

Nicolas Dupont-Aignan

Député de l'Essonne

Maire d'Yerres



Paris le 3 avril 2012

Madame le Professeur Jacqueline GODET
Présidente
Ligue contre le Cancer
14 rue Corvisart
75013 PARIS

Madame la Présidente

Je suis honoré de votre courrier qui a retenu toute mon attention.

En préambule, je voudrais vous témoigner de la reconnaissance que j'éprouve pour la Ligue et son extraordinaire travail qui combine le soutien à la recherche et le soutien aux patients. Elle est un facteur de qualité et de dynamisme pour la lutte contre les cancers, et je vous prie de transmettre mes très sincères remerciements et encouragements à tous les bénévoles qui l'animent.

Les besoins des patients atteints de cancer sont emblématiques des défis majeurs auxquels notre système de santé est confronté. Au fil des décennies et des progrès, les cancers passent progressivement du statut de maladie autrefois rapidement mortelle, même si cela reste nous le savons encore le cas pour beaucoup de patients, au statut de maladie guérissable au prix de traitements lourds ou de maladie chronique évoluant sur des années avec des phases de poussée et des phases d'accalmies. Les cancers sont souvent intriqués avec les problèmes du vieillissement, de la dépendance, du handicap. Ils posent le problème de la réinsertion après la guérison et après les traitements, et les problèmes d'une prise en charge complexe et de longue durée, complexe, multimodale.

Les problèmes auxquels les malades des cancers sont confrontés sont les mêmes que ceux de tous les français, mais ils se posent dans l'urgence et tous ces problèmes s'accumulent dans le même moment lorsque la maladie survient. Et c'est pourquoi j'ai voulu répondre à vos questions de façon précise et en détail.

Les témoignages de malades que vous m'avez fait parvenir parlent d'eux-mêmes.

Deux d'entre eux posent les problèmes intriqués des déserts médicaux, des dépassements d'honoraires et du reste à charge pour les patients.

Le problème des dépassements d'honoraires est à la fois l'une des causes et une conséquence du problème des déserts médicaux.

55, rue de Concy
91330 Yerres
Tél. 01 69 49 17 37
courrier@nda2012.fr

Incapables d'assurer ni un remboursement correct de soins ni une rémunération convenable des professionnels, les politiques successives menées dans les dernières décennies ont consisté à laisser une part croissante des frais à la charge des patients, y compris par le bais des mutuelles, et à encourager les médecins au dépassement d'honoraires pour s'assurer un niveau de rémunération convenable et à leur permettre les investissements nécessaires.

Cela a fortement contribué au renoncement à certains soins d'une partie de la population et à la concentration médicale dans les zones les plus riches, dans un cercle vicieux qui va croissant. Je n'ignore pas que pour une part des établissements, ces dépassements d'honoraires sont devenus indispensables pour assurer les investissements nécessaires dans un monde médical marqué par un progrès technologique de plus en plus coûteux. Mais il faut sortir de ce cercle vicieux. Ces dépassements d'honoraires constituent un obstacle dans l'accès aux soins. Ils ne sont pas l'apanage du secteur privé, puisque le secteur public a vu proliférer en son sein le secteur dit "privé" dans des proportions parfois scandaleuses.

C'est pourquoi, outre les aides à l'investissement et au regroupement, qui doivent concerner aussi bien les établissements privés que public, il m'apparaît indispensable d'augmenter les honoraires conventionnés (dans une proportion que je fixe de 20 à 25% pour les cinq prochaines années) en échange d'une limitation concertée des dépassements d'honoraires qui ne sauraient dépasser 30% du prix conventionné.

J'estime que les cancers, pris en charge dans le cadre des ALD 30, ne doivent générer aucun frais restant à charge des familles dès lors que ceux-ci sont issus d'une prescription médicale.

Je rejoins donc ici vos propositions.

Nous disposons de beaucoup d'outils juridiques pour assurer le *retour à l'emploi des malades* guéris, et même dans certains cas, pour des maladies non guéries mais stabilisées durablement.

C'est un problème d'applications des lois, de volonté politique continue tant à l'égard des employeurs que des assureurs.

Je partage complètement vos objectifs, en particulier envers les assureurs et les mutuelles qui maximalisent les risques de façon erronée et pénalisent les patients par leur refus d'assurance.

Outre vos propositions précises sur ces points, je suis partisan de l'introduction dans le droit français des actions juridiques de groupe (Class Actions aux USA) non seulement en cas d'accidents médicaux collectifs, mais également dans le cas discriminatoires de refus d'embauche ou d'assurance.

Les témoignages de patients que vous me communiquez soulèvent également *le problème de la délégation de compétence médicale*.

Cette notion est centrale pour faire face au problème de la démographie médicale qui est entré dans une phase cruciale, adaptée dans le contexte de crise économique que nous traversons, et sa mise en œuvre est synonyme de rapidité de prise en charge pour les malades.

Il s'agit de la création d'infirmières spécialisées dans certaines disciplines et dans la coordination des soins, de secrétaires-médicales qui doivent devenir des véritables assistantes logistiques des médecins, et d'une meilleure utilisation de tous les métiers paramédicaux existants : sages-femmes, optométristes, puéricultrices, assistantes sociales.

Les infirmières spécialisées doivent en particulier être investies de responsabilité dans l'évaluation des patients, le suivi et l'observance des traitements et même dans certaines prescriptions et renouvellement de prescriptions.

Cette logique de la délégation de compétence doit s'appliquer aussi bien dans le monde hospitalier qu'en ville.

Tout ceci nécessite des formations adaptées et des rémunérations en rapport.

Je voudrais aussi souligner pour ma part que les problèmes des patients atteints de cancer sont au cœur de *la mutation nécessaire de notre monde hospitalier*.

Les réformes des années 2000, par ailleurs indispensables, ont été pratiquées avec un esprit trop technocratique et avec une logique d'économies à court terme.

Dans le secteur public, les équipes médicales ont été de facto repoussées en marge de la responsabilité de la gestion des établissements, ce qui est un contre-sens.

La tarification des actes et des séjours se restreint toujours aux consultations d'une part, aux séjours hospitaliers de l'autre. Or entre ces deux activités, comme vous le savez mieux que quiconque dans le domaine du cancer, viennent s'intercaler désormais de nombreuses prises en charge ambulatoires dans lesquelles, bien plus que des actes techniques, est d'abord mobilisé du temps médical et soignant. Il s'agit des consultations longues, des annonces de diagnostic et de stratégie de traitement, des évaluations de l'état de santé des personnes et des actions d'éducation thérapeutique. Il s'agit aussi des processus de concertation multidisciplinaires autour du cas des patients pour les pathologies lourdes et complexes. On sait par exemple, que la prise en charge des patients âgés, dont vous savez toute l'importance, tourne autour de ces notions beaucoup plus qu'autour de la notion d'actes médicaux ou techniques au sens classique.

Le temps des soignants, l'acte intellectuel, la qualité globale de la prise en charge restent en dehors des tarifs, ce qui conduit les établissements à des logiques inflationnistes en termes d'actes ou de prélèvements pour pouvoir financer ces prises en charge. Outre que les établissements ont besoin d'une plus grande stabilité des prix pour assurer une gestion sur le moyen terme, il est indispensable que cette dimension des activités soit désormais codifiée et tarifée.

En partie en conséquence de ce retard, l'hôpital reste encore trop "hospitalo-centré".

C'est vrai pour les patients, car le vieillissement de la population, la transformation de maladies autrefois rapidement mortelles en affections chroniques de longue durée imposent un changement de paradigme qui ne soit plus centré sur l'hospitalisation traditionnelle qui doit être de courte durée, mais sur les plates-formes ambulatoires de haute technicité. Le pendant de cette évolution c'est bien les soins à domicile d'une part, les services SSR de l'autre.

De ce point de vue, les SSR doivent être revalorisés, pouvoir effectuer des soins simples autrefois réservés à l'aigu et éviter ainsi les va-et-vient des patients. Les réseaux de soins voient leurs crédits revus à la baisse dans les dernières années, ce qui est un contre-sens.

C'est vrai aussi pour la formation des médecins. La formation des médecins est restée trop hospitalo-centrée, et le recrutement des internes beaucoup trop dépendant des seuls besoins des services hospitalo-universitaires.

Les généralistes, les établissements privés devront être associés à la formation au niveau des Facultés de Médecine afin d'introduire dans la formation les éléments issus du terrain, de pragmatisme et de savoir-faire aussi indispensables que la formation théorique ou hospitalière. Des postes d'interne doivent être créés dans les Etablissements privés, et pourquoi pas demain dans les maisons de santé, et les stages en médecine générale être réellement mis en place de façon obligatoire.

Comme vous le soulignez, tant reste à faire.

Et je voudrais conclure par le problème central : *une telle politique, pour de pas rester une promesse sans lendemain comme tant d'autres, pose la question de son financement*. Je me suis engagé à ce que dans les grands domaines de la santé, dont la lutte contre les cancers fait partie, l'effort d'augmentation ne soit pas inférieur à 5% en rythme annuel.

Or un tel objectif va bien au-delà des ambitions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, que je n'ai pas votée, et qui prévoit, d'ici 2015, une croissance annuelle des dépenses de la branche maladie de 2.6 %, couvrant à peine les prévisions d'inflation. L'évolution de la branche vieillesse est à peine mieux lotie, avec une prévision de croissance de 3% annuelle.

La recherche qui est l'autre volet de votre action est évidemment un enjeu capital et tout particulièrement en ce qui concerne les *jeunes chercheurs*.

Je partage cette volonté en m'engageant à une augmentation de 2012 à 2017 de 6.7 milliards pour l'enseignement supérieur et la recherche.

La contractualisation insuffisante des « jeunes chercheurs » et l'emploi des docteurs faisant défaut dans les secteurs publics et privés, sont en lien direct avec la dégradation de la recherche en France ces dernières années : l'atomisation des équipes de recherche par les primes, la « carotte » des ANR, la généralisation de l'évaluation sur la seule base de la bibliométrie, la généralisation des CDD à la place de postes permanents, le formatage de l'espace européen de la recherche avec en particulier la création de l'AERES, et les dérives qu'elle induit par exemple dans les écoles doctorales qui sont évaluées en fonction des thèses inscrites et soutenues ou lorsque l'évaluation AERES conduit à la fermeture d'équipes ou de laboratoires.

La thèse est un réel apprentissage au métier de chercheur. Ce doit être un compagnonnage, pas un contrat industriel. Le contrat industriel est à passer entre le laboratoire et l'entreprise, pas entre le doctorant et l'entreprise. Les pratiques d'emploi des doctorants varient en fonction de l'organisme payeur, du domaine de recherche, du laboratoire. Je propose de généraliser le contrat doctoral qui existe dans nombreuses écoles doctorales, définir le minimum versé, les conditions et la protection sociale devant être garantis et ne pas autoriser la thèse si ce minimum n'est pas garanti. La durée de la thèse dépend aussi des domaines de recherche. Elle doit être de la responsabilité de l'Ecole Doctorale et du laboratoire, avec dans tous les cas la couverture par un contrat.

De plus, je souhaite relever le niveau du doctorat et en faire un vrai diplôme soumis à un vrai examen, garant d'une vraie compétence, ce qui n'est pas toujours le cas. L'équivalence avec les autres pays ira de soi. Ainsi, je propose d'introduire un examen à mi-parcours, comme c'est le cas dans certaines écoles doctorales, afin que l'encadrant et/ou le doctorant puisse décider d'arrêter et établir une attestation aux étudiants recalés, ou démissionnaires, pour validation de leurs travaux comme formation et parcours professionnel.

Les conditions du doctorat varient aussi d'un encadrant à l'autre. Pour palier tout manque ou mauvais encadrement d'une thèse, je veux aussi modifier l'habilitation à diriger des recherches, qui ne devrait pas être considéré comme une deuxième thèse, mais réellement une aptitude à encadrer un doctorant, à accueillir un chercheur, à animer une équipe, une collaboration, à faire un réel compagnonnage. Cette dimension de management n'est pas explicitement demandée actuellement dans le texte officiel. Il faut de bonnes pratiques, garantes d'une réelle et effective habilitation à diriger des recherches, pas seulement scientifiques. Je souhaite donc remplacer la soutenance et le mémoire actuels par un examen devant une commission nationale avec un dossier complet.

J'ai entendu récemment le concert de *satisfécits* devant le non-dépassement des objectifs de programmation de 2011. Mais vous savez qu'il s'agit d'un résultat en trompe l'œil qui masque le fait qu'une part croissante des dépenses de santé se privatise, précipitant notre pays dans la médecine à plusieurs vitesses et conduisant une part croissante de la population à se soigner de moins en moins et de plus en plus mal.

Il me semble donc, dans le domaine dont vous avez la charge, que les responsables politiques sont placés devant des enjeux majeurs qu'on cache aux français, au travers d'une campagne présidentielle qui tourne à l'anesthésie des consciences.

Le chômage de masse, les délocalisations industrielles, la compression des salaires ont asséché les revenus de l'Assurance-Maladie. Seule une politique économique hardie, sortant du système de l'Euro qui nous étouffe et rétablissant des frontières économiques raisonnables permettra d'inverser la tendance.

Le mode de financement de notre protection sociale ne repose encore en grande partie que sur les salaires. Le financement de la Sécurité Sociale doit donc être réorganisé pour mettre à contribution plus fortement les revenus du capital. Les taxes à l'importation serviront également à ce refinancement.

La relance de l'emploi et la nouvelle politique économique permettront de refinancer l'Assurance-Maladie à hauteur de 10 milliards d'Euros par an et de mettre fin au déficit.

J'y ajoute qu'il faut d'autre part remettre à plat notre système du médicament, poste sur lequel nous dépensons de 30 à 50% de plus que nos voisins européens immédiats. C'est parfaitement à notre portée et l'économie de 10 milliards en année pleine qui en résultera permettra de relever substantiellement de 25% tous les honoraires des soignants, seule mesure réelle permettant en contre partie d'encadrer réellement les dépassements d'honoraires qui sont à la fois cause et conséquence, même si ils ne sont pas seuls en cause, de la catastrophe dite des "déserts médicaux".

J'espère avoir répondu à vos préoccupations et vous prie de croire, Madame la Présidente, à ma très haute et respectueuse considération.

Bien à vous,


Nicolas DUPONT-AIGNAN
Candidat à la présidence de la République
Député de l'Essonne – Maire d'Yerres