



L'évolution des besoins en santé a été le fait des particularités de notre société, de sa démographie, (vieillesse avec accroissement des besoins médicaux et médico sociaux), et du désir de faire profiter la population des avancées biomédicales.

Face à ces besoins et à des demandes renouvelés, des ressources semblent toujours disponibles. On n'imagine pas qu'elles puissent avoir des limites, comme en atteste notamment le déficit répété de l'Assurance Maladie (AM) (5 milliards en 2017), indicateur mieux connu que les limites humaines...

Devant un tel décalage entre besoins et ressources, une société responsable doit choisir.

Choisir d'accroître les **ressources**, est un choix politique en raison du retentissement sur l'économie nationale, que la charge nouvelle concerne : le coût du travail (charges sociales), les sources des recettes fiscales (CSG, Taxes) et leur destination, ou la répartition de la richesse collective ainsi produite.

Chacune des options sur les **dépenses** de l'AM (réduction des remboursements, augmentation de la participation à certains frais ; « maîtrise » de la rémunération des professionnels de santé, ou des établissements) a une incidence collective autant qu'individuelle. Ainsi :

- Les **organismes complémentaires d'assurance maladie** (OCAM) ont été appelés à l'aide pour compenser les réductions de prise en charge par l'AM. Mais en même temps, a été substitué au principe d'universalité de l'AM celui de marché, dont les effets de sélection pénalisent les moins nantis. L'universalité de la solidarité n'est plus aujourd'hui prioritaire.
- Le **recours à l'emprunt** pour combler le déficit de l'AM, par l'intermédiaire de la CRDS, qui le pérennise, fait porter sur des générations jeunes ou à venir les charges de remboursement engagées par les plus âgées, double peine !
- Telle un rabet, l'**imposition uniforme d'économies**, notamment auprès de certains établissements du service public hospitalier, ou participant à celui-ci, contribue non seulement à des tensions mais aussi à de mauvaises pratiques, qui sont réductrices de la dignité des personnes soignées. Elles font perdre aux professionnels le sens du travail effectué, voire de leur vie elle-même, pouvant les conduire au suicide.



- Que veut-on prioriser ?

Alors que le fil rouge (pour chacun une contribution selon ses moyens et des prestations selon ses besoins de santé), se défait dans la pratique quotidienne de soins, que l'absence de choix politique substantiel affecte le sens même d'une composante majeure de la solidarité nationale, de nouvelles demandes, retentissant sur les charges du système de santé, se manifestent avec force. **Tel qu'il est devenu, le système de santé ne peut répondre aux enjeux de ces évolutions.**

Dans ce contexte, réfléchir au sens et au devenir de ce système n'est-il pas indispensable ?



- Est-il constitué pour soigner des maladies, des personnes malades ? Ou doit-il aussi répondre à des souffrances dites sociétales ? À des désirs ? Quelles ressources, quelles compétences mettre alors en rapport ?
- Quelles remises en cause du sens primitif le système doit-il et peut-il supporter sans dommage ?
- Alors que l'écart d'espérance de vie entre les mieux et les moins nantis, dans notre pays, atteint 13 années, que cet écart est dû à une intrication de facteurs sociaux et sanitaires, comment traduire concrètement la préoccupation éthique de l'attention aux plus pauvres ? A leur dignité ? Quel décloisonnement du pilotage et du financement des secteurs social et sanitaire pour y parvenir ?

Prioriser trois objectifs, l'amélioration équitable de la santé de la population, l'amélioration du « care » prodigué au patient et l'efficacité du système, permet-il de se rassembler autour d'un projet sociétal renouvelé de cette manifestation majeure de solidarité qu'est notre système de santé ?

Et alors d'exiger du politique une volonté pérenne pour le mettre en œuvre ?

En attendant, les non-choix continueront de retentir d'abord sur la santé des plus faibles.