou augmenter le niveau actuel du ticket modérateur. Dans les deux cas, les patients actuellement en ALD qui n'ont pas de complémentaire paieront leurs soins beaucoup plus cher qu'aujourd'hui. Par ailleurs, certains

« *La Haute autorité de santé répète d'un côté que la prévention est un enjeu fondamental et de l'autre, prône une réforme qui va exactement en sens inverse.* »

évoquent le risque que les assurés les plus aisés se désaffilient massivement des mutuelles complémentaires. « *Si au-delà de 400 euros de reste à charge annuel, le bouclier me permet d'être pris en charge à 100 %, pourquoi continuer, si j'ai des ressources moyennes satisfaisantes, à payer une mutuelle de 400 euros par an ?* », s'inquiète Christophe Duguet, qui représente le collectif interassociatif sur la santé à la commission ALD de la HAS. « *Cela signifie que le coût des mutuelles deviendra totalement inabordable pour les autres, qui devront donc supporter toutes les dépenses en dessous du bouclier* ». Un argument que récusent les auteurs du

rapport sur le bouclier sanitaire : ils estiment que l'adhésion à une mutuelle « *est motivée par des enjeux qui sont loin de se limiter à ce qui sera couvert par le bouclier* ». Le débat reste ouvert.

Prévention

Que le bouclier sanitaire soit ou non retenu, Act Up-Paris récuse plus fondamentalement l'idée d'un démantèlement des ALD. « *Démanteler le régime des ALD ne peut être intéressant ni financièrement, ni en termes de santé publique. Car le fait d'être remboursé à 100 % pour une maladie qui peut devenir grave ou chronique conduit à être plus attentif à sa santé que lorsqu'on ne l'est pas* », explique Fabien Giraudeau, coordinateur de la mission traitements/recherche de l'association. Et de citer l'exemple de la personne séropositive asymptomatique : au moindre mal de tête, elle ira voir son médecin pour s'assurer que tout va bien et fera régulièrement ses analyses si elle est remboursée ; alors que si elle ne l'est pas, elle risque davantage d'attendre une situation dégradée, qui coûtera plus cher à la collectivité. « *La Haute autorité de santé répète d'un côté que la prévention est un enjeu fondamental et de l'autre, prône une réforme qui va exactement en sens inverse* », poursuit-il. Un avis partagé par le Syndicat de la médecine générale (SMG). Pourquoi, demande le syndicat, s'exaspérer sur le fait que certains patients actuellement en ALD consomment peu de soins ? « *Tant mieux si ces patients consomment peu. Mais pourquoi mettre en cause leur prise en charge au titre de l'ALD ? Dans le cas du diabète, par exemple, elle permet la prise en charge précoce et peu coûteuse de la maladie (modifications alimentaires) fondamentale pour ralentir son évolution* ». Autant de gains invisibles, qu'il vaut peut-être la peine de mettre en balance avec les dépenses visibles sur lesquelles chacun s'accorde. ■

Laetitia Darmon

(1) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, Haute Autorité de santé, Caisse nationale d'assurance-maladie.

(2) Affections de longue durée. Liste et critères médicaux d'admission. Avis 2007.

(3) Ce qui exclut les dépassements d'honoraires.

(4) Rapport de Bertrand Fragonard, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) et de Raoul Briet, président de la commission de périmètre des biens et services remboursables de la Haute autorité de santé.