



70 ans de la Sécurité sociale

L'Assurance maladie n'est
pas une vieille branche...

Parlons de son avenir !

DOSSIER DE PRESSE

SOMMAIRE

Eléments de contexte	3
PARTIE 1/ Maladie chronique et travail : faire évoluer les règles régissant le rapport maladies chroniques et travail	5
- En matière de calcul des pensions d'invalidité	6
- En matière d'ouverture des droits aux indemnités journalières	7
- En matière de temps partiel thérapeutique	7
PARTIE 2/ Pour rendre l'accès aux soins plus égalitaire	8
- Créer un dispositif de « contrat responsable aidé »,	8
- Supprimer les franchises et la participation forfaitaire de un euro	9
- De manière alternative, supprimer les franchises sur les médicaments génériques	9
- Définir un prix limite de vente (PLV) pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie	9
- Forfaitiser le ticket modérateur sur tous les soins réalisés dans le cadre de séjours hospitaliers	10
- Interdire les dépassements d'honoraires pour les soins liés au traitement des ALD	10
PARTIE 3/ Pour parachever la réforme démocratique des instances de l'Assurance maladie	11
- Réserver un mandat à un représentant d'usagers au sein du conseil de l'UNCAM	11
Notre mobilisation vous concerne, rejoignez-nous !	12
Témoignez, signalez, mobilisez-vous : 70ans.secu@leciss.org	

[Cliquez ici pour accéder à l'INTREGALITE DE LA NOTE](#)

Contacts presse :

- AIDES : Antoine Henry - 06 10 41 23 86 - ahenry@aides.org
- AFM-Téléthon : Stéphanie Bardon – 01 69 47 12 78 – sbardon@afm-telethon.fr
- APF : William Bastel - 06 89 74 97 37 - william.bastel@apf.asso.fr
- CISS : Marc PARIS - 01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95 – mparis@leciss.org

ELEMENTS DE CONTEXTE

Le système a tenu le choc, il reste plébiscité par les Français.

70 ans de sécurité sociale ! Cet anniversaire est d'abord une bonne nouvelle. Cela veut dire que l'édifice de solidarité face aux risques, notamment la maladie, construit après 1945 et inspiré par les idéaux du Conseil national de la résistance, a tenu le choc. Il s'est même fortement étendu sans trop de difficultés car il a longtemps été alimenté par la croissance, notamment pendant les Trente Glorieuses.

Pourtant, il est menacé sur le plan financier, et critiqué pour la qualité de ses prestations qui se dégrade.

Chacun connaît l'importante tension sur les comptes de l'Assurance maladie. Elle n'est pas nouvelle. Nous y avons répondu par l'endettement, notamment en glissant régulièrement le déficit dans la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Aux générations futures, donc, de s'arranger avec les déficits : pas très glorieux.

Célébrer son anniversaire doit être l'occasion de rappeler les défis auquel notre système doit faire face.

70 ans de sécurité sociale... C'est donc maintenant un défi. Un défi aux nombreux visages.

D'abord, celui de la réduction des restes-à-charge. Notamment dans la prise en charge des soins courants où les assurances complémentaires en arrivent à faire part égale avec l'assurance maladie obligatoire. Mais aussi pour les affections de longue durée où l'on observe des restes à charge insupportables : plusieurs milliers d'euros par an, démentant la garantie du 100 % Sécu pour ce type d'affections.

Ensuite, celui de l'explosion des dépenses. Notamment face aux prix astronomiques, souvent injustifiés, revendus et obtenus par les industries du médicament. Là où les travaux d'économistes évaluent le prix du développement et de la fabrication d'un médicament à quelques centaines d'euros, on observe des prix en milliers d'euros ! Devoir choisir entre les malades ceux qui pourront être les bénéficiaires des traitements innovants, c'est ce que nous avons commencé à faire dans le domaine de l'hépatite C.

Enfin, celui de la solidarité. Nous cotisons tous pour l'Assurance maladie. Pour autant nous n'accédons pas tous de la même façon à l'offre de soins. Les déserts médicaux sont toujours en progression. Bien sûr, sur la foi de comparaisons internationales, on a pu faire valoir qu'il y a suffisamment de médecins pour soigner tout le monde. Peut-être. Mais ce qui ne va pas, assurément, c'est l'inorganisation du système de santé : des CHU très onéreux et des hôpitaux de proximité qui se raréfient, un exercice médical isolé là où il est pourtant prouvé que l'exercice collégial est plus pertinent, une rémunération à l'acte même lorsqu'il est démontré que la rémunération au forfait est plus adaptée, des médecins pour diagnostiquer et prescrire mais peu de professions intermédiaires pour le suivi ou l'accompagnement des malades et de leur entourage.

Bref, l'assurance maladie à la française ne serait-elle pas un succès en trompe-l'œil dont les résultats impactent sa légitimité aux yeux du cotisant ? Pourquoi continuer à payer très cher ce système qui malgré ses vertus comporte des défauts aussi caractérisés ?

Notre système est perfectible, et son amélioration peut en assurer la pérennité.

Nous pouvons améliorer notre système de prise en charge. Si nous en faisons une cause commune. Car nous ne manquons pas de leviers pour le rendre plus juste en même temps que plus efficace. Les médecins eux-mêmes reconnaissent que 30 % des prescriptions sont inutiles. Quand aurons-nous le courage de modifier ces pratiques ? Nous consentons collectivement des prix astronomiques pour les médicaments, comme l'a encore montré récemment le cas du Sofosbuvir, ou pour les dispositifs médicaux, tels que les prothèses auditives et les fauteuils roulants électriques. Comment arrêter cette logique infernale ?

Il nous faut pour cela faire un nouveau pari de solidarité pour les 70 ans à venir.

Modestement, le Collectif Interassociatif Sur la Santé entend y apporter sa pierre. A partir des préoccupations de ses membres. Nous formulons des propositions très concrètes autour de trois orientations prioritaires :

- ✓ **Gagner le pari de la modernisation : en faisant évoluer les garanties en matière d'insertion professionnelle pour les personnes atteintes de maladie chronique.**
- ✓ **Gagner le pari de la solidarité : en réduisant les restes-à-charge des malades.**
- ✓ **Gagner le pari du progrès démocratique : en améliorant la participation des usagers et de leurs représentants dans les instances.**

PARTIE 1

Maladie chronique et travail : faire évoluer les règles désuètes régissant le rapport maladies chroniques et travail

Au cœur des problématiques auxquelles sont confrontées des millions de personnes malades en France, l'insertion professionnelle représente, pour les associations membres du CISS, un enjeu social et économique majeur.

Notre pays fait face, depuis maintenant plusieurs années, à une crise économique qui conduit les pouvoirs publics à prendre des orientations conjoncturelles et structurelles fortes, plus ou moins contraintes par nos engagements européens, mais qui tiennent insuffisamment compte du désastre social causé par le fort taux de chômage et la précarisation de millions de citoyens.

Dans ce contexte où les guichets sociaux atteignent des niveaux de saturation sans précédent, les minorités constituées des personnes malades, en rémission, ou dont l'état de santé nécessite le soutien de la protection sociale, sont les premières victimes des insuffisances de nos dispositifs d'aide au retour et au maintien dans l'emploi.

Devenus inadaptés aux besoins des travailleurs malades ou convalescents, les textes relatifs aux indemnités journalières, aux arrêts de travail des personnes en ALD et au temps partiel thérapeutique, datent d'une époque révolue, sans rapport avec le contexte actuel de l'emploi (précarisation, émergence de nouvelles modalités de travail, travail des femmes, etc...) et avec la situation des personnes malades en 2015 (chronicisation de nombreuses pathologies, allongement de l'espérance de vie des personnes malades, etc...)

Nos propositions visent la mise à jour de trois dispositifs clés pour corriger des inégalités entre assurés sociaux :

- **Le calcul des pensions d'invalidité** afin que celle-ci ne soit plus un frein à la reprise d'un travail. A ce titre, il est proposé de modifier les modalités de révision de la pension d'invalidité ainsi que les modalités de révision du salaire de comparaison.

Ma mère a eu une tumeur cérébrale en 1987 pour laquelle elle a perçu une pension d'invalidité 2ème catégorie pendant quelques années. Puis elle s'est rétablie et a retravaillé à temps plein, pendant 15 ans, ce qui a abouti à la suspension rapide de sa pension.

Aujourd'hui, elle a une nouvelle tumeur au cerveau. Elle est en arrêt maladie depuis le 4 avril 2008, elle a perçu des indemnités journalières et un maintien de salaire jusqu'en septembre 2008, puis l'assurance prévoyance obligatoire a complété le versement IJ.

Le 31 octobre, son médecin traitant fait une demande de passage en invalidité 3ème catégorie... pas de nouvelles. Le 7 décembre, elle est opérée et est victime de graves complications (paralysie...), son neurochirurgien décide donc de faire, de son côté, en janvier, une demande de pension d'invalidité 3ème catégorie car les complications de l'intervention chirurgicale ont entraîné les besoins d'une tierce personne pour ma mère, dès sa sortie de l'hôpital.

La visite du médecin conseil de la CPAM intervient le 28 mars à l'hôpital. Je reçois ce jour une notification de décision de la CPAM qui annonce à ma mère sa pension d'invalidité 3ème catégorie après révision médicale d'une valeur de 716 euros calculé sur la base de ce qu'elle touchait en 1987 ! La caisse considère que c'est la même affection et que l'on ne révisé pas le montant de la pension et on reprend les salaires d'avant 1987.

Je ne comprends pas, c'est inadmissible, ma mère a travaillé à temps plein et cotisée pendant 15 ans pour rien !!!



Une aberration selon moi :

La pension d'invalidité est calculée sur la base d'une rémunération moyenne, obtenue à partir des 10 meilleures années de salaire (pour moi mes 10 première années travaillées suite à des études longues de journalisme) Je bénéficie donc d'une petite pension mensuelle de +/- 680 euros. Ma pension n'est pas élevée car elle comprend mes salaires de journaliste débutante, donc petit salaire et salaires de petits jobs étudiant.

Aujourd'hui, j'exerce un travail administratif (aucun lien avec mes études, mais je travaille quand même !) à temps partiel (700 euros) et le cumul Pension + salaire est plafonné. Si je gagne plus que le salaire annuel moyen précédant mon invalidité, ma pension est réduite d'autant.


En conséquence, je n'ai pas le droit à une évolution professionnelle qui normalement récompense un travail bien mené.

Je dois stagner à mon salaire annuel moyen précédant l'invalidité. Toute prime de rentabilité, évolution m'est interdite.




- **L'ouverture des droits aux indemnités journalières**, pour que moins de travailleurs cotisant soient exclus du droit aux indemnités journalières en cas de maladie. En ce sens, les associations proposent :

- d'assouplir les conditions d'octroi des indemnités journalières au bénéfice des travailleurs à temps très réduit qui en sont souvent aujourd'hui exclus,
- de modifier les règles d'imputations des indemnités journalières ainsi que le droit aux indemnités journalières des chômeurs ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois.

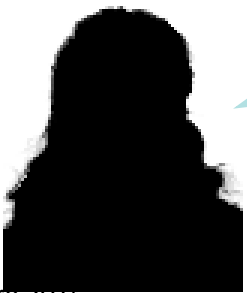


Je suis en Affection longue durée et je suis arrivée en fin de droit alors que je n'ai eu que 96 jours d'arrêt maladie pendant les 3 dernières années – et je peux vous dire que suis parfois allée au travail au-delà du raisonnable vu mon état de santé. Ce n'est pas normal ! J'ai contesté ! On m'a dit que les règles avaient changé. Qu'est-ce que c'est que cette histoire !



Je suis demandeur d'emploi depuis 2011. En fin d'année 2012, j'ai pu reprendre une activité. Mais depuis mars 2013 je suis en arrêt maladie. J'ai perçu des indemnités journalière durant 6 mois parce que je remplissais les conditions d'ouverture de droits des 150h au cours des trois mois précédents mon arrêt mais les conditions changent pour percevoir les indemnités journalières au-delà de 6 mois et là la sécurité sociale me dit que je ne remplis pas les conditions de 600h. Donc je veux savoir si c'est normal ? Je ne comprends plus rien du coup parce que j'ai travaillé toute ma vie et là je n'aurais plus le droit à rien parce que j'ai repris le travail et que du coup je n'ai pas mes 600 heures. Si je n'avais pas repris le travail, ils m'ont dit que le versement n'aurait pas posé de difficultés. Cela me parait fou un truc comme ça. Ils n'ont pas fait d'erreurs ?

- **Le temps partiel thérapeutique** afin de lutter contre les inégalités de traitement des personnes concernées. Pour cela, l'harmonisation des pratiques des Caisses Primaires d'Assurance maladie est nécessaire.



Je suis à mi-temps thérapeutique depuis plus de six mois. Suite à mon déménagement, je suis désormais rattaché à la Caisse d'Ille-et-Vilaine qui, semble-t-il, n'accepte pas, par principe, les mi-temps thérapeutique au-delà de six mois. Est-ce légal ? Que puis-je faire ?

PARTIE 2

Pour rendre l'accès aux soins plus égalitaire

L'assurance maladie universelle, propre aux systèmes de protection sociale beveridgiens, tend à devenir une réalité en France grâce, notamment, à la création de la Couverture Maladie Universelle en 1999. Mais ruptures de droits et renoncements persistent toutefois en raison de difficultés administratives ou personnelles qui font douter de l'efficacité du mécanisme d'automatisme pourtant prévu dans les textes créant l'obligation d'affiliation.

L'universalité s'observe également au travers du panier de soins remboursés, le même pour tous les assurés, avec quelques facilités prévues pour les personnes les plus déshéritées. Mais Universalité n'est pas Egalité. L'égalité, bien que découlant de l'article 11 du Préambule de la Constitution de 1946¹, subit quotidiennement de nombreuses atteintes.

Tout d'abord, la possibilité laissée à certains offreurs de soins de dépasser le tarif de remboursement de base fixé par l'Assurance maladie pèse largement sur le reste-à-charge des assurés... avec une intensité différente selon les revenus desdits assurés !

De la même façon, les modalités de facturation des actes pratiqués à l'hôpital, au-delà de leur opacité, contribuent dans certains cas à augmenter de façon conséquente et injustifiée les frais facturés aux patients ou à leur complémentaire santé.

Par ailleurs, les pouvoirs publics n'ont-ils pas eux-mêmes institué une taxe sur les malades en créant, en 2005, la participation forfaitaire de un euro à chaque consultation et acte médical ou examen de radiographie / biologie ainsi que, en 2008, la franchise sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ?

Ainsi, le problème du reste-à-charge est central lorsque l'on vise l'égalité d'accès aux soins. Et on ne peut l'aborder sans tenir compte de la place des complémentaires santé dans la couverture sociale. Devenue indispensable pour garantir une bonne prise en charge des soins, l'accès à la complémentaire est au cœur de la loi du 14 juin 2013 prévoyant la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés à partir du 1^{er} janvier 2016.

- Créer un dispositif de « contrat responsable aidé », sans préjudice de la CMU-C afin d'apporter des solutions en fonction des ressources et de la situation des

¹ « (La Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...).

personnes, pour l'accès à la complémentaire santé des usagers exclus de la loi du 11 janvier 2013 sur la sécurisation de l'emploi prévoyant la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés à partir du 1^{er} janvier 2016.

J'ai fait une demande d'aide à la complémentaire santé qui m'a été refusée alors que je ne dépasse le plafond de ressources que de 10 euros et ce n'est dû qu'au fait que je suis propriétaire d'un logement que j'occupe seule après que mon mari m'a quittée. J'ai dû prendre un crédit pour lui rembourser sa part du bien. Que puis-je faire car j'ai des frais dentaires importants ?



- **Supprimer les franchises et la participation forfaitaire de un euro**, compensées par une augmentation du taux de la CSG.



La CPAM a récupéré sur ma pension d'invalidité toutes les franchises et participation forfaitaire depuis 5 ans ce mois-ci. Je me retrouve avec 300 euros en moins. Est-ce normal ? Comment je fais pour payer mes factures maintenant ?

- De manière alternative, **supprimer les franchises sur les médicaments génériques** ou sur les médicaments princeps non substituables pour raisons particulières tenant au patient, de manière à ce que les assurés sociaux soient intéressés au déploiement des médicaments génériques, à l'instar des médecins et des pharmaciens.

- **Définir un prix limite de vente (PLV) pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie (inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursés)**, lequel prix correspondrait à la base de remboursement de l'Assurance maladie.

L'objectif de cette mesure est double :

- rapprocher le régime du prix et du remboursement des dispositifs médicaux de celui du médicament pour limiter les écarts entre le prix et le niveau de prise en charge,

- limiter les restes-à-charge des personnes contraintes de s'appareiller en agissant sur les prix et sur les niveaux de remboursement par l'Assurance maladie.

- **Forfaitiser le ticket modérateur sur tous les soins réalisés dans le cadre de séjours hospitaliers**, à l'instar du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Cette mesure permettra de répondre aux cas rares mais particulièrement injustes et inégalitaires de restes-à-charge très élevés dans le cadre de certaines hospitalisations du fait de l'hétérogénéité des tarifs selon les établissements hospitaliers : en médecine générale par exemple, pour une même prestation, le ticket modérateur sur les soins peut varier d'environ 100 € à plus de 400 € par jour²

- **Interdire les dépassements d'honoraires pour les soins liés au traitement des ALD** afin d'alléger le reste-à-charge des personnes atteintes de maladies au long cours.

Cette mesure doit encourager les pouvoirs publics à instaurer et à pérenniser de nouveaux modes de rémunérations adaptés au suivi des personnes en ALD qui nécessite des prises en charge globales, impliquant plusieurs professionnels de santé et faisant éventuellement appel à des pratiques avancées. A ce titre, le paiement au forfait doit progressivement se substituer au paiement à l'acte.

² Enquête de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, mai 2014.

PARTIE 3

Pour parachever la réforme démocratique des instances de l'Assurance maladie

A l'occasion de la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, des mandats ont été reconnus aux représentants des trois associations agréées pour représenter les usagers du système de santé au sein de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Cette avancée pour la démocratie sanitaire n'a toutefois pas été menée à terme dans la mesure où la composition du conseil de l'UNCAM exclut ces mêmes représentants d'usagers.

Cette instance nationale, notamment chargée de la négociation des conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, présente pourtant un intérêt évident pour les usagers dans la mesure où lesdites conventions leur font directement grief.

Cette situation n'est socialement pas tenable.

Combien de temps encore avant de reconnaître la place des usagers au sein de l'instance chargée de conduire la politique conventionnelle de l'Assurance maladie ? Les représentants d'usagers ne peuvent accepter plus longtemps d'être des sous-conseillers de l'Assurance maladie ?³

Il est donc proposé de **réserver un mandat à un représentant d'usagers au sein du conseil de l'UNCAM.**

³ Déclaration de Gérard Raymond, AFD, représentant du CISS à la CNAMTS depuis 2008, le 21/09/15.

NOTRE MOBILISATION VOUS CONCERNE : REJOIGNEZ-NOUS !

Les associations membres du CISS et l'ensemble de leurs représentants, fortement mobilisés sur l'accès aux prestations de l'Assurance maladie et à la qualité de ses prises en charge, se battent au quotidien depuis le terrain jusque dans les instances de gouvernance de notre système de santé. Notre influence et notre reconnaissance, pour représenter les usagers du système de santé et défendre leurs droits, vient aussi de notre capacité à impliquer le plus grand nombre d'usagers. En l'occurrence, le nombre fait la force !

Comment nous aider faire nombre ? En vous impliquant à votre niveau :

- **TEMOIGNEZ** des difficultés d'accès aux soins et aux prestations de l'assurance maladie auxquelles vous êtes confrontés, vous-mêmes et vos proches.
- **SIGNALEZ** les atteintes à vos droits que vous avez pu identifier en la matière.
- **MOBILISEZ-VOUS** :
 - en vous informant et en participant à nos combats sur notre site www.66millionsdimpatients.org,
 - en rejoignant une association pour faire valoir vos droits et promouvoir l'intérêt collectif, par exemple en pouvant devenir représentant des usagers du système de santé.

70ans.secu@leciss.org : vos témoignages, ou toute autre question sur ces différentes formes d'engagement, seront traités avec la plus grande attention !