



<http://www.lecodef.org>

L'analyse d'André GRIMALDI,
célèbre médecin de la
Salpêtrière : « il n'y va pas
par quatre chemin... »

Communiqué de presse

Au moment où on manque de professionnels de santé dans les hôpitaux et dans les territoires, et où ceux qui existent sont très mal répartis, au moment où l'on vote le budget de la santé en réduction, au moment où les restructurations sanitaires déshabillent encore plus nos régions, on s'aperçoit en lisant le texte ci-dessous que le pire est à venir pour nos services publics, pour notre égalité d'accès à la santé et pour l'aménagement équilibré de notre territoire. **Le Codef a souhaité diffuser son contenu aux usagers des hôpitaux.**

Grosses inquiétudes sur LE PROGRAMME SANTÉ DE FRANÇOIS FILLON dit : Le CA du Comité de Vigilance (extraits)

« Il (François Fillon) veut abolir le tiers payant qui avait suscité l'hostilité de l'ensemble des syndicats de médecins libéraux.

Il veut s'engager à respecter les principes de la charte de la médecine libérale adoptés en 1927 dont le paiement direct au médecin et la liberté totale d'installation (y compris donc dans les bassins de vie sur-dotés en médecins et y compris pour les médecins s'installant en secteur 2 comportant un droit aux dépassements d'honoraires).

Il veut, pour réduire la place coûteuse de l'hôpital, renforcer celle des médecins généralistes traitants dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et dans la permanence des soins.

Il veut réduire l'aide médicale d'État (AME) pour les malades sans ressource et sans papier. Enfin il est hostile à la PMA en dehors du traitement de l'infertilité et opposés à la GPA pour des raisons éthiques.

Pour réduire les dépenses publiques de santé, François Fillon propose d'augmenter la dépense privée en transférant la prise en charge des soins courants (hors hospitalisation et affections graves) aux assurances complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance et compagnies d'assurance).

Elles sont pourtant moins justes (la cotisation ne dépend pas ou peu des revenus et augmente avec l'âge et la charge de famille), moins égalitaires (le remboursement des soins dépend du niveau de la cotisation) et moins efficaces (les frais de gestion se situent autour de 20% du chiffre d'affaire pour les complémentaires contre 6% pour la Sécurité sociale).

De plus François Fillon souhaite instaurer une « franchise médicale universelle en fonction des revenus dans les limites d'un seuil et d'un plafond, le reste à payer étant pris en charge par les assurances complémentaires ». Voilà un remède énergique qui va tuer à coup sûr le malade !

Très vite en effet les personnes appartenant aux classes moyennes, bien portantes, ayant une bonne hygiène de vie et sans risque génétique connu, en auront assez de payer deux fois pour la santé : une fois la Sécurité sociale au titre de la solidarité avec les personnes ayant une maladie grave et avec les très pauvres, alors que l'Assurance maladie ne leur remboursera plus pratiquement aucun soin, et une deuxième fois leur assurance privée de plus en plus chère pour eux et leur famille.

Ils en viendront logiquement à réclamer la fin du monopole de la Sécurité sociale. Et ce sera la fin du modèle solidaire mis en place en 1945 que beaucoup de pays nous envient. Les assurances privées complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance et compagnies d'assurance) regroupées depuis 2004 dans l'UNOCAM, ayant en charge le financement des soins courants, auront toute latitude pour exiger l'organisation de filières de soins concurrentiels par conventionnement sélectif des médecins.

Les médecins y perdront une part de leur indépendance et les patients une part de leur liberté. Le « libéralisme médical » cédera le pas à la liberté des assureurs, bien sûr régulée par l'État.

De plus à la question de savoir « s'il faut encourager financièrement les assurés à adopter une bonne hygiène de vie ? » Fillon répond, comme les assureurs, « Oui, les mesures incitatives sont un levier ».

Reste l'Hôpital public mis à mal d'une part par les conditions dans lesquelles y ont été appliquées la Loi Aubry-Jospin sur les 35 heures et d'autre part par la loi HPST Bachelot-Fillon visant à faire fonctionner l'hôpital comme une entreprise commerciale.

Fillon veut revenir sur les 35 heures, 39 tout de suite. Payés combien ? Comment ? Il veut réintroduire le jour de carence en cas d'arrêt de travail dans l'espoir de réduire l'absentéisme.

Simple mesure symptomatique et non traitement étiologique. La cause du mal en effet a été la généralisation de la T2A (tarification à l'acte) dans le cadre d'un budget de plus en plus contraint entraînant automatiquement une baisse régulière des tarifs et une course sans fin à l'activité au détriment de la qualité. D'où la perte de sens et la démotivation.

François Fillon dans la suite de la loi HPST propose de revenir à la convergence tarifaire entre l'hôpital public et les cliniques commerciales organisant une concurrence totalement déloyale.

Logiquement François Fillon envisage de transformer progressivement l'hôpital public en établissement privé à but non lucratif (ESPIC). Ainsi comme dans une clinique commerciale, le directeur aura plus de liberté pour embaucher ou débaucher, pour faire varier la rémunération des professionnels en fonction de leur rentabilité, pour choisir les activités médicales jugées rentables (la chirurgie de l'obésité, la dialyse, l'opération de la vésicule ou des varices...) étant entendu que le but n'est pas de coûter moins cher à la Sécurité sociale mais au contraire d'« optimiser les recettes de l'établissement ». Et puis l'avantage d'un ESPIC, c'est qu'il peut en cas de déficit être mis en faillite et être racheté par la Générale de Santé.

Voilà pourquoi les personnes attachées à la Sécurité sociale et au Service public hospitalier ne devraient pas voter pour François Fillon. »

André Grimaldi (chef de service à la Pitié-Salpêtrière)

Décembre 2016