

Déclaration UNAASS

PLFSS 2022

Après 18 mois de crise sanitaire sans précédent, plus de 116 000 décès liés au covid et un traumatisme social que nous avons encore insuffisamment évalué, le PLFSS pour 2022 semble pouvoir compter sur une forte réduction des dépenses et des produits tirés par une reprise économique dynamique.

Il reste qu'avec 21,3 Mds de déficit pour l'année prochaine, le retour à l'équilibre sera « une opération complexe, qui ne peut être envisagée que dans la durée et en tenant compte des changements induits par la crise sanitaire et ses conséquences » comme le souligne, dans sa note de mars 2021, le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale qui affirme notamment l'importance d'une transformation de la sécurité sociale dans une dimension davantage anticipatrice et préventive des risques sanitaires et sociaux.

Certains de ces risques sont connus. Ils sont notamment liés à la progression du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, à la perte d'autonomie d'une population vieillissante, au défaut de prise en la prise charge de la santé mentale, aux prix des médicaments innovants et à certaines pratiques professionnelles qui s'écartent dangereusement des recommandations et décisions de nos autorités sanitaires.

Ce projet de loi propose des avancées mais nous percevons mal la vision d'ensemble qui devrait présider à l'avenir de notre système de santé et de l'Assurance maladie que nous souhaitons tout à la fois outillée pour assurer en temps de crise mais aussi tournée vers l'avenir et les grands défis qui ont été révélés par le covid. Les 3 missions dédiées à la santé publique lancées en juin dernier par Olivier Véran rendront bientôt leur rapport. Les propositions qui en découleront pourraient donner un cap aux stratégies publiques et s'articuler, le cas échéant, avec ce projet de loi.

Sur le volet Autonomie

Si des dispositions encourageantes ont été intégrées au projet de loi, notamment concernant le domicile, nous regrettons l'absence d'une véritable loi autonomie, avec une vision cohérente et coordonnée pour répondre à l'ensemble des besoins : attractivité des métiers et formation dans les EHPAD, diversité des compétences, restes à charge des usagers, coordination des services, etc.

En matière de prévention nous saluons les dispositions inscrites dans le projet de loi :

- La prolongation de l'expérimentation Halte soins addictions,
- L'extension des expérimentations concernant la prévention de l'obésité infantile,
- L'extension de la gratuité du dépistage du VIH dans les laboratoires de ville,
- L'extension de la gratuité de la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans, mais nous soutenons la généralisation de cette mesure à l'ensemble des femmes quel que soit l'âge.

Nous regrettons en revanche l'absence de dispositions permettant la prise en charge de l'activité physique adaptée pour les personnes en ALD.

Sur les réformes de financement hospitaliers

L'article 27 qui adapte le calendrier des réformes tarifaires, et notamment la réforme du ticket modérateur, fait totalement l'impasse sur la problématique des restes à charge hospitaliers, alors qu'une récente étude de la DREES met en lumière que 9 % des patients ayant eu au moins un séjour hospitalier, soit près de 700 000 patients, restent exposés à des restes à charge hospitaliers après assurance maladie obligatoire de plus de 1 000 euros annuels.

L'Article 28 qui revient sur la réforme du financement des urgences élargit les cas d'exonérations du forfait urgences, aux invalides civils et de guerre ainsi qu'aux bénéficiaires d'une rente AT/MP mais laisse encore de côté les personnes en ALD, qui sont celles qui accusent le plus de restes à charge en valeur absolue.

Par ailleurs **l'article 46 sur la prolongation des expérimentations du financement des transports sanitaires urgents**, fait bien état d'études d'impact financiers pour les acteurs professionnels, mais quelles conséquences du dispositif sur les restes à charge des usagers ?

Sur la psychiatrie

Concernant l'article 30 sur l'isolement et la contention, nous approuvons la saisine obligatoire du Juge des Libertés au-delà d'une certaine durée. Nous demandons en outre :

- qu'une procédure soit définie pour informer sans retard les proches de toute mise en isolement dépassant 48 heures (ou 24 heures pour les mises en contention) et des modalités de saisine du JLD ;
- que tous les documents sur les droits des patients (livret d'accueil, affichages...) soient révisés rapidement pour mentionner le droit de saisir le JLD dès que les mises en isolement ou contention dépassent les durées définies ;
- le gouvernement s'étant engagé à accompagner cette réforme par des financements, qu'une quantification soit faite des besoins en aides techniques et humaines nécessaires pour que les services de psychiatrie puissent la mettre en œuvre, en particulier concernant le registre informatisé de l'isolement-contention.

Sur l'accès à la complémentaire Santé

L'article 14 va dans le sens d'une plus grande égalité de traitement entre secteur public et secteur privé en matière d'accès à la complémentaire santé en rendant obligatoire la couverture complémentaire avec participation de l'employeur. Nous regrettons qu'aucune disposition concernant les personnes exclues de ces dispositifs et qui bénéficient d'un contrat individuel, ne soit prise, maintenant un traitement inégalitaire en termes d'accès aux soins, sachant qu'elles ne disposent ni de contrats négociés, ni de prise en charge partielle de leurs cotisations et paient donc au prix fort leurs cotisations, et particulièrement les personnes âgées dont les cotisations sont les plus élevées.

L'article 48 instaure enfin une ouverture automatique du droit à Complémentaire Santé Solidaire pour les bénéficiaires du RSA, demandée depuis de nombreuses années. Elle facilite également l'ouverture aux bénéficiaires de l'ASPA, mais aucune mesure pour les bénéficiaires de l'AAH, qui est un minimum social au même titre que les autres, n'est encore prévue, alors même que leurs besoins de santé sont au moins, si ce n'est plus, importants. Le rapport charges et produits pour 2020 avait mis en lumière

la fragilité de ces publics avec un moindre accès aux soins et à la couverture maladie complémentaire, et il est urgent d'agir pour lutter contre ce non-recours.

Sur les indemnités journalières

Les article 50 et 51 viennent améliorer le régime des IJ pour les indépendants et le secteur agricole, afin d'harmoniser les protections et de prendre en compte les difficultés spécifiques liées à la crise sanitaire. Aucune disposition en revanche concernant le régime des IJ ALD, alors que nous dénonçons depuis des années la rigidité de ce système, et que la crise est venue encore aggraver les difficultés, car même si des mesures dérogatoires ont été mises en œuvre, elles n'ont pas permis de couvrir l'ensemble des malades chroniques, qui pour un certain nombre, ont été arrêtés par leur médecin dans le cadre d'arrêt classiques avec un épuisement prématuré de leurs droits.

Sur les médicaments

Concernant l'article 38 permettant l'accès direct au marché remboursé post avis HAS, France Assos Santé se prononce en faveur de ce dispositif expérimental qui pourrait permettre l'accès rapide à certains traitements sans attendre la négociation des prix tout en respectant le cadre de l'évaluation en vigueur (autorisation de mise sur le marché, évaluation par la HAS). En l'état nous considérons également que le dispositif proposé encadre les compensations et indemnités aux industriels.

Nous émettons toutefois une condition majeure garante de l'égalité d'accès aux soins. L'accès aux traitements bénéficiant de ce dispositif ne doit en aucun cas être limité à certain établissements comme le prévoit le texte mais à l'ensemble de la population cible définie par la commission de la transparence de la HAS, sur l'ensemble du territoire national (métropolitain et outre-mer).

D'autre part, le texte ne prévoit pas de délais de publication d'arrêté de prise en charge ni la continuité de celle-ci en cas d'arrêt du dispositif sans relais dans le droit commun. L'obligation de continuité de traitements imposée aux industriels doit être complétée par un temps minimum de prise en charge pour permettre d'étudier les alternatives possibles, sans reste à charge pour les personnes ni surcoûts pour les hôpitaux.

Sur l'article 39 concernant le recours aux médicaments biosimilaires

Nous sommes favorables aux mesures qui permettent de préserver les comptes de notre système solidaire d'assurance maladie tout en respectant les droits des personnes malades

En l'état, nous souhaitons que les évolutions se limitent exclusivement à la question de la dispensation.

Nous sommes favorables à une substitution partielle en pharmacie d'officine (certains médicaments) et contrôlée avec les conditions ci-dessous. L'arrivée progressive des médicaments biosimilaires constitue potentiellement d'importantes économies pour notre système de santé, les enjeux sont importants, les travaux doivent s'inscrire dans un climat de confiance. Nous demandons des garanties pour que les conditions ci-dessous, indépassables ; soient mise en œuvre et respectées :

- Assurer la participation des associations agréées à la construction des avis préalables de l'ANSM
- Assurer la participation des personnes à la co-décision avec une information complète de la personne concernée avant toute décision de substitution
- Aborder parallèlement les conditions de la substitution en pharmacie de ville (rationnel : apprentissage nécessaire lors du passage à un médicament de référence à un biosimilaire ou

d'un biosimilaire à un autre biosimilaire principalement en raison de dispositifs d'administration différents).

- Assurer la stabilité de la dispensation en pharmacie d'officine
- Exiger plus de précaution pour les médicaments utilisant nécessairement des dispositifs médicaux intermédiaires (stylos à injections, pompes à insuline ...)

Sur l'article 40 et la Tarification des médicaments et critère industriel

L'Assurance Maladie n'a pas pour rôle de soutenir la politique industrielle de notre pays. La revalorisation des prix de certains médicaments à intérêt thérapeutique majeur ne constitue qu'une réponse partielle à la problématique des pénuries qui préexistait à la crise du COVID. Une politique de prévention des pénuries serait plus efficace.

- Ces éventuelles revalorisations doivent être particulièrement ciblées et conditionnées à la disponibilité de ces médicaments. Des exigences dans la continuité de la production de médicaments devraient être exigées.

- Les médicaments en pénuries sont principalement des anciens médicaments ([publication de l'ANSM \(2012-2018\)](#)), dont la production est jugée insuffisamment rentable par les industriels.

Le soutien à la relocalisation de la production pour faire face aux pénuries mérite être distingué de l'aide à la production de produits nouveaux dit « innovants » comme proposé dans le plan de relance.

Concernant les dispositifs médicaux numériques

Nous sommes globalement favorables à l'article 26 permettant la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun.

- Le point de vue des représentants des usagers devra être pris en compte dans l'élaboration des cahiers des charges.

- En tout état de cause, nous sommes opposés au remboursement des patients conditionné à l'utilisation effective du dispositif médical. La pertinence des soins et l'adhésion aux traitements sont des enjeux complexes qui sont notamment liés à la décision médicale partagée, à l'accompagnement et à l'éducation thérapeutique mais en aucun cas à une prise en charge dégradée et punitive des assurés.

L'article 35 sur l'accès précoce à l'Innovation numérique facilitera l'accès à des dispositifs numériques sans passer par des expérimentations.

La prise en charge temporaire d'1 an semble raisonnable pour inciter les industriels à se conformer aux conditions d'un remboursement pérenne.

Le nombre de dispositifs inscrits au remboursement et le taux de passage à prise en charge durable dira si l'équilibre entre incitations et exigences est productif.

Prise d'acte.