



La santé en Bourgogne au vu des réformes en cours

COMMUNICATION

présentée par

Michel MARTIN

Membre de la Commission n° 4

*« Relations européennes et internationales, habitat, culture,
sports et loisirs, santé et politiques sociales »*

SEANCE PLENIERE DU 16 JUIN 2004

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 3
1^{ERE} PARTIE : LA SITUATION BOURGUIGNONNE EN MATIERE DE SANTE	p. 4
1.1. Les problèmes liés au vieillissement de la population	p. 4
1.2. Une démographie médicale inquiétante	p. 4
1.3. D'autres problématiques régionales	p. 4
2^{EME} PARTIE : LE SYSTEME DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE EN FRANCE : POURQUOI LA REFORME ?	p. 5
2.1. Des chiffres éloquentes	p. 5
2.2. Une situation de crise complexe	p. 6
a) <i>Une réalité économique</i>	p. 6
b) <i>Une réalité sociale</i>	p. 6
c) <i>Une réalité médicale</i>	p. 7
d) <i>Une réalité « politique » : la gouvernance du système</i>	p. 7
2.3. Les modalités de la réforme de l'assurance maladie	p. 8
a) <i>Un constat unanimement partagé</i>	p. 8
b) <i>Les Français et les Bourguignons face à la crise</i>	p. 8
c) <i>Une priorité : une santé de qualité</i>	p. 8
d) <i>La méthode, le cadre et les enjeux de cette réforme</i>	p. 9
3^{EME} PARTIE : DES ACTIONS A MENER EN BOURGOGNE	p. 10
3.1. Assurer à tous une bonne couverture santé	p. 10
3.2. Reconsidérer la prévention	p. 10
3.3. Développer l'éducation à la santé	p. 10
3.4. Adapter l'offre aux populations les plus fragilisées	p. 11
3.5. Mener une réflexion au niveau régional	p. 11

INTRODUCTION

« La santé demain, ça nous regarde ». Cette formule reflète parfaitement à quel point chacun de nous est concerné par cette brûlante question d'actualité. La Commission n° 4 du CESR a souhaité contribuer au débat et à la prise de conscience des enjeux de la réforme de l'assurance maladie et être d'une certaine façon une « caisse de résonance » au niveau régional.

La santé passe par le problème de l'assurance maladie. Aussi, attentive à la réforme en cours, la commission a souhaité intervenir dans le débat en situant ses déclinaisons dans le contexte bourguignon. Le problème de l'assurance maladie diffère de celui des retraites dans la mesure où il aura des répercussions sur les structures en régions. De plus, un récent sondage réalisé à l'occasion des élections régionales de mars 2004 montre que les questions de santé arrivent en tête des préoccupations régionales. Les Bourguignons sont d'abord préoccupés par les questions liées à la santé, suivies par celles concernant l'emploi, puis par l'environnement. Cette contribution ne vise surtout pas à laisser entendre que la régionalisation résoudrait tous les problèmes.

La santé est pour la commission une préoccupation constante qu'elle a été amenée à traiter à plusieurs reprises et sous différents angles. Dès 1992, elle a présenté un avis traitant de « la pauvreté-précarité en Bourgogne ». Sa réflexion a porté aussi bien sur « les emplois de proximité »¹ que sur « l'illettrisme en Bourgogne »² ou sur « le vieillissement de la population bourguignonne et la prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formations »³. Plus récemment encore, c'est le thème portant sur « les exclus en Bourgogne » qui a été présenté le 23 juin 2003 par Bernard QUARETTA.

C'est également lors des discussions menées annuellement lors des bilans du Contrat de plan Etat-Région que la commission a pu apporter sa contribution, en particulier sur des sujets comme l'humanisation des hôpitaux.

Par ailleurs, au niveau national, le CES vient de rendre, le 26 novembre 2003, un avis présenté par Guy ROBERT traitant de « la prévention en matière de santé ».

La communication, qui est présentée ce jour, a pour seule ambition de contribuer à élargir la réflexion de chacun. La santé ne peut être limitée aux seuls soins, et si la commission était amenée à traiter ultérieurement de la santé, cela mériterait de mener une étude globale sur ces questions. Le CESR a toute légitimité à engager une réflexion sur ce thème.

¹ avis du CESR du 16 février 2001 - Rapporteur : Robert FORCE

² avis du CESR du 16 avril 2002 - Rapporteur : Nelly HOLLINGER

³ avis du CESR du 26 septembre 2002 - Rapporteur : Charles BARRIERE

1ère PARTIE : LA SITUATION BOURGUIGNONNE

Si, pour l'essentiel, notre région se situe dans les moyennes nationales (en matière d'espérance de vie, de causes des décès...), quelques caractéristiques spécifiques à notre région ont cependant pu être dégagées concernant les questions de santé.

1.1. Les problèmes liés au vieillissement de la population

L'avis du CESR présenté en septembre 2002 concernant « le vieillissement de la population bourguignonne et la prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formations » met en évidence que la Bourgogne fait partie des régions françaises les plus âgées où la part des 75 ans et plus dépasse la moyenne nationale (9.3 % contre 7.6 % en France). Cette catégorie de population est plus médicalisée et demande plus de disponibilité du corps médical.

Par ailleurs, la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus est plus importante en milieu rural. Le dépeuplement des zones rurales pose de redoutables problèmes quant à l'accessibilité de ces personnes aux services qui leur sont nécessaires et, en particulier, les services de santé et de soins à domicile.

1.2. Une démographie médicale inquiétante

La répartition de l'installation du corps médical sur le territoire est un élément clé du devenir du secteur de la santé. Il apparaît, dans une étude de l'URCAM⁴ de septembre 1998 concernant la démographie médicale, que **la Bourgogne fera partie en 2008 des 4 régions françaises aux plus faibles densités de médecins généralistes**. La densité moyenne nationale est actuellement de 335 médecins pour 100 000 habitants contre 235 dans l'Yonne, 244 dans la Nièvre, 248 en Saône-et-Loire et 350 en Côte d'Or. Pour les différentes spécialités, la région a des densités très inférieures aux densités nationales. Elle bénéficie de 66 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, la moyenne nationale se situant à 86. De plus, près de la moitié des médecins en exercice sont âgés de 45 à 54 ans et les jeunes sont réticents à s'installer en dehors des villes.

Aussi, les acteurs régionaux de la santé dans toute leur diversité doivent-ils réfléchir aux modes de prise en charge des personnes, aux organisations en place ainsi qu'aux spécificités de l'offre de santé régionale.

1.3. D'autres problématiques régionales⁵

- **La mortalité par suicide** chez les hommes est supérieure en Bourgogne à la moyenne nationale. Depuis 1983, ce nombre excède celui des morts par accidents de la route. Un programme régional de santé a ainsi pour objectif de réduire de 10 % d'ici 5 ans le nombre de suicides et de tentatives de suicide.

- **La mortalité liée au tabac** n'est pas significativement différente de celle observée au niveau national. Cependant le tabac a causé en France 60 000 décès en 1990 et les estimations pour 2005 prévoient 160 000 décès avec une multiplication par deux des décès masculins et par 10 des décès féminins. Une action de prévention doit être mise en place en direction des femmes.

⁴ URCAM Bourgogne démographie des personnels de santé

⁵ URCAM Bourgogne Notes et documents - septembre 1999

- La Bourgogne est la 5^{ème} région de France la plus touchée par **la mortalité due aux accidents de la circulation**. C'est la première cause de mortalité des 15-24 ans. Selon le CFES (Comité Français d'Education à la Santé), 30 à 40 % des accidents mortels seraient imputables à l'alcool. Une action coordonnée de prévention de la consommation excessive d'alcool est envisagée.

2^{EME} PARTIE : LE SYSTEME DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE EN FRANCE : POURQUOI LA REFORME ?

Les Bourguignons, comme l'ensemble des Français, bénéficient d'une protection sociale dont il est utile de rappeler ici brièvement l'historique.

La sécurité sociale a été créée suite à l'ordonnance du 4 octobre 1945. Ses principes fondateurs, -solidarité - universalité - égalité d'accès aux services de santé - équité contributive- ont présidé à la mise en œuvre du système de protection sociale actuel.

Les résultats s'avèrent probants : le système de santé et de protection sociale actuel a permis un large accès aux soins (assurant, outre le rôle sanitaire, une importante fonction de cohésion sociale en lien avec les principes fondateurs) qui s'est notamment traduit par une hausse de l'espérance de vie et une baisse du taux de mortalité infantile...

Cependant, depuis près de 30 ans, ce système est en crise et ne répond plus à l'ensemble des objectifs sanitaires et sociaux initiaux. Les différents plans de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui se sont succédés, en moyenne tous les 18 mois depuis 1976, n'ont fait en définitive qu'entretenir ou générer de nouvelles inégalités et de nouveaux déficits.

2.1. Des chiffres éloquentes

- En 2000, les dépenses nationales de santé se sont élevées à 140,6 milliards d'euros (soit près de 2 000 euros par personne) et à 165 milliards d'euros en 2002. La Bourgogne se situe dans les moyennes nationales.

En Bourgogne, le montant des prestations remboursées par l'assurance maladie en 2002 est de 1 901 millions d'euros, soit 7.2 % de plus que l'année passée⁶ (Au niveau national, le taux d'évolution constaté pour les prestations, hors dotation globale, était égal à + 8.5 %).

Les soins de ville, qui constituent les 3/4 des dépenses d'assurance maladie, connaissent un rythme d'évolution élevé (+ 7.7 % par rapport à 2001).

Ces dépenses de soins sont évaluées à environ 10 % du PIB en 2004, contre 3,5 en 1960. La France se situe au 4^{ème} rang des pays de l'OCDE. On peut donc considérer que la santé constitue une priorité d'affectation de la richesse nationale.

A la fin de décembre 2003, une augmentation de 6,7 % des dépenses de soins de santé a été constatée. Le déficit de l'assurance maladie en 2003 est estimé à 11 milliards d'euros soit plus de 30 milliards de déficits cumulés à la fin 2003. Si on projette ce déficit annuel sur les années suivantes (hors charge de la dette), on aboutit en 2010 à un déficit annuel de 29 milliards d'euros et en 2020 à 66 milliards d'euros.

⁶ Contribution 2004 du Régime Général de la Côte d'Or - Programme régional de l'assurance maladie en Bourgogne 2004-2006 - URCAM - Conseil d'Administration du 16 février 2004

- Au niveau des usagers du système, ce sont 5 % des personnes couvertes qui mobilisent 60 % des remboursements. Le reste à charge de la plupart des Français est évalué en moyenne à 185 euros par personne (pour 80 % des ménages). Le taux d'effort des ménages est de 3 % du revenu, voire de l'ordre de 1 % grâce aux caisses complémentaires.

Pour 20 % des ménages, le reste à charge est de 900 euros par an (recours fréquent et coûteux aux soins de ville ou hospitalisation), avec pour certains, une prise en charge par leur couverture complémentaire. Mais pour les ménages les plus modestes, la charge est lourde et peut les amener à renoncer à des soins utiles.

L'assurance maladie rembourse : 75,7 % des dépenses de santé Les caisses complémentaires : 13 % Et les ménages : 10 %.
--

Il ne faut cependant pas oublier que la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de ville (ambulatoire) représente moins de 50 % des frais engagés.

2.2. Une situation de crise complexe

Derrière ces chiffres, la crise de l'assurance maladie recouvre différentes réalités interdépendantes.

a) Une réalité économique

Un déficit considérable et une dynamique des dépenses inquiétante prennent en compte une offre de soins certes plus riche et variée, et une augmentation des biens médicaux, mais également les dysfonctionnements profonds du système...

b) Une réalité sociale

L'accroissement des inégalités sociales de santé perdure malgré des dépenses de santé toujours plus importantes et la mise en place de la CMU.

L'inégalité dans l'accès aux soins persiste notamment du fait du dépassement de tarif par certains praticiens, de l'augmentation du forfait hospitalier (qui est passé au 1^{er} janvier 2004 de 10.67 à 13 euros par jour), de l'absence de dispense d'avance de frais, et de la réalité de « déserts médicaux », ceci étant particulièrement vrai pour la Bourgogne.

Aussi, malgré la mise en place de la CMU (Couverture maladie universelle), 5 millions de Français sont sans couverture complémentaire en raison de leur incapacité à souscrire une assurance complémentaire. 11 % de Français parmi les plus démunis ont renoncé à des soins pour des raisons financières en 2002 (23,5 % des chômeurs et 23,6 % des allocataires du RMI). Ce dernier chiffre illustre le désengagement persistant de la « Sécu » sur certains soins mal remboursés (majoritairement les soins dentaires). Les services d'urgence sont assaillis de ce fait.

D'autres exemples d'inégalités sociales de santé peuvent être rappelés : un ouvrier vivra en moyenne 6,5 années de moins qu'un cadre, et la proportion de personnes déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres.

Les avis du CESR confirment combien ces difficultés sont présentes au niveau régional. Ces rapports mettent en évidence combien l'accès à la prise en charge médicale et sociale doit tenir compte des « effets » de la précarité/désocialisation sur les personnes.

c) Une réalité médicale

Un manque global d'efficacité et de qualité matérialisé par l'insuffisance de la coordination et de la permanence des soins est aujourd'hui mis en cause. Des crises sanitaires apparaissent et ne sont plus acceptées avec fatalité par le public qui regrette un manque global d'information et de prévention.

Parmi les besoins non couverts par l'assurance maladie et pour remédier aux problèmes de répartition des professionnels de santé sur le territoire, la Région a été amenée à participer au financement de 2 hélicoptères basés l'un au CHU de Dijon, l'autre au Centre hospitalier d'Auxerre. Ils s'avèrent particulièrement utiles dans les zones rurales et la réalité de ce besoin a été reconnue par l'ARH (Agence régionale de l'Hospitalisation).

Par ailleurs, le Conseil régional envisage la création d'une allocation territoriale, bourse d'études à destination des élèves infirmiers et sages femmes pour pallier les difficultés de recrutement dans ce secteur.

d) Une réalité « politique »

On a pu parler d'une mauvaise « gouvernance » de l'assurance maladie et dénoncer « l'étatisation » du système ainsi que l'intervention de certains groupes de pression. Aussi, face à ces critiques, comment reconsidérer la « gouvernance » de ce système qui représente un enjeu social et financier conséquent ? (*budget plus important que celui de l'Etat*).

Si la gestion des organismes doit être réaménagée, elle doit rester dans le cadre actuel de l'organisation de la sécurité sociale, mais en renforçant la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

La place des usagers doit en particulier être développée et leur expression davantage prise en compte, d'autant plus que la relation soignant-soigné s'est considérablement modifiée ces dernières années. Le patient, plus considéré comme un acteur, doit être mieux pris en compte dans sa vie sociale et dans son environnement. La commission a pu rencontrer des représentants du CRISS Bourgogne (Collectif régional interassociatif sur la santé en Bourgogne) qui rassemble 19 associations bourguignonnes. Cette association a défini dans une charte des enjeux pour le public et des objectifs pour l'action.

La mission de l'Etat, qui consiste à proposer une politique de santé publique puis à contrôler son exécution, doit se réaliser dans le cadre d'un processus démocratique d'évaluation concertée des besoins et des résultats, de hiérarchisation décentralisée des priorités, où l'échelon régional doit jouer un rôle essentiel, et dont chaque cycle serait conclu par l'adoption par le Parlement de la loi de financement de la Sécurité Sociale et du budget.

Pour ce faire, il est nécessaire que les observations études et enquêtes épidémiologiques, démographiques développées permettent d'évaluer l'état sanitaire de la population ainsi que son évolution, d'en dégager les grandes tendances et d'évaluer les besoins. Il faut que tous ceux qui sont concernés : professionnels de santé, élus locaux, services décentralisés de l'Etat, organisations syndicales, associations, CPAM, CRAM et caisses complémentaires, y soient associés.

La création d'un Conseil national de la sécurité sociale, (avec sa déclinaison au niveau régional) instance représentative associant l'ensemble des partenaires sociaux, le mouvement associatif, les différents acteurs de la protection sociale, permettrait l'instauration d'un débat sur l'évolution du système de sécurité sociale, sur les moyens à mettre en œuvre, les axes de réforme souhaitables pour assurer le progrès, la cohérence et la couverture optimale de la population.

2.3. les modalités de la réforme de l'assurance maladie

a) Un constat unanimement partagé

Suite à la phase de concertation lancée par le gouvernement, le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie⁷ préconise un consensus sur le diagnostic et sur les objectifs à atteindre. Le constat général est partagé : une réforme structurelle de la sécurité sociale est indispensable car la seule logique comptable nuit gravement à la santé et à la cohésion sociale sans engendrer d'économies substantielles.

Le système actuel est sous perfusion ; les mesures précédentes, uniquement comptables, tendent à se désengager vers les complémentaires et les ménages pour apurer le déficit. Le financement reste pour l'essentiel assis sur le travail.

b) Les Français et les Bourguignons face à la crise

Un Sondage effectué par la revue « Notre temps » (juillet 2003) indique que les Français sont majoritairement attachés à la sécurité sociale qu'ils jugent juste et efficace... mais mal gérée.

En Bourgogne, un sondage régional de mars 2004 fait apparaître que la première préoccupation des Bourguignons est la santé et notamment le maintien de la présence médicale en milieu rural (la Bourgogne est au 16^{ème} rang national en ce qui concerne la densité médicale avec de fortes disparités régionales et des projections inquiétantes).⁸

Il devient donc nécessaire de prendre des mesures incitatives fortes pour redynamiser les campagnes.

c) La priorité : une santé de qualité

De manière générale, les Français sont particulièrement préoccupés aujourd'hui par l'insécurité sociale grandissante. La santé devient donc l'enjeu fondamental de la réforme de l'assurance maladie.

- Pour une approche globale de l'individu et de sa santé

L'OMS définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le caractère multidimensionnel que recouvre cette notion de santé est donc à souligner, et nous conduit à envisager la santé dans son acceptation large, en prenant en compte l'ensemble de ses déterminants humains et sociaux.

⁷ Rapport du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) - 23 janvier 2004

⁸ cf. avis du CESR sur « le vieillissement de la population bourguignonne et la prise en charge de la dépendance » - 26 septembre 2002 - Rapporteur Charles Barrière

Cette position est confortée par l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

- La prévention symbole de cette nécessaire évolution

Cette approche globale de l'individu et de sa santé doit se traduire notamment par le développement prioritaire de la prévention dont le manque illustre à la fois les carences du système et ses possibilités de réforme.

La prévention consiste en une approche globale de l'individu, elle implique une coordination sanitaire et sociale. Chacun devenant acteur de sa santé, les maîtres mots sont responsabilisation et participation de l'ensemble des acteurs. Elle appelle à une clarification et une redéfinition des compétences de chacun ; elle nécessite formation et information ainsi qu'un renforcement de l'évaluation.

La prévention doit relever de la solidarité nationale dans le cadre d'une politique de santé publique. Un avis du Conseil économique et social du 26 novembre 2003 présenté par Guy ROBERT traite de « La prévention en matière de santé ». Il sera utile de s'y reporter, notamment en ce qui concerne l'intégration des soins et de la prévention.

Les moyens accordés à la prévention devront être renforcés, mais c'est aussi la coordination de ces moyens qui devra être améliorée. Les services de l'Etat jouent un rôle considérable. La durée de vie ne cessant de s'allonger, grâce aux progrès de la médecine, préserver le capital santé de façon précoce est une politique responsable.

d) La méthode, le cadre et les enjeux de cette réforme

Une concertation nationale est engagée avec l'ensemble des acteurs concernés, un débat parlementaire va s'instaurer.

Le cadre général de cette réforme vise à plus de cohérence, de qualité et de responsabilisation. Il s'agit de :

- réorganiser l'offre de soins,
- réformer le mode de gestion,
- conforter les principes fondateurs,
- épurer la dette,
- simplifier l'organisation du système de santé.

Il est désormais urgent de mettre en œuvre une réforme structurelle car de nombreux enjeux et besoins subsistent ou se manifestent de manière plus aiguë.

Il est impératif :

- de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et de réduire les inégalités,
- de faire face au vieillissement de la société et à la prise en charge de la dépendance,
- de prendre en compte l'évolution des techniques médicales,
- de se situer dans le cadre de la décentralisation et de l'aménagement du territoire.

3^{EME} PARTIE : DES ACTIONS A MENER EN BOURGOGNE

Les propositions formulées dans l'avis du Conseil économique et social sur « les emplois de proximité »⁹ peuvent être reprises utilement. Parmi celles-ci, l'amélioration de l'offre de services de proximité, le développement de prestations de qualité, le soutien aux formations et la réduction de la précarité des personnels restent totalement d'actualité.

Si certaines propositions relèvent de la responsabilité nationale, il reste pertinent de s'interroger sur les possibilités d'action au niveau régional.

3.1. Assurer à tous une bonne couverture santé

La commission rappelle l'importance d'assurer à tous une bonne couverture santé. Loin d'entraîner une « surconsommation » d'actes médicaux, une bonne couverture santé doit permettre un diagnostic et un traitement plus précoces, d'éviter certaines hospitalisations d'urgence ou tardives, des traitements lourds pour les pathologies constituées, la propagation de maladies contagieuses (type tuberculose et MST) et d'assurer le suivi santé des jeunes présentant des troubles du comportement et des conduites addictives lourdes.

3.2. Reconsidérer la prévention

La prévention doit prendre toute sa place dans le système de santé et devenir le centre de la politique de santé. Elle doit s'exercer, en disposant de moyens suffisants, depuis le niveau de la médecine infantile et scolaire jusqu'à la médecine du travail en passant par la médecine générale.

Evoquer la prévention c'est aussi et peut-être d'abord améliorer les conditions de vie, lutter contre l'exclusion, la précarité, améliorer les conditions de travail.

Préserver l'environnement, lutter contre la pollution, facteur aggravant de certaines maladies fait partie de l'ensemble des mesures nécessaires pour garantir une bonne qualité de vie.

3.3. Développer l'éducation à la santé

Des actions peuvent être entreprises ou développées en milieu scolaire (lycées, collèges ou même primaire), à l'instar de ce qui se pratique dans ces établissements, concernant l'éducation à l'environnement. Elle devront concourir à prévenir notamment les comportements à risque et les conduites addictives et à améliorer la connaissance du système de santé (droits et obligations...). Les associations qui concourent à ces objectifs doivent être soutenues.

Le suivi médical doit se poursuivre sans discontinuer tout au long de la vie. Il convient de développer la médecine du travail en augmentant le nombre de médecins afin d'exercer une surveillance accrue des conditions d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail. Un récent rapport du Conseil supérieur de la prévention et des risques professionnels a rappelé l'importance de « renforcer la surveillance des salariés ainsi que les dispositifs de contrôle ».

Notons que les fonctionnaires d'Etat ne bénéficient pas à ce jour de cette surveillance médicale au travail, pourtant obligatoire pour l'ensemble des salariés. Renforcer la prévention c'est aussi intensifier les examens pratiqués dans les centres d'examen de santé. Pourquoi ne pas les rendre obligatoires ?

⁹ Avis du CESR - 16 février 2001 - Rapporteur : Robert FORCE

3.4. Adapter l'offre aux populations les plus fragilisées

Concernant les populations en situation de précarité ou de grande exclusion¹⁰, il faut rappeler qu'une offre de soins adaptée doit comporter des lieux de soins polyvalents, spécifiques à la prise en charge de ces publics. Ces lieux de soins - type Centre de santé- doivent être pleinement intégrés dans le réseau médico-social de droit commun sur un territoire donné.

3.5. Mener une réflexion au niveau régional

La Région est compétente en matière d'aménagement du territoire ; de ce fait, il lui est possible d'impulser des actions en faveur du développement de structures de soins au plus près des populations. Chaque Bourguignon doit pouvoir disposer de services de santé sur son territoire de vie.

La qualité et l'organisation de l'offre de soins peuvent être approchées dans une vision régionale. Actuellement sous l'égide de la DRASS, deux groupes de réflexion se sont mis en place autour des thématiques de l'alternative à l'hospitalisation et de la médecine de proximité et des polyopathologies. Sur la base de l'ensemble des données ainsi disponibles, une Conférence de santé, comme large lieu d'expression démocratique, serait en mesure de déterminer des orientations.

La région pourrait être le lieu de centralisation et d'études des diverses données recueillies. Sous réserve de mieux préciser leur rôle et leur mission, les institutions existent, comme l'Observatoire Régional de la Santé (en lien avec l'Inspection de Travail, la Médecine du Travail, les services prévention des CRAM), l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie, et bien sûr le Conseil économique et social régional.

Des expérimentations ont été menées (concernant notamment les maisons de santé et les maisons de garde) et semblent apporter des réponses satisfaisantes aux populations et aux praticiens. Le développement de ces actions peut être envisagé.

Comment faire évoluer notre système de santé afin qu'il réponde de façon pérenne aux objectifs cohésion sociale et d'équilibre financier ?

C'est la question centrale qui se pose aujourd'hui à notre pays.

La Commission n° 4 a souhaité éclairer ce débat d'actualité. Il importe aujourd'hui que chacun à sa place, partenaire social, collectivité territoriale, association puisse apporter sa contribution à la réflexion en cours.

¹⁰ avis du CESR sur « les exclus en Bourgogne »

**Intervention de Kheira BOUZIANE
en tant que Présidente de la Commission n° 4**

Je voudrais remercier notre chargée d'études Annick WAMBST pour la qualité du travail qu'elle a fait, mais également mes collègues conseillers pour avoir su travailler ensemble sur un sujet on ne peut plus brûlant, malgré la diversité des sensibilités qui nous caractérisent.

Même si nos débats, vous vous en doutez, ont pu être parfois passionnels, le travail effectué par la commission et la communication présentée illustrent ce que doit être le rôle et place de notre assemblée.

Ce que nous devons privilégier, ce sont le débat, l'échange et la recherche de l'intérêt commun, celui de la Bourgogne et des Bourguignons.

Certes, cette communication, modeste et non exhaustive, a voulu s'inscrire dans le débat actuel, mais surtout s'interroger sur la problématique de la santé dans notre région et ses caractéristiques. Notre assemblée a eu d'ailleurs l'occasion de s'exprimer sur certains de ses aspects en Bourgogne. De plus, le souhait exprimé devant nous ce matin par François PATRIAT, président du Conseil régional, de confier au CESR une saisine sur la place de la Région dans la politique de santé montre que même si la santé n'est pas une compétence de la Région, elle ne peut demeurer ignorée.

La Commission n° 4, par cette communication, a pensé que notre assemblée à toute légitimité de participer au débat et de s'exprimer sur le sujet (cela s'est fait dans d'autres Régions).

La Commission a souhaité susciter, au sein de notre assemblée, un échange que j'espère constructif sur un sujet qui touche chacun d'entre nous, tous Bourguignons, au-delà de nos différentes représentations.

Intervention de Jacques LOURY au titre du groupe CGT

Il est bien vrai que la préparation de cette communication n'a pas été sans susciter d'inquiétudes, voire des interrogations quant aux intentions du groupe de travail qui en a été chargé. Cependant ce travail, fruit des consultations et réflexions partagées des membres du groupe est là. Son objet, limité aux compétences de notre commission, vise à mettre en évidence les enjeux que recouvrent les questions de santé pour les Bourguignons, afin qu'ils s'investissent dans la construction des réponses qui seront apportées.

Notre communication précise les principes qui ont présidé à la mise en place du dispositif actuel de sécurité sociale dont l'assurance maladie est une composante. Ces principes fondateurs font que le financement est assuré sur les richesses créées par le travail, chacun contribuant en fonction de ses moyens et recevant à la hauteur de ses besoins. Il nous apparaît important de les rappeler ici car il conviendra de les confronter aux dispositions qui vont être arrêtées dans les jours, les mois, les années qui viennent.

Cette confrontation ne sera pas l'objet de mon intervention, cependant je ne peux m'empêcher de porter un regard sur les réformes annoncées et craindre qu'elles ne permettent pas de régler les vrais problèmes qui mettent en danger notre système d'assurance maladie : **le financement d'une protection sociale de haut niveau et l'accès de tous à des soins de qualité ne sont pas garantis.**

Ce n'est pas inutile de le dire car notre communication, qui ne formule pas de proposition, pose des questions importantes pour la santé des Bourguignons qui trouveront réponses ailleurs que par les finances régionales et cela quelle que soit la volonté du Conseil régional.

La commission 4, à travers cette communication, souhaite ouvrir une importante réflexion sur cette question des moyens pour être en bonne santé en Bourgogne, que l'on habite à Dijon ou au fin du fond du Chatillonnais, que l'on soit PDG, enseignant ou salarié de l'industrie, d'une PME ou du bâtiment, que l'on soit scolarisé ou étudiant, que l'on soit jeune ou vieux.

Il est relevé dans la communication quelques sujets sur lesquels il devient urgent, c'est le cas de le dire, d'arrêter et de mettre en place des moyens pour garantir à tous ce droit à la santé. Ce qui est posé aujourd'hui c'est la pertinence de notre réseau de soins bourguignon, de son efficacité.

Il nous semble, bien que ce soit relevé dans le document, qu'il y a encore beaucoup d'inégalité dans l'accès aux soins, et dans la mise en œuvre de la prévention. Cette prévention est à développer partout mais aussi dans l'entreprise.

Quelles dispositions après les dangers révélés de l'amiante et notre région est particulièrement concernée (c'est le 1^{er} taux de mortalité pour les salariés en Saône et Loire) ?

Quels moyens pour agir contre les risques que représentent l'utilisation des éthers de glycol, pour agir contre le développement des TMS, du stress au travail ?

Si la commission 4 reçoit la charge d'un travail sur toutes ces questions de santé, la CGT est prête à s'y investir.

Intervention de Simon GRAPIN au titre de l'UNSA

L'UNSA réaffirme son adhésion au diagnostic partagé de la situation de l'assurance maladie tel qu'élaboré par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie qui confirme la nécessité d'une bonne réforme de l'assurance maladie qui passe par des actions concomitantes sur l'organisation du système de soins, le pilotage du système de prise en charge de la santé et les aspects financiers.

Concernant l'organisation du système de soins, l'UNSA regrette l'absence de mesures fortes de prévention de nature à améliorer de façon durable la santé de la population.

L'UNSA prend acte de mesures concrètes concernant la coordination des soins.

Elle note positivement l'introduction de mesures de sanction à l'égard des professionnels de santé mais attire l'attention sur l'importance de bien distinguer ce qui relève d'abus et de fraudes et ce qui relève du bon usage et des bonnes pratiques. Concernant ces mesures, l'UNSA demande qu'elles ne soient prises qu'après en avoir parfaitement informé les usagers. L'UNSA approuve les mesures tendant à mieux informer les usagers de la situation du médecin sur le plan conventionnel, sur sa formation initiale et continue. Elle souhaite néanmoins que cette information inclue les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles.

Nous notons les mesures d'incitation pour favoriser l'installation des médecins dans les zones en difficulté, même si nous regrettons qu'aucune mesure plus contraignante ne soit envisagée.

L'UNSA condamne la possibilité offerte par le projet de loi d'autoriser les dépassements d'honoraires des spécialistes quand le patient ne sera pas passé par son médecin traitant. Elle considère que cette possibilité, qui consiste en fait à mieux rémunérer un acte quand il aura été accompli dans de mauvaises conditions, revient à instaurer une médecine à deux vitesses. Elle affirme que d'autres moyens existent pour favoriser un bon parcours dans le système de soins.

Sur le pilotage du système, elle constate que l'équilibre des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie correspond à ses attentes. Il en est de même de la clarification des responsabilités entre les conseils des caisses et les directeurs.

Concernant les relations entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, dont la Mutualité représente l'essentiel, l'UNSA considère qu'elles doivent être un point fort de la régulation et de la gestion du risque. C'est pourquoi elle soutient les propositions de la Fédération Nationale de la Mutualité Française pour un partenariat fort entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

Concernant les aspects financiers, l'UNSA confirme son opposition à la création d'un reste à charge de 1 euro par acte et par consultation, qui revient à instaurer un double ticket modérateur en créant le « forfait médical » après le forfait hospitalier. L'UNSA considère qu'il s'agit du début d'une franchise, synonyme d'exclusion du système de soins.

L'UNSA rappelle qu'une politique dynamique de l'emploi est nécessaire pour assurer des finances pérennes à l'assurance maladie.

Nous constatons que les dispositions financières font porter l'essentiel des efforts aux assurés sociaux, la contribution des entreprises n'étant que symbolique.

L'UNSA remarque que l'Etat ne procède pas à la clarification complète des comptes, même si elle note le transfert d'un milliard d'euros de recettes sur le tabac de l'Etat vers l'assurance maladie.

Elle réclame la mise en œuvre d'un plan pluriannuel de réaffectation à l'assurance maladie des financements qui doivent normalement lui être affectés (exonérations de cotisations sociales, tabacs, alcools, assurances).

De façon générale, l'UNSA constate que le projet de loi, s'il comporte un certain nombre de points positifs au regard du diagnostic du Haut Conseil, comprend également des points importants sur lesquels l'UNSA se montre critique ou en désaccord.

**Intervention de Charles BARRIERE
au titre de l'UNAPL Bourgogne**

« Malgré les difficultés, la Commission a bien fait de persévérer dans son choix d'aborder la problématique santé. D'horizons divers, les conseillers se sont écoutés, entendus, ce qui donne une communication équilibrée qui a su éviter les anathèmes et les idées toutes faites.

La réforme de l'assurance maladie doit passer par l'évaluation systématique de toutes les pratiques, le dossier médical partagé et le codage des actes et des pathologies devant fournir les outils de cette évaluation.

Souhaitant lutter contre quelques idées reçues, je souhaite aborder deux points,

- concernant la permanence des soins, il est important de noter que le professionnel de santé qui est de garde ne bénéficie pas de récupération et doit assurer le lendemain son activité. Cela participe au phénomène d'épuisement physique et moral des professionnels ainsi qu'à la très médiocre attractivité de l'exercice en milieu rural ;

- enfin, le médicament est trop souvent considéré comme une variable d'ajustement commode des différents plans de maîtrise des dépenses , le nombre d'unités délivrées en pharmacie varie très peu depuis dix ans. Par contre le prix moyen augmente de façon importante par la possibilité de soins de pathologies lourdes (hépatite, SIDA, sclérose en plaques et autres affections neurologiques...) ; l'augmentation du poste de dépenses pharmaceutiques est deux fois plus rapide à l'hôpital qu'en ville.

Les professionnels de santé libéraux ne peuvent que se féliciter de la future saisine que le Président du Conseil régional souhaite confier au CESR sur le rôle du Conseil régional en matière de santé, ils y prendront toute leur place ».

**Intervention de Philippe DORMAGEN
au titre de la FSU**

La FSU s'associe aux propositions d'actions à mener en Bourgogne. En ce qui concerne la prévention, elle voudrait insister sur l'insuffisance criante des moyens de la médecine scolaire, ce qui interdit un véritable suivi médical des jeunes, et met à mal le rôle préventif souhaité.

Entre parenthèses, est-il normal que des jeunes qui veulent faire du sport à l'école (avec l'UNSS par exemple) doivent faire faire des certificats médicaux dans des cabinets privés ? En plus des médecins scolaires, il faut des infirmières dans les établissements scolaires (au moins une par établissement) : elles ont un rôle important d'écoute et de conseil aux élèves. Etant en dehors du système d'évaluation, elles sont des médiatrices qui constituent le dernier recours des jeunes en difficulté familiale, sociale..., ce qui nécessite leur présence permanente au sein de l'équipe éducative.

**Intervention de Jean-Louis BILLET
au titre du groupe CGT-FO**

Suite à la présentation de la communication « La santé en Bourgogne au vu des réformes en cours », à laquelle j'ai participé et parce que le travail fourni en peu de temps sur un sujet comme celui-ci, ne peut être exhaustif –même si beaucoup d'éléments du moins sur le plan informatif, y sont rassemblés-, c'est le militant syndical que je suis qui aujourd'hui, voudrait rappeler quelques positions fondamentales de l'Organisation à laquelle il appartient.

Force Ouvrière dénoncera toujours ce qui pourrait s'apparenter à une régionalisation du système de santé, même si l'échelon régional à un rôle pertinent au niveau de la formation, du collectage de données et de la réflexion. Nous notons d'ailleurs avec intérêt les propos du Président PATRIAT à ce sujet.

Nous tenons également à rappeler que notre Organisation reste viscéralement attachée à un système de protection sociale géré par les Partenaires Sociaux et financé par les cotisations, c'est à dire un système reposant sur les principes d'égalité et de solidarité.

Enfin, et pour limiter mon propos à un dernier point et même si le Gouvernement annonce qu'il reverra sa copie sur le dispositif du pilotage financier pour affirmer qu'il ne s'agit pas de maîtrise comptable, Force Ouvrière souhaite que cela se traduise d'une manière concrète dans le projet de loi. En effet, ce genre de maîtrise a prouvé son inefficacité depuis sa mise en place, ce qui n'est même plus contesté par ceux qui l'avaient soutenu.

Intervention de Joseph BATTAULT au titre de la CFDT

La CFDT veut rendre le système de santé plus efficace, réduire les inégalités, garantir des soins de qualité accessibles à tous, mieux répondre aux besoins des patients et garantir aux jeunes générations une Sécurité sociale solidaire. Pour la CFDT, il est nécessaire de réformer l'assurance maladie !

Ce sont les objectifs à atteindre durant le débat parlementaire. Mais les projets actuels du gouvernement ne sont pas à la hauteur des enjeux. Ainsi, elle revendique :

- . une meilleure organisation du système de soins au service du patient par une meilleure répartition des médecins sur l'ensemble du territoire,
- . une complémentarité santé pour tous ainsi que l'ouverture d'un droit à la prévoyance,
- . un financement juste et solidaire où « chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins »,
- . la prise en charge par l'Etat de la dette de la Sécurité sociale accumulée depuis des années. La prolongation de la CRDS consiste à faire payer cette dette par nos enfants.

Le projet du gouvernement fait porter l'essentiel de l'effort financier sur les familles et les assurés sociaux, sans vraiment améliorer le système de soins. Même si certaines orientations constituent des améliorations comme le dossier médical partagé, une meilleure coordination des professionnels de santé, une politique du médicament plus efficace et une clarification du rôle de l'Etat et de l'assurance maladie.

L'ENVIRONNEMENT MEDICO-ECONOMIQUE EN BOURGOGNE

La Bourgogne en bref

Population (estimation 2002)

1 615 881 habitants en Bourgogne

24% a 60 ans et plus
24% a moins de 20 ans

Santé (1999)

Trois causes principales de décès en Bourgogne

Maladies de l'appareil circulatoire : 32% des décès
Tumeurs : 27% des décès
Morts violentes : 9% des décès

Les professionnels de santé libéraux en Bourgogne (juillet 2003)

- **1 567 médecins généralistes**, soit 4,9 pour 5 000 habitants
- **1 328 médecins spécialistes**, soit 4,1 pour 5 000 habitants
- **824 chirurgiens dentistes**, soit 2,6 pour 5 000 habitants
- **1 123 infirmiers**, soit 3,5 pour 5 000 habitants
- **1 028 kinésithérapeutes**, soit 3,2 pour 5 000 habitants
- **628 officines**, soit 1,9 pour 5 000 habitants

L'offre de soins hospitalière publique et privée (janvier 2002)

52 établissements publics de santé, dont 18 hôpitaux locaux 56 établissements de santé privés

Court séjour : environ 7 500 lits et places (public+privé)

Médecine : environ 4 000 lits

(3 728 en hosp complète + 179 en hosp de jour + 37 en hosp à domicile)
soit 2,45 pour 1000 habitants (France : 2,18)

Chirurgie : environ 2 900 lits

(2 699 en hosp complète + 192 en hosp de jour)
soit 1,79 pour 1000 habitants (France : 1,81)

Gynéco-obstétrique : 621 lits

(607 en hosp complète + 14 en hosp de jour)
soit 0,38 pour 1000 habitants (France : 0,42)

Soins de suite et réadaptation : 2 301 lits et places (pub.+privé) soit 1,43 pour 1000 habitants (France : 1,59)

Psychiatrie : 2600 lits (public+privé)

soit 1,39 pour 1 000 hab. en psychiatrie générale (France : 1,36)
et 0,94 pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans en psych.juvéno-infantile (Fr: 0,91)

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie en Bourgogne

1,9 milliards d'euros remboursés en 2002,

Honoraires : 376 millions d'euros (20% des dépenses)
Médicaments : 469 millions d'euros (25% des dépenses)
Indemnités journalières maladie : 137 millions d'euros (7% des dépenses)

Tendance sur les sept premiers mois de l'année 2003 : +5,6%

Honoraires : +6,9% (France : +5,2%)
Médicaments : +6,6% (France : +5,7%)
Indemnités journalières maladie : +8,1% (France : +6,8%)

Les dépenses de santé en Bourgogne

Les dépenses de santé en 2002 en Bourgogne

Dépenses de janv à déc 2002	1 901 millions d'euros
Tendance à fin déc 2002	+7,2% par rapport à fin déc 2001

Le montant des prestations remboursées par l'assurance maladie en Bourgogne en 2002 est de **1 901 millions d'euros** soit **7,2% de plus** que l'année passée. Au niveau national, le taux d'évolution constaté pour les prestations hors dotation globale, était égal à +8,5%.

Les **soins de ville** qui constituent l'essentiel des dépenses d'assurance maladie (hors dotation globale) connaissent un rythme d'évolution élevé : **+7,7% en 2002** par rapport à 2001. Il en est de même pour les versements aux établissements publics (hors la dotation globale qui constitue l'essentiel de leurs moyens de fonctionnement) et privés : +7,2%.

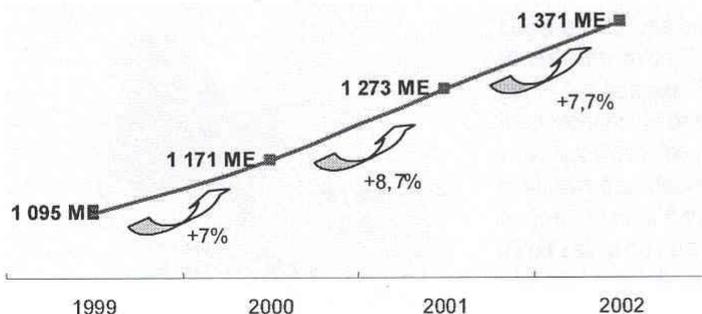
Les dépenses de soins en 2002

	Structure	Montant remboursé	Évolution 2002/20001	Évolution France
Honoraires	20%	375 700 KE	+4,4%	+6,4%
dont consultations	7%	137 875 KE	+6,2%	+7,7%
dont visites	1%	26 924 KE	-4,3%	-1,0%
dont actes de radiologie	2%	44 744 KE	+5,1%	+6,3%
Prescriptions	52%	995 558 KE	+9,0%	+9,8%
dont médicament	25%	469 370 KE	+6,4%	+7,2%
dont IJ maladie	7%	136 873 KE	+13,0%	+13,5%
dont IJ acc. Travail	3%	52 792 KE	+19,3%	+16,3%
dont transport des malades	3%	65 000 KE	+10,0%	+10,5%
Total des soins de ville	72%	1 371 258 KE	+7,7%	+8,8%
Étab. pub et privé hors DG	16%	302 960 KE	+7,2%	+7,4%
IJ maternité	3%	48 805 KE	+1,6%	+7,1%
Incapacité perm. AT	5%	86 689 KE	+2,8%	+2,6%
Invalité	5%	87 114 KE	+6,9%	+7,5%
Décès	0,2%	4 571 KE	+12,6%	+10,3%
Total des dépenses hors DG	100%	1 901 396 KE	+7,2%	+8,5%

Sources : DECRIRE, CNAMTS, ARCMSA et AMPI de Bourgogne – Exploitation : URCAM

L'année 2002 : un taux de progression sur la même tendance que les années précédentes

Les soins de ville depuis 1999



Les soins de ville ont progressé moins vite que l'année précédente : +7,7% en 2002 contre +8,7%

Ce ralentissement est la conséquence de la diminution du rythme de progression des honoraires : +4,4% en 2002 contre +6,1% en 2001. En revanche les prescriptions connaissent des taux d'évolution voisins d'une année sur l'autre (entre +8,7% et 9,7%). Malgré ce léger fléchissement dans le rythme de progression des soins de ville, **l'année 2002 s'inscrit dans la tendance des années précédentes, à savoir des taux d'évolution annuels supérieurs à 7%.**