****

**Accès aux soins des retraités et prise en charge de la dépendance**

**L’UCR FO tire la sonnette d’alarme**

1. **L’ACCES AUX SOINS**
	1. **Introduction**

Pour rédiger ce document, nous nous sommes appuyés sur plusieurs textes ou rapports afin de décrire la situation et démontrer l’absolue nécessité de mettre en place les moyens de répondre aux besoins de santé des habitants sur tout le territoire

La nation garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.

Sur ce fondement, le Conseil Constitutionnel a reconnu expressément **la protection de la santé comme un droit de valeur constitutionnelle.**

Le code de la santé publique garantit **l’égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé**

Pourtant, aujourd’hui, la réalité est toute autre.

**FORCE OUVRIERE alerte depuis des années les pouvoirs publics sur la détérioration du système de soins dans notre pays.**

**Or, les premiers touchés ce sont les personnes les plus vulnérables à commencer par les retraités.**

Depuis toujours FORCE OUVRIERE est indéfectiblement attachée aux principes fondateurs de la Sécurité sociale, issus de l’article 1erde l’ordonnance du 4 et du 19 octobre 1945, inspirée par le programme de Sécurité sociale rédigé par Georges Buisson, père fondateur de la Sécurité sociale et repris par le Conseil National de la Résistance.

Depuis plus de 75 ans, c’est la garantie donnée à chacun qu’en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l’incertitude du lendemain.

Mettant en œuvre la maxime séculaire « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins », elle subit ces toutes dernières années un double mouvement d’étatisation-privatisation, substituant progressivement aux principes de l’assurance sociale, ceux de l’assistance publique et de la marchandisation.

Cet « amortisseur social », qui aura encore montré son indispensable utilité à l’occasion de la pandémie de Covid-19, est sur le point de changer de modèle. La justice sociale et l’égalité d’accès aux droits et le lien intergénérationnel sont attaquées au nom de l’efficacité économique, la Sécurité sociale étant continûment considérée comme un coût qu’il faut réduire ; et la santé et la retraite non plus comme des droits mais comme des marchés.

**Les « ordonnances Jeanneney » de 1967 ont été une première attaque majeure sur laquelle pourront s’appuyer les nombreuses contre-réformes ultérieures. En effet, avec elles, les organisations patronales ont obtenu la moitié des sièges au conseil d’administration et la création de trois branches (maladie, vieillesse, famille) a remis en cause, à la fois, l’unité de la Sécurité Sociale et celle de la cotisation.**

Depuis, ce bien collectif n’a cessé de subir des attaques de la part des gouvernements successifs sous la forme de plans de maîtrise des dépenses. La politique des déficits, la déconnection des recettes et des dépenses les ont justifiés en les qualifiant d’inévitables.

Cette politique promouvant rentabilité et concurrence, en « marchandisant » la santé, a eu pour effets d'aggraver les inégalités et d'accroître les coûts, de détruire les services publics de santé et d’engager la privatisation de l’ensemble.

Dans cette logique, les exonérations de cotisations sociales sont la clé de cette entreprise de privatisation de la santé.

Depuis des années les salariés dans les établissements de santé avec leurs organisations syndicales, notamment FO, ont exprimé le malaise profond qui s’installait en dénonçant la dégradation de leurs conditions de travail et en réclamant de moyens financiers supplémentaires, notamment pour les hôpitaux publics.

Enfin, il faut souligner les conséquences de la décision politique aberrante et désastreuse de 1971 de réduire l’offre pour limiter la demande par la mise en place d’un numerus clausus. Elle a entraîné une réduction drastique du nombre de médecins formés et aujourd'hui la population française se trouve confrontée à des situations de pénurie et à de véritables déserts médicaux, alors que dans le même temps, celle-ci a augmentée et vieillit.

**Libération du 12 avril 2023**

Selon une étude de Cofidis rendue publique le 13 avril, le budget annuel des frais de santé des Français a augmenté de 75 % depuis cinq ans, passant de 715€ par an en 2018 à 1 249€ en 2023.

26 % des sondés déclaraient avoir renoncé à se faire soigner au cours des douze derniers mois. Avec les familles, les 25-35 ans sont ceux qui abandonnent le plus les soins. Les plus jeunes, 18-24 ans, sont aussi près de 40 % à avoir du mal à payer leurs frais de santé.

Pour y faire face, plus de 40 % des sondés évoquent mettre en place des «stratégies» et adapter leurs comportements. Comme comparer les prix entre pharmacies, demander à ne se faire prescrire que des médicaments génériques ou remboursés, privilégier les rendez-vous chez des médecins sans dépassement d’honoraires…

Si les Français dépensent plus, c’est principalement parce que le reste à charge est élevé. Il est aujourd’hui estimé à 288 € par an, soit 46 € de plus qu’en 2018. Les soins dentaires et d’optique ont le reste à charge le plus élevé. Et sont donc les moins accessibles : plus de la moitié des Français interrogés déclarent renoncer à soigner leurs dents, dont 60 % des plus de 50 ans.

Bien évidemment, si les tarifs jouent un rôle préjudiciable à l’accès aux soins, la démographie médicale, le manque de lits et de places disponibles, donc plus globalement les déserts médicaux sont les causes principales du renoncement aux soins.

*Source : Apolline Le Romanser dans Libération du 12 avril 2023*

**L’UCR-FO rappelle sa condamnation de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance- maladie qui a institué́ les mesures restrictives en matière d’accès aux soins avec déremboursements et moindres remboursements de médicaments et de soins, institution de franchises et forfaits non remboursables par les complémentaires, l’instauration d’un parcours médical assorti de sanctions, etc. Ceci a conduit, en diminuant la couverture de base, à rendre indispensable une couverture complémentaire pour ceux pouvant faire face ou appartenant à des branches où la négociation a été possible.**

**1.2** **Les médecins généralistes :**

L’accès à un médecin traitant (majoritairement un médecin généraliste) devient de plus en plus difficile, y compris dans les centres urbains. Les différentes mesures mises en place n’ont pas inversé la situation qui s’est considérablement aggravée entre 2010 et 2022 et le risque de poursuivre cette aggravation est grand, la moyenne d’âge des médecins généralistes étant élevée, et nombre d’entre eux proches de la retraite.

Il existe également une inégalité d’accès territoriale : en France métropolitaine, les écarts de densité en médecine entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l’ordre de 1 à 2 et même de 1 à 3 pour les médecins généralistes.

La répartition des installations n’est pas équitable sur l’ensemble du pays et ne garantit plus un égal accès aux soins de la population : c’est la rupture du pacte républicain.

Dans son rapport, le Sénat (1) note que : « la *carte des déserts médicaux épouse les dynamiques économiques et démographiques locales, marquant une opposition entre les centres urbains, à l’exception des petites centralités, et leurs périphéries urbaines et rurales : ce sont les mêmes territoires qui cumulent les difficultés, en matière de mobilité, d’accès au numérique et aux services publics*».

*« Aujourd'hui, les « déserts médicaux » concernent une commune sur trois : entre 9 et 12 pourcents de la population française vit dans un « désert médical », soit 6 à 8 millions de personnes. ».*

Alors que la demande de soins progresse par le vieillissement de la population, le nombre d'installation des médecins est en baisse de 10% entre 2010 et 2021 (source Conseil de l'Ordre)

**1.3 Les médecins spécialistes :**

L’accès à un médecin spécialiste est encore plus difficile que celui concernant les généralistes.

Les écarts de densité médicale d’un département à l’autre passant dans le cas des spécialistes dans un rapport de 1 à 8 en général.

Certaines professions, les psychiatres, entre autres, sont concentrés dans les grandes villes. A Paris il y a 610 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 184 en moyenne à l’échelle de la France entière.

Le rapport sénatorial de 2020 (groupe de travail sur les déserts médicaux) précise que les différentes politiques mises en place depuis 10 ans n’ont pas permis d’enrayer ces orientations qui nuisent à la réalisation d’une prise en charge équitable des soins de santé sur le territoire.

**Les conséquences de cette situation sont très nombreuses :**

* Les délais d’attente deviennent interminables, particulièrement dans les spécialités : ophtalmologie, cardiologie, rhumatologie, gynécologie.
* Certaines consultations se font hors parcours.

Pour être remboursé à 70 % de sa consultation chez un spécialiste nous avons vu précédemment que le patient doit avoir consulté son médecin traitant, et celui-ci doit l’avoir adressé à un spécialiste (sauf pour les spécialités exclues du dispositif). Certains patients n’ayant pas de médecin traitant doivent consulter un spécialiste « hors parcours ».

**1.4** **Les dentistes**,

Pourquoi est-ce si important pour les retraités, personnes âgées et personnes handicapées et particulièrement handicapées vieillissantes ?

La dentitionest plus fragile à mesure que l’on avance en âge.

Un mauvais état bucco-dentaire entraîne des douleurs, des troubles de la mastication pouvant conduire à une dénutrition.

Les affections respiratoires, pulmonaires sont fréquentes, les bactéries présentes dans la bouche pouvant migrer dans les voies respiratoires et les poumons.

Les problèmes cardio-vasculaires peuvent également être impactés.

Les soins dentaires à domicile sont très peu développés voire inexistants et cela contribue à la détérioration de la santé des personnes âgées.

Selon l’UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) s’agissant des EHPAD :

- 75 % des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé

- 66 % présentent au moins une dent cariée ou à extraire

- 42 % n’ont pas bénéficié de consultation dentaire depuis 5 ans ou +.

- on constate un net déficit d’hygiène bucco-dentaire et d’entretien des prothèses dentaires en EHPAD.

La densité des chirurgiens-dentistes avait progressé durant 30 ans passant de 48 à 67/100 000 habitants entre 1975 et 1990 : époque à laquelle les personnes avaient un accès correct à des soins dentaires. A partir de 2000, cette densité a diminué jusqu’en 2012. Puis elle a repris sa croissance tout en restant cependant inférieure à celle de 1990.

La densité française reste en deçà de la moyenne européenne puisque la moyenne nationale est de 64/100 000 habitants et 5 régions sont en dessous.

Le renoncement aux soins est d’autant plus important que les personnes sont en situation de fragilité sociale, de vulnérabilité de santé.

En 2010 (il est difficile d’avoir des études plus récentes), le rapport Hescot et Moutarde (3) indique que la santé bucco-dentaire des personnes handicapées est globalement très mauvaise pour ne pas dire alarmante

Ajoutons que le gouvernement a décidé en juin 2023 de transférer de la sécurité sociale vers les complémentaires santé une part plus importante des soins dentaires (40% au lieu de 30%). C’est ce qu’on appelle le reste à charge. Et celui-ci représente plus de 500 millions pour les mutuelles et les assurances complémentaires ou, plus exactement pour ~~les assurés sociaux~~ leurs adhérents.

Et il faut ajouter que 4% de la population (11% parmi les moins favorisés ne peuvent ni financer une mutuelle ou une assurance complémentaire ni bénéficier de la CMU.

**1.5 Les gériatres**

Cette spécialité ne s’improvise pas : les personnes âgées présentent souvent des polypathologies nécessitant une prise en charge spécifique et adaptée.

Souvent l’arrivée d’une personne âgée dans une unité des soins spécifique et très spécialisée va provoquer un « Oh la la , que va t’on bien pouvoir en faire ? »

Les médecins compétents en la matière : les gériatres, formés à ces prises en charge particulières n’auront qu’à faire face.

Malheureusement dans ce domaine encore, la politique du moindre coût produit ses effets dévastateurs.

Nous nous appuyons, dans un premier temps sur l’enquête de 2023 de la SFGG (société française de gériatrie et gérontologie) pour dresser un tableau de la situation. (3)

Cette enquête parle de « **débandade** » : le mot est fort mais reflète bien la réalité.

Selon cette société savante 35 % des unités gériatriques sont touchées par des fermetures de lits en France.

Sur 792 services implantés en France dans 72 départements 278 services (soit 35%) sont impactés par des fermetures de lits

Les EMG (Equipe Mobile de Gériatrie) intra hospitalières sont appelées à intervenir dans les services hospitaliers ayant besoin de leur expertise et dans les services d’urgence.

Les EMG extrahospitalières sont appelées à se déplacer dans les EHPAD ou à domicile.

Où l’on voit bien l’importance de tels services si l’on ne veut pas que la situation actuelle de non prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées perdure ou même s’aggrave considérablement.

Cette spécialité, la gériatrie, présente également une démographie critique : 2200 gériatres en France dont 1236 ont entre 50 et 74 ans et 11 entre 70 et 74 ans !

L’observatoire national de la démographie des professions de santé ONPDS en mars 2021, précise la situation qui une fois encore illustre les inégalités d’accès aux soins sur le territoire :

La densité de gériatres pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus est de 16,5 en moyenne, mais elle varie de 34,2 en Ile de France à 5,4 en Corse en passant par 18,3 dans les Hauts de France.

**L’offre de soins est très loin d’être la même pour tous.**

**1.6 les dépassements d’honoraires et la répartition des médecins sur le territoire nationale :**

La dérive des dépassements d'honoraires est également la cause du report de soins. Les déserts médicaux dans certains territoires et dans certaines spécialités, la réforme du médecin traitant ont conduit, au paradoxe, que des médecins conventionnés (secteur 1, CAS, OPTAM) peuvent dans certaines conditions pratiquer des dépassements d'honoraires.

Les médecins conventionnés (secteur 1, OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM CO (chirurgie et obstétrique) peuvent dans certaines conditions pratiquer des dépassements d’honoraires.

Par ailleurs, dans les secteurs 2 et 3 les honoraires sont totalement libres.

Dans le privé 70 % des chirurgiens exercent en honoraires libres difficilement accessibles pour de nombreux retraités.

Les personnes exemptées de ces dépassements sont celles couvertes par une complémentaire santé solidaire, mais elles n’auront certainement pas accès à ces praticiens.

La densité moyenne concernant la médecine générale est de 121,2 médecins /100 000 habitants (France et territoires d’Outre-mer)

Cette densité a baissé dans la plupart des départements sauf 4. Elle a cependant progressé dans la plupart des territoires d’Outre-mer.

**La répartition reste très inégalitaire** passant d’une densité comprise entre 80-85/100 000 dans des départements à 160-165/100 000 dans d’autres.

**1.7 Les médicaments :**

**L**a situation s’avère catastrophique. Selon l’institut national du cancer une quarantaine de médicaments essentiels en cancérologie ont fait l’objet de tensions importantes voire de pénuries répétées.

Les MITM (Médicaments d’Intérêt Thérapeutique Majeur), les plus concernés sont les anti-cancéreux, les anti-infectieux, les anesthésiants, les médicaments du système nerveux central (épilepsie, Parkinson) ainsi que les médicaments dérivés du sang.

La situation dans ce domaine continue de s’aggraver : il y avait 44 ruptures de stock constatées en 2008 et 530 en 2017.

Nous prenons l’exemple de Sanofi qui a supprimé entre 2008 et 2018, 2814 postes de chercheurs et abandonné les secteurs peu rentables. Parmi les domaines sacrifiés on compte Alzheimer, les maladies infectieuses notamment celles causées par la famille des coronavirus.

Les tensions en approvisionnement qui ne concernent pas toujours les mêmes médicaments ne sont pas nouvelles. En 2021 l’Agence Nationale de sécurité du médicament a reçu 2 160 signalements pour ruptures ou risques de rupture soit cinq fois plus qu’en 2016. On en comptait 89 en 2010.

En 2022, l’Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a reçu plus de 3.700 signalements de rupture de stock et déclarations de risque de rupture : une hausse de plus de 73% en un an et même 8 fois plus qu’en 2014.

Selon l’étude BVA réalisée pour France Assos Santé en mars 2023, 37% des Français ont été confrontés à des pénuries en pharmacie.

A ces tensions sur les approvisionnements s’ajoutent la pénurie du personnel en pharmacie : 1 740 officines ont disparu en 10 ans et il manque 15 000 pharmaciens en France selon les syndicats professionnels.

En 2020 la France a importé pour 23,2 Md € de médicaments soit 13,7 % de plus qu’en 2019. La molécule active de 80 à 90 % des médicaments commercialisés en France provient d’Asie !

**1.8** **Les** **dépistages**:

Nous constatons en France une faible participation aux tests des trois cancers : col de l’utérus, du sein, colorectal.

La réduction continue du nombre de médecins traitants aggravent cette situation puisque c’est souvent le médecin traitant qui encourage son patient à effectuer tous les examens ou dépistages nécessaires à sa santé.

**Une prise en charge des cancers de la personne âgée qui devrait être améliorée.**

(Extrait documents de la ligue contre le cancer et de l’Institut national du cancer)

Les cancers chez les personnes âgées sont souvent des cancers de diagnostic trop tardif d’une part, car elles sont souvent exclues des actions de dépistage systématique, et d’autre part parce que ces personnes n’ont pas toujours le même niveau de suivi médical que les sujets plus jeunes. Il **n’est pas légitime,** bien au contraire pour ce qui concerne le cancer du sein, **d’exclure les personnes âgées des programmes de dépistage** dans la mesure où pour la plupart des cancers, les traitements spécifiques ont chez elles le même niveau d’efficacité que chez les personnes plus jeunes.

Les raisons d’un diagnostic tardif dans le cancer du sein par exemple : le dépistage organisé du cancer du sein s’arrête à 74 ans, laissant entendre qu’il n’y aurait plus de risques après cet âge-là.

En effet, le cancer du sein est, dans l’immense majorité des cas, une pathologie qui survient après la ménopause.

En 2018 le nombre de nouveaux cas de cancers en France chez les personnes âgées de 75 ans et plus est estimé à environ 118 900.

En 2019, 407 569 patients âgés de 75 ans et plus ont été hospitalisés avec un diagnostic de cancer.

Devant ces chiffres nous pouvons faire une remarque importante : suite aux manques de places dans les hôpitaux pendant la crise Covid en 2020 et les très nombreux reports de soins, d’interventions à cette époque nous devons en déduire que les chances d’un traitement adapté pour ces personnes à cette époque ont été considérablement réduites ainsi que leur espérance de vie.

Il faut souligner aussi que les pertes de chances ont été particulièrement notables dans les cas d’AVC et de maladies cardiovasculaires du fait principalement d’une absence de diagnostics faute d’accès à un médecin. (Le gouvernement recommandait de ne pas se rendre dans les hôpitaux !)

**1.9 Les services d’urgence et le tri des malades à l’hôpital**

Toutes les enquêtes le démontrent, l’accueil des personnes âgées dans les services d’urgence (SAU) se heurte à une triple difficulté : la saturation des urgences, l’insuffisance de lits dans les services de spécialités et la quasi-inexistence de services adaptés à leur prise en charge.

En 2022, selon la Fédération des observatoires régionaux des urgences, on enregistre 20,5 millions de passages en SAU (en moyenne 33 000 patients par SAU et par an) soit une progression en un an de 7,30%.

Les personnes âgées de 75 ans et plus, représentent 14% des passages.

La fermeture de 27 services d’urgence entre 2013 et 2019, conjuguée à la suppression de plus de 100 000 lits d’hospitalisation en 20 ans (dont 21 000 lits entre 2013 et 2019) rend la situation intenable. Sans compter (DREES 2021 n°2018) que les unités de soins de longue durée qui accueillent principalement des personnes âgées diminuent également depuis 2013 et cette baisse se poursuit en 2020 (-1,2 %).

Or, avant d’être ministre, François BRAUN président de Samu Urgence de France reconnaît lui-même (La Croix du 27 mai 2019)

« Pour les patients âgés et polypathologiques, on a du mal à trouver un lit disponible dans les autres services. »

En effet ces patients, faute de structures adaptées, restent aux urgences dans l’attente d’une solution, ce qui comporte de sérieux risques de perte de chance.

Selon une enquête portant sur 1 598 patients âgés de 75 ans et plus et 97 SAU, seuls 890 patients (56%) ont pu être transférés dans un service.

Pour les 707 autres patients (44%) ayant passé la nuit sur un brancard le taux de surmortalité a été de 46%.

Par ailleurs Samu urgences France qui recueille chaque jour les statistiques sur les patients admis aux urgences indique qu’en décembre 2022 et janvier 2023 **le nombre de décès inattendus aux urgences ou en unités d’hospitalisation de courte durée (lits dans les SAU) s’est élevé à 43**. Il s’agit principalement de personnes âgées.

Afin de marquer les consciences voici quelques exemples :

- Patiente de 88 ans, admise pour détresse respiratoire sur sepsis. Pas de box disponible en zone scopée (tous les box sont utilisés par des patients en attente d’hospitalisation). Découverte morte dans le couloir six heures après son arrivée.

- Appel pour hémoptysie à domicile. Pas d’équipage SMUR disponible par défaut de ressources humaines. Envoi différé du SMUR une bonne heure après le dernier appel. Arrêt cardiaque à l’arrivée de l’équipe SMUR, patient décédé à domicile.

- Patient adressé par médecin traitant, arrêt cardiaque 20mn après son admission à l’accueil, passé inaperçu dans le flot ininterrompu des admissions dans un service déjà saturé.

Enfin selon l’observatoire de Cap Retraite (2017)

*« Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait dépasser 8,3 millions d’ici 2030* ***… l’hôpital sera bientôt confronté à un défi de taille : recentrer son activité sur la gériatrie. Le nombre d’hospitalisations de personnes âgées va augmenter de 42 % en quinze ans.****De 3,6 millions en 2015 à 5 millions d’hospitalisations de personnes âgées de plus de 75 ans, en 2030.*

*Aujourd’hui déjà,****moins de 5 % des lits d’hôpital sont dédiés à l’accueil des personnes âgées.****Pour assurer la qualité de la prise en charge des aînés, il sera nécessaire d’ajouter 102 178 places dédiées à la gériatrie d’ici 2030. »*

Dans ce contexte les propositions de la mission flash sur les urgences et les soins programmés s’apparentent davantage à un simple pansement sur une plaie ouverte qu’à un traitement de fond.

Si l’idée était d’aider les urgences à passer le cap de l’été 2022 (fermeture de X services en raison d’un manque criant de personnel) il n’en demeure pas moins que l’objectif reste le même : éviter le recours aux urgences. En effet la Mission flash préconise de :

 « Réguler les admissions », soit avec un « triage paramédical à l’entrée » des urgences, soit par une « régulation médicale préalable systématique » par le standard téléphonique du SAMU. « Des messages pédagogiques seront diffusés pour inciter les Français à appeler le 15 préalablement à tout déplacement aux urgences, afin d’être mieux orientés vers une offre de soins adaptée à leurs besoins ».

Faute de moyens : insuffisance des capacités hospitalières, absence de prise en charge adaptée aux personnes âgées, manque de personnel, on assiste de fait au tri des patients dont les principales victimes sont justement les personnes âgées.

Quelques exemples :

- Au CHU de Toulouse les transplantations pour greffe rénale sont reportées à 2024, alors que jusqu’à présent elles étaient réalisées entre 3 à 6 mois.

- Au CHU de Bordeaux les patients âgés de 70 ans et plus, atteints de lymphome ne pourraient plus bénéficier d’un traitement révolutionnaire par des cellules dites

CAR-T. En l’absence de ce traitement l’espérance moyenne de vie est de 6 mois.

Si rien n’est fait 39 % des centres de thérapie cellulaire devront sélectionner davantage leurs patients, en raison du manque de personnel.

**L’UCR FO condamne les politiques d’austérité́ qui ont conduit l’hôpital public au bord du gouffre. La suppression de 115 000 lits en 25 ans dont 17.900 sous la dernière mandature et dont 5700 en 2020 en pleine pandémie, expliquent la situation actuelle qui alarme les personnels soignants. Cette situation résulte de la dictature de l’ONDAM (Objectif National de Dépenses d’Assurance Maladie), appliquée budgétairement depuis les ordonnances Juppé́ de 1996 sur tout le territoire par les Agences Régionales de Santé et a amené́ à la disparition de services et d’établissements hospitaliers. Couplée avec le « numerus clausus » et les « quotas » de formations paramédicales, elle a abouti à la multiplication des déserts médicaux en ville comme en zone rurale.**

**Pour les personnes âgées, c’est une aggravation considérable des risques.**

**L’UCR FO dénonce cette évolution dramatique instaurant la pénurie et conduisant, au plus fort de la crise sanitaire, à interdire aux personnes âgées l’accès aux services d’urgence.**

**L’UCR FO revendique la création des milliers de postes nécessaires pour un bon fonctionnement des services de santé, l’arrêt des fermetures d’établissements, de lits et la réouverture des lits d’aval indispensables dans toutes les spécialités ainsi que la création massive de lits de réanimation afin de prendre en charge les patients dans de bonnes conditions.**

* 1. **L’invasion du numérique en santé : La e-administration et la e-santé**

Comme nous toutes et tous, les personnes âgées sont de plus en plus souvent confrontées aux applications numériques dans la vie courante. Mais **la généralisation de la e-administration et l’accélération de la e-santé** les rendent totalement dépendantes de cette numérisation à outrance pour tout ce qui concerne leur santé.

Pour rappel, selon l’INSEE, **l’illectronisme touche 17% de la population ; une personne sur deux de plus de 75 ans n’a pas accès à internet depuis son domicile, comme 16% des usagers les plus modestes. C’est dans une telle situation** **que la course au numérique se poursuit dans le domaine de la santé, en laissant sur le bord du chemin un très grand nombre de personnes âgées**

* **Le numérique dans nos démarches de santé**

**\* La Carte Vitale**

 Aujourd’hui, nous bénéficions d’une carte vitale en « format physique ». Cependant, un décret publié au JO du 30 décembre 2022 a prévu la **dématérialisation du dispositif** qui devra être intégré sur smartphone ou tablette via l’application gratuite  apCV. La e-carte vitale devrait être déployée partout en France **d’ici 2025**, après une expérimentation dans 12 départements. L’usager sera invité à choisir entre les 2 formats. Espérons que la carte vitale en format physique perdurera longtemps. Il faudra éviter de la perdre au vu des complications pour accéder au compte ameli et le gérer.

**\*Le Compte Ameli**

Le compte Ameli, espace personnel sur tablette, ordinateur ou mobile, permet d’accéder à tous les services de l’Assurance Maladie mais peut se révéler difficile de pratique.

Pour poser une question ou contacter un conseiller par votre compte Ameli, il faut désormais passer par l’assistant virtuel ameliBot. Ce n’est qu’après deux requêtes infructueuses que vous pourrez contacter un conseiller via l’espace d’échanges Ameli.

Il faut savoir que la création du compte Ameli avait pour objectif premier de supprimer un maximum de personnels et de guichets. Selon la loi de financement de la sécurité sociale 2021, les caisses ont perdu 15% de leurs effectifs entre 2004 et 2019 et le mouvement s’est poursuivi, provoquant la dégradation des conditions de travail des salariés. Pour le service aux usagers, cela signifie la fermeture des accueils sans rendez-vous, l’accueil téléphonique de plus en plus difficile et payant au 36/46 et des milliers de dossiers en souffrance.

* **Notre santé en mode numérique : la « télésanté »**

 **\*Les téléconsultations ou vos soins à distance**

Selon le site de l’Agence du Numérique en Santé du Ministère, *« la télésanté se déploie pour permettre à tous un accès à distance aux soins médicaux et paramédicaux… …elle complète les pratiques médicales traditionnelles et constitue une réponse à des problématiques telles que faciliter l’accès aux soins pour les personnes isolées en zone rurale ou atténuer la disparité de la qualité de soins sur le territoire… »*

Les actes de téléconsultation sont remboursés par la sécurité sociale depuis le 15 septembre 2018

Il s’agit de « télémédecine » pour les actes réalisés à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme et chirurgien-dentiste) et de « télésoins » pour ceux réalisés par un pharmacien ou un auxiliaire médical (17 professions sont concernées, dont psychomotriciens, masseurs kinésithérapeutes, pédicures podologues). Cette énumération montre d’elle-même les limites de ces téléconsultations.

**\*Les cabines de téléconsultation médicale**

Ces équipements sont présentés officiellement comme l’une des solutions de nature à pallier la disparition des cabinets médicaux dans de nombreux territoires. Certaines municipalités en ont installé sans que l’on ait de statistiques sur leur utilisation ni de diagnostic quant à leur efficacité. On les trouve également en pharmacie.

Le marché de ces engins miracle est prospère. La société MédiSpot propose un équipement *« …simple, efficace, économique à installer dans les déserts médicaux, peu coûteux à déployer, simple à utiliser…et intégrant en standard l’opérateur de médecine Hellocare …qui propose des médecins abonnés en moins de 10 minutes… ».*

**Téléconsultations en tout genre et cabines de téléconsultation médicale sont, en définitive, les solutions proposées pour mettre fin à la grande misère des déserts médicaux.**

* **La santé numérique à marche forcée**

Au niveau national ont été initiées « une accélération de la feuille de route du numérique en santé pour **généraliser le passage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé mais aussi avec le patient via Mon Espace Santé ».**

Il s’agit, dans le même temps, de déployer une stratégie d’accélération et de **transformation du numérique en santé placé** **« au coeur de la révolution …** » face à un « **modèle médico-économique qui doit se renouveler… »**. Pour le bien de tous, évidemment !

**\*Mon Espace Santé**

Défini comme «  le carnet de santé numérique de tous les citoyens », Mon Espace Santé a été lancé en janvier 2022 auprès de tous les assurés par un message de l’Assurance Maladie les informant de son ouverture dans un délai de 6 semaines sauf opposition de leur part. Passé ce délai, chaque personne a toujours la possibilité de clore son profil.

Selon la définition officielle, Mon Espace Santé est « un service public pour gérer ses données de santé. Simple et sécurisé, il a été conçu pour tous, quels que soient leurs usages du numérique…. ». Nous sommes encouragés à l’activer et à télécharger l’appli Mon Espace Santé sous Android et ios et/ou nous connecter sur notre ordinateur.

A ce jour, Mon Espace Santé ne semble pas avoir atteint son rythme de croisière. Pourtant, des « Ambassadeurs Mon Espace Santé » devraient être présents sur tout le territoire, encadrés par 18 coordinateurs régionaux, volontaires issus de la médiation numérique.

**\*La stratégie d’accélération et de transformation du numérique en santé**

Cette transformation du numérique en santé est présentée comme devant « être opérée au bénéfice de la population générale et des patients. Il s’agit en particulier, d’améliorer la qualité de vie, l’organisation des soins et de prévenir les inégalités d’accès aux soins notamment aggravés par la fracture numérique ».

 Cela devrait nous rassurer ! Cependant, quand on se penche sur le détail de la stratégie qui a bénéficié d’un premier plan ambitieux de 7,5 Mds€ présenté le 29 juin 2021 par le Président de la République, on découvre « qu’il s’agit de préparer l’avenir, de faire de la France un leader en santé numérique….et de conquérir le marché de la santé numérique en pleine croissance au niveau mondial…. »

**Que conclure de cette plongée numérique dans le domaine de la santé ?**

 L’ambition affichée pour la transition vers le numérique, en décalage complet avec le dénuement de notre système de santé sur le terrain, n’est qu’un plan de substitution sans limite dans un pur souci d’économies sur la bête et de profits sur le marché de la santé numérique. Les assurés que nous sommes vont continuer à se heurter aux mêmes difficultés sanitaires ; nous allons constater les limites et même les dangers des téléconsultations ; nous allons nous enfoncer dans le piège de la fracture numérique, que rien de ce qui est en projet n’est de nature à combler. **En un mot, nous risquons d’être complètement dépassés, et plus encore, avec les risques d’un débarquement incontrôlé de l’Intelligence artificielle.**

**On est frappé par le décalage entre la situation de notre système de santé sur le terrain, son dénuement constamment aggravé par les gouvernements successifs, dont l’actuel, l’ambition affichée pour la transition vers le tout numérique. En fait il ne s’agit pas d’un plan d’action mesuré et positif tenant compte des progrès que peut apporter le numérique dans le domaine de la santé, avec toutes les prudences indispensables, mais bien d’un plan de substitution sans limites dans un souci d’économiser sur la bête et de profits sur le « marché » de la santé numérique en pleine croissance au niveau mondial.**

|  |
| --- |
| **L’UCR FO condamne le développement exagèré de ces pratiques conduisant à ce que l’on appelle la “fracture numérique”, dénoncée par un rapport de la Défenseure** |
| **des droits.** **Elle dénonce les conséquences de cette politique, destinée à faire des économies de personnel plus qu’à faciliter la vie des assurés les plus âgés, peu au fait de ces technologies. De ce fait, ces évolutions aboutissent à imposer des déplacements longs et fréquents, forcément couteux.** **L’UCR FO alerte sur les dangers que représentent l’harmonisation européenne des dossiers médicaux numériques au prétexte d’économiser 5,5 milliards sur 10 ans. Le secret médical n’est plus garanti en permettant l’utilisation de ces bases de données aux diverses institutions et entreprises.** **L’UCR FO exige le rétablissement des services publics supprimés et de l’accueil par des agents, le droit au maintien des formulaires papier et l’envoi de document d’information réguliers, en particulier dans le domaine public (énergie, Sécurité́ sociale, impôts…).**  |