

PROJET : Document d'orientation pour l'AG du SNMPMI du 26 et 27 mars 2004

Introduction

L'assemblée générale du SNMPMI se tient cette année dans un contexte particulièrement décisif pour l'avenir du système de santé. La réforme annoncée de l'assurance maladie, les évolutions de l'organisation et des pratiques du système de soins sont des enjeux dont l'impact sera considérable pour toute la société.

Les politiques actuellement menées suscitent dans bien des domaines de fortes inquiétudes : démarches de santé publique de plus en plus réduites à la seule sécurité sanitaire, gestion qui conduit l'hôpital public au bord de l'implosion, restrictions apportées aux dispositifs de protection sociale des personnes les plus en difficulté (Aide médicale État, mais aussi « faux-pas » - bientôt corrigé ? - sur le cumul API-PAJE), approche de la prévention et du social en des termes essentiellement sécuritaires.

Cela appelle de notre part la plus grande vigilance quant aux réformes à venir, et cela justifie que nous déterminions notre positionnement sur les principes généraux qui devraient inspirer les mesures attendues, notamment dans le domaine de l'assurance-maladie. L'objet de ce document d'orientation est donc de situer les enjeux pour la PMI, tout en les intégrant plus généralement à ceux qui concernent le système de santé et de protection sociale.

1) Repartir du texte d'orientation du SNMPMI en 2003

* Rappel des principes qui régissent la PMI (paragraphe I du texte d'orientation 2003)¹.

* Plusieurs de nos demandes en 2003 (création d'une instance nationale pour la promotion et protection de la santé familiale et infantile, réduction des disparités entre départements concernant l'offre de services et de soins en PMI, revalorisations statutaires) n'ont pas abouti. Nous les maintenons.

* Un progrès se dessine en filigrane, cependant : la publication prochaine d'une circulaire du ministère de la santé sur les SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) de 3^e génération en pédiatrie, où la place de la PMI est pleinement établie, aux côtés des autres acteurs de la santé des enfants. Cela devrait se traduire notamment par la présence de professionnels de PMI dans les instances de coordination régionale qui seront mises en place en application de cette circulaire. C'est la seule réponse tangible au texte d'orientation 2003 du syndicat, où nous défendions la nécessité d'une coordination formalisée de ces acteurs au niveau régional.

* Les services de PMI demeurent tiraillés entre plusieurs orientations liées aux évolutions dans le système de soins d'une part, aux politiques sociales menées par les départements d'autre part. Ainsi, les services de PMI peuvent être confrontés, dans un contexte de pénurie croissante de l'offre de

¹ **Quelques points forts des dispositifs et des pratiques de promotion et protection de la santé de la famille et de l'enfant**

- Implication de divers acteurs : Etat, collectivités locales, organismes de sécurité sociale (art. L.2111-1 du code de la santé publique) ; définition légale des missions (Art. L. 2111-1 à 3 et L. 2112-1 à 6 du code de la santé publique).
- Approche globale des problèmes de santé (aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques...).
- Dimension essentielle de prévention et promotion de la santé, action sur les déterminants de santé, intervention dans les milieux de vie (la cité, la famille), notion de continuum soins préventifs-soins curatifs.
- Articulation étroite d'actions médico-sociales de terrain (consultations, visites à domicile, accueils...) et d'activités programmées de santé publique (action sur les "facteurs de risque", éducation pour la santé, réseaux, santé communautaire...).
- Activité en population générale (familles, enfance, jeunesse) et actions contextuelles ciblées.
- Accessibilité : gratuité, structures de proximité et/ou intervention au sein des milieux de vie.
- Développement de pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, travail en réseau.

soins pédiatriques et gynéco-obstétricaux ou de difficultés d'accès aux soins, à une demande d'investissement prioritaire dans une pratique de soins curatifs, notamment en direction de certaines catégories de population. Mais dans d'autres cas, l'orientation prioritaire fixée aux professionnels de PMI par les conseils généraux peut consister en un investissement exclusif dans la protection de l'enfance ou le social et le judiciaire.

Ainsi, tantôt tirée vers une orientation à dominante médicale, tantôt vers une approche à dominante sociale, la PMI dans nombre de départements est en risque de perdre sa vocation d'approche globale préventive de la santé des enfants et des familles, approche qui doit donc être défendue comme un enjeu de santé publique à l'échelle nationale et locale.

2) 2004, année de tous les dangers pour l'assurance maladie : positionner le SNMPMI dans le débat et l'action pour une protection sociale de haut niveau et un accès aux soins pour tous

*** La PMI ne peut être indifférente à l'avenir du système de soins et de la protection sociale.** On n'imagine pas en effet un système de soins préventifs et de santé publique pour l'enfance et la famille qui puisse mener un travail efficace, dans un environnement global d'accès aux soins qui se dégraderait. C'est le sens de nos engagements passés, par exemple en 1995-96 à l'occasion du plan Juppé ou en 2003 à l'occasion de la réforme des retraites, ou encore en 2003-2004 sur la réforme de l'Aide médicale État (AME).

Ce qui nous guide, face à tous ces projets, ce sont les principes issus des grandes périodes d'avancées sociales, inscrits dans le pacte social et consacrés au travers de la Constitution de 1946, puis repris dans celle de 1958 : le droit que doit assurer le pays à chacun, face à la maladie ou à la vieillesse, de bénéficier des meilleures prises en charges adaptées à sa situation.

*** Le débat sur la réforme de l'assurance maladie s'engage dans un climat de dramatisation** sur le thème du « déficit abyssal de la sécu » : 10,6 milliards d'€ en 2003. Sans chercher à esquisser le débat sur le volet dépenses, il convient de rappeler quelques éléments non exhaustifs au sujet du volet recettes, pour remettre les choses en place (chiffres sur lesquels s'accordent de nombreux observateurs, repris par plusieurs confédérations syndicales, cf. aussi le rapport de la Commission des Comptes de la sécurité sociale) :

- le montant des exonérations de cotisations patronales s'élève à environ 20 milliards d'€ dont seulement 18 sont compensés par l'État. S'y ajoutent les dettes patronales (1,9 M. d'€ pour 2003) non recouvrées, celles de l'État (qui doit 4,2 M. d'€ aux caisses).
- le chômage coûte 1M. d'€ de recettes en moins pour 100 000 chômeurs en plus ; la part des salaires dans la valeur ajoutée est passée de 69 à 60% depuis 20 ans, cela ampute de 15% les recettes de la sécu.

Rappeler ces quelques chiffres ne vise aucunement à esquisser le débat, qui peut avoir lieu à condition de l'extraire d'un matraquage médiatique qui ne prend en compte que certains aspects de la question. Il s'agit de recentrer le débat sur les enjeux de réformes qui seraient utiles pour remédier aux faiblesses du système de santé, dont certaines conséquences sont : les inégalités sociales et régionales de santé, le renoncement aux soins pour raisons financières et la montée d'un accès aux soins à deux ou plusieurs vitesses, l'insuffisance de la prévention, etc. L'enjeu est bien de répondre aux besoins de santé dans le sens de l'intérêt général.

*** Sur quels principes asseoir une assurance maladie solidaire ?**

- Le financement : les débats en cours sur ce point tournent essentiellement sur le poids respectif dans le financement des soins entre une logique de sélection des risques, défendue et appliquée par les assurances et une logique de solidarité qui ignore le degré de risque de chaque individu, principe fondateur de la sécurité sociale. Toutes les études montrent que lorsque la part de financement laissée à la logique assurancielle augmente, les inégalités de santé sont susceptibles

de se creuser. Les tentatives de séparer un « gros risque » (qui serait financé dans une logique sécu) et un « petit risque » (qui serait financé dans une logique assurancielle) ne résistent pas à la réalité. La mauvaise prise en charge d'un « petit risque » peut entraîner la survenue d'un « gros risque », etc. Cette partition désavantagerait évidemment les plus pauvres et les plus fragiles.

C'est pourquoi, nous devons défendre le maintien et l'amélioration d'un **financement solidaire** permettant une couverture de toute la population résidant sur tout le territoire, quelque soit sa situation administrative.

- Le niveau de prise en charge : la meilleure égalité devant la santé ne peut être assurée que s'il existe un haut niveau de prise en charge, pour tous les soins rendus nécessaires par l'état de santé de chacun. Dans le cas contraire, on voit clairement se creuser les inégalités en fonction des ressources. C'est le cas actuellement pour le dentaire par exemple : la corrélation entre le socio-économique, donc l'accès aux traitements, et l'état de santé bucco-dentaire est clairement établie.

C'est pourquoi, l'**amélioration du niveau de prise en charge** est un deuxième principe à défendre pour la réforme de l'assurance maladie.

- L'existence de tarifs opposables (tarifs conventionnés qui s'imposent aux professionnels pour tous les soins) est le corollaire des deux premiers principes. Toute liberté tarifaire, dans tel ou tel domaine, ou pour telle ou telle catégorie de professionnels, sélectionne à nouveau les patients, selon leur capacité financière, et s'inscrit dans les faits contre le principe d'égalité d'accès aux soins.

Le principe de **tarifs opposables** complète donc les éléments nécessaires pour consolider une assurance maladie solidaire.

Le SNMPMI examinera les projets de réforme de l'assurance maladie qui seront proposés au printemps 2004, à la lumière notamment des principes précédemment exposés, pour déterminer ses prises de position.

* **Quelques pistes pour se situer dans les débats sur l'évolution du système de santé.**

Nous sommes favorables à :

- Généraliser des dynamiques de santé publique, qui ne se résument pas à l'unique aspect de la sécurité sanitaire, par exemple sur santé et précarité-inégalités, santé et vieillissement...

- Améliorer et développer la prévention et la promotion de la santé : à partir de l'expérience et de la reconnaissance des acquis de 60 ans de PMI, nous voulons mettre l'accent sur une autre approche de la santé que celle du modèle bio-médical curatif exclusif, qui domine encore le système de santé. Il est nécessaire de développer la santé au travail, la santé scolaire, la PMI, les services de santé de proximité liés à l'environnement, etc. Il faut augmenter substantiellement les financements pour ces dispositifs de soins préventifs.

- Développer des modalités coopératives et pluridisciplinaires de projets de soins : réseaux ville-hôpital, centres de santé, maisons ou boutiques de soins, animations santé de quartier...

- Construire un système de santé prenant en compte l'ensemble des déterminants médicaux, sociaux, économiques, environnementaux, culturels,... de la santé, au lieu de l'approche actuelle centrée sur un modèle de gestion essentiellement administratif et comptable.

Nous participerons à la réflexion sur :

- La politique des industries pharmaceutiques et des biens médicaux : en contribuant aux propositions existantes pour une autre politique des médicaments, un meilleur contrôle de l'industrie pharmaceutique et des biens médicaux, du fait de la place stratégique de ces politiques pour la santé publique en France et au plan international. (cf. propositions des syndicats des groupes pharmaceutiques, par ex.). Nous déterminerons le cas échéant quelles propositions le syndicat peut soutenir.

- La politique hospitalière : en contribuant aux propositions existantes pour inverser la logique actuelle qui se traduit, dans de nombreuses disciplines et de nombreuses régions, par des pénuries croissantes de l'offre de soin hospitalière dont les répercussions sur la coordination ville-hôpital sont particulièrement alarmantes.

- La médecine de ville : ici encore, face à la crise notamment démographique, en participant aux réflexions sur les coopérations entre acteurs (exemple du travail effectué avec le ministère de la santé sur les SROS pédiatriques), notamment les réseaux. Nous déterminerons le cas échéant quelles propositions le syndicat peut soutenir.

3) La PMI, une politique publique à promouvoir et développer dans le contexte d'évolution du système de santé

Dans le contexte général qui vient d'être évoqué, la PMI, ouvre, selon les principes décrits précédemment (cf. note 1), des pistes de réflexion pour l'évolution globale du système de santé.

L'expérience de la PMI, à partager lors des débats sur cette évolution du système de santé, serait cependant elle-même en danger, si elle ne recevait pas une impulsion vigoureuse et des financements conséquents des pouvoirs publics, tant sur le plan national que local.

Nous continuerons à nous mobiliser dans ce sens pour une réelle politique globale de prévention et d'accompagnement de la santé de l'enfant et de la famille, sous un régime de protection sociale résolument solidaire.

* * *

*

NB : ce texte, volontairement, n'aborde pas l'ensemble des domaines d'action où le syndicat est et demeure engagé : défense de l'AME, rejet des projets Sarkozy qui portent atteinte à la déontologie professionnelle et à la prévention, etc.