

### ÉDITO :

Hervé Lelourec

**Situation internationale très inquiétante**, avec des guerres sans fin dont les populations civiles sont les premières victimes. En parallèle, les populistes d'extrême droite arrivent au pouvoir dans des pays de plus en plus nombreux, aidés par la désespérance que provoquent les politiques « libérales ».

**En France**, la Nouvelle-Calédonie est en pleine crise politique après l'incendie allumé par E. Macron concernant le projet de loi constitutionnelle sur l'élargissement du corps électoral qui marginaliserait les Kanaks. Sur une population touchée par la pauvreté, le chômage et les inégalités, le soulèvement de la jeunesse Kanak était malheureusement prévisible. Des pertes de vies humaines sont à déplorer. Le gouvernement en porte une lourde part de responsabilité.

**Et en même temps**, nous sommes confrontés à un jet continu de « réformes » : après la réforme des retraites et celle de l'indemnisation chômage, une énième loi travail est annoncée ainsi que des attaques sur les droits familiaux, notamment les

pensions de réversion. Dans l'éducation, c'est la réforme rétrograde dite du « choc des savoirs », qui organise, dès le plus jeune âge, le tri entre les forts et les faibles, les bons et les mauvais. C'est aussi le chaos organisé par une réforme de plus sur la formation et le recrutement des enseignants. Cette stratégie de passage en force systématique vide le pays de sa vie démocratique, en généralisant l'usage de la violence face à la contestation et en réduisant les libertés. Il est particulièrement préoccupant que l'entrée des forces de police dans les universités se banalise en France et ailleurs pour réprimer les étudiants réclamant un cessez-le-feu en Palestine et que les débats soient systématiquement interdits. Toutes ces réformes visent à casser les services publics, à tout privatiser. Le résultat est le renforcement des inégalités et l'enrichissement d'une minorité, tandis que l'appauvrissement, l'insécurité sociale et le déclassement sont pour les autres. C'est sur ce terrain que l'extrême droite prospère et peut devenir très vite un danger réel.

### Au sommaire de cette lettre, continuation de notre dossier santé :

1. Les pénuries de médicaments (Jacques Haiech)
2. Les aidants bénévoles (Richard Cabassut)
3. Halte aux restes à charge (Jean Amar)
4. La PSC Fonction Publique (Hervé Lelourec)

#### FGR-FP

Le SNESUP-FSU, membre de la FGR-FP (Fédération Générale des Retraité.es de la Fonction Publique), est présent et participe aux travaux de sa Commission Exécutive ; la FGR-FP a adopté le 15 mai dernier une motion « Fonction Publique / Protection Sociale / Fiscalité / Action » visible sur son site ici : <https://www.fgrfp.org/actu.htm>

#### Groupe des 9

Dix ans déjà depuis qu'existe le Groupe des 9, qui réunit dans l'action organisations syndicales (dont la FSU) et associations de retraité.es (dont la FGR-FP). Il a fêté son anniversaire le 23 mai 2024. A cette occasion, une conférence-débat s'est tenue, qui a donné lieu à cette déclaration finale que vous pouvez lire, publiée sur le site de la FSU : <https://fsu.fr/groupe-des-9-declaration-finale-de-la-conference-debat-du-23-mai-2024/>

# 1. La Pénurie de Médicaments en France : Un Combat pour la Santé Publique

Jacques Haiech

*La pénurie de médicaments en France est devenue un enjeu critique de santé publique, touchant des milliers de patients et perturbant quotidiennement les professionnels de santé. Ce phénomène, bien qu'existant depuis longtemps, a pris une ampleur inédite ces dernières années. La pandémie de COVID-19 a exacerbé les tensions existantes, révélant la fragilité de notre système d'approvisionnement en médicaments.*

## Causes de la Pénurie



Les causes de cette pénurie sont multiples et interdépendantes. Tout d'abord, les interruptions dans la chaîne d'approvisionnement jouent un rôle majeur. La production de médicaments dépend largement de matières premières importées de pays comme l'Inde et la Chine. Les perturbations géopolitiques et les catastrophes naturelles dans ces régions peuvent gravement affecter la fabrication. La fermeture temporaire d'usines en Asie a déjà entraîné des retards significatifs dans les livraisons en France.

Ensuite, l'augmentation de la demande en médicaments, due à l'allongement de l'espérance de vie et à la prévalence croissante des maladies chroniques, met une pression supplémentaire sur le système. Les besoins croissants en traitements pour des maladies comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires compliquent davantage la satisfaction de cette demande.

## Conséquence de la Pénurie

Les conséquences de cette pénurie sont alarmantes. Pour les patients, la difficulté à obtenir les médicaments nécessaires peut entraîner une détérioration de leur santé. Les interruptions de traitement, particulièrement pour les maladies chroniques, peuvent avoir des effets dévastateurs. Un patient atteint de cancer, par exemple, pourrait voir sa thérapie retardée, compromettant ainsi l'efficacité du traitement.

Les professionnels de santé, de leur côté, se retrouvent face à des défis supplémentaires. Ils doivent constamment chercher des alternatives thérapeutiques, ajuster les prescriptions et gérer l'anxiété des patients. Cette situation ajoute une charge de travail et du stress, notamment pour les pharmaciens qui doivent vérifier les stocks et passer des commandes urgentes sans cesse.

Sur le plan économique, la pénurie de médicaments alourdit les coûts pour le système de santé. Les hôpitaux et les pharmacies sont parfois contraints d'acheter des médicaments à des prix plus élevés ou d'importer des produits de substitution, augmentant ainsi la facture. Les patients, eux, peuvent se voir obligés de dépenser plus pour obtenir leurs traitements.

## Solutions et Stratégies d'Atténuation

Face à cette crise, plusieurs solutions sont envisagées. Le gouvernement français a mis en place des mesures pour créer des stocks stratégiques de médicaments essentiels et a introduit des incitations pour encourager la production locale. La relocalisation de la production de certains médicaments est une priorité, mais elle n'aura pas d'effets immédiats. Cependant, l'industrie pharmaceutique montre peu d'intérêt pour repositionner la production des molécules actives sur le territoire national. Une véritable industrie nationale ou européenne de production de médicaments génériques n'a pas encore été envisagée, probablement pour des raisons plus idéologiques qu'économiques.

L'exemple de la vente de Biogaran, la branche de Servier dédiée aux médicaments génériques, illustre ce désintérêt tant de l'industrie pharmaceutique que de l'État pour le secteur des génériques.

Les professionnels de santé, en particulier les pharmaciens et les médecins, jouent un rôle crucial dans la gestion des pénuries. Ils doivent être informés en temps réel des médicaments en tension d'approvisionnement et des alternatives disponibles. Des plateformes de communication et des bases de données actualisées sont essentielles pour les aider à prendre des décisions éclairées et minimiser l'impact sur les patients. L'ANSM a mis en place une plateforme de suivi des médicaments en tension ou en rupture de stock.

## Conclusion

La pénurie de médicaments en France est un problème complexe nécessitant une réponse coordonnée de tous les acteurs du système de santé. Une collaboration étroite entre les autorités sanitaires, les industriels pharmaceutiques et les professionnels de santé est essentielle pour trouver des solutions durables. En améliorant la résilience des chaînes d'approvisionnement et en adaptant les politiques de production et de distribution, la France pourra mieux faire face à cette crise. La nationalisation de la production et la distribution des médicaments génériques pourrait devenir un moteur de croissance économique, permettre des économies substantielles pour notre système de santé et fournir des génériques à d'autres États européens ainsi qu'aux pays en demande. Cette stratégie, bien que ambitieuse, pourrait s'avérer essentielle pour garantir à nos citoyens un accès continu aux traitements médicaux indispensables.

Référence : Informations sur les médicaments en rupture ou en difficulté d'approvisionnement :

[Disponibilités des produits de santé de type médicaments - ANSM \(sante.fr\)](https://www.ansm.fr/informations-sur-les-medicaments-en-rupture-ou-en-difficulte-d-approvisionnement)

## 2. Les aidants bénévoles dans la protection sociale en France

Richard Cabassut

### Variété des aidants

Dans cet article nous n'étudierons pas les nombreux intervenants professionnels : **auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, aides-ménagères, infirmiers à domicile, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, médecins traitants, employés des services d'aide et d'accompagnement à domicile, employés des maisons départementales des personnes handicapées (0). Le recours à ces services et leurs prises en charge dépend de la nature et du degré des besoins de l'aidé, de ses revenus et de sa localisation géographique.**

En France, les **aidants non professionnels, un peu plus de 8 millions (1)**, aident une personne en perte d'autonomie, handicapée ou malade. Les retraités sont concernés à double titre : comme aidés potentiels car avec l'âge le risque de perte d'autonomie, de maladie ou de handicap augmente, comme aidants potentiels car une certaine disponibilité à la retraite peut les engager dans l'aide (environ 35 % des aidants ont plus de 60 ans), notamment au niveau des proches (famille, amis, voisins) ou dans des associations de bénévoles. Ils sont souvent secondés par des professionnels, employés d'institutions ou d'associations ou indépendants.

### Tâches et difficultés des aidants

L'aidant peut remplir des **tâches très variées**, sur une période limitée ou régulière : soin, accompagnement dans la vie sociale de l'aidé ou aux démarches administratives, coordinations des aidants professionnels, services domestiques, assistance psychologique voire affective (notamment pour les aidants familiaux). Par exemple lors du décès de l'aidé ou de son départ en EHPAD (2) il peut réaliser des procédures de licenciement complexes d'intervenants professionnels.

Les **difficultés** des aidants sont nombreuses :



- ils ne sont pas des professionnels de l'aide, ce qui peut les rendre démunis face aux besoins de l'aidé,
- le lien affectif avec les aidés, notamment dans le cas d'aidants familiaux qui sont 80 %, peut créer insatisfaction ou culpabilité, par rapport à l'aide qu'ils peuvent proposer ; pour les aidants familiaux il y a plus une obligation morale qu'une obligation légale.
- la difficulté à trouver des structures d'accueil temporaire de l'aidé et la cherté de cet accueil peut entraîner une fatigue de l'aidant et des détériorations de sa santé. 15 % se déclareraient extrêmement fatigués et 8 % avaient extrêmement besoin de répit.
- la complexité des situations (perte d'autonomie, handicap, maladie, aidé mineur ou majeur) rend l'information sur les dispositifs d'accompagnement des aidants et des aidés pas toujours disponibles ou utilisés. On observe une grande hétérogénéité entre département concernant les ressources et moyens alloués aux aidants et une sous-utilisation des crédits ou des services proposés du fait de la complexité des aides et de la diversité des besoins pour un même aidé.

Les aidants courent à leur tour différents risques :

- les activités professionnelles, scolaires ou familiales dégradées par le poids de l'aide,
- l'isolement social s'il consacre trop de temps d'aide au détriment de leur vie sociale,
- une dégradation de la santé avec la lourdeur grandissante des tâches d'aide et l'épuisement.

### Témoignages

Illustrons notre propos sur quelques exemples ou témoignages.

En Alsace un établissement d'accueil d'un adulte handicapé propose un prix à la journée de 173€ loin des 20€ par jour attendu indiqué par le tarif de la sécurité sociale : l'aidante se dit épuisée.

En région parisienne un aidant accompagnait dans le maintien à domicile de sa mère. Mais le logement n'est pas toujours adapté (escalier, salle de bain, circulation en fauteuil roulant). Un AVC (accident vasculaire cérébral) lors un séjour dans la maison de vacances de l'aidant, transporte en province la région de séjour de l'aidant et de l'aidé. La différence dans la disponibilité des services proposés et la nature des intervenants entre régions s'ajoutent à l'isolement social de l'aidant, qui ne peut laisser seul l'aidé.

Dans un autre cas l'aidé est maintenu à domicile, avec des visites régulières et un système de téléassistance, qui n'empêcheront pas la survenue d'une chute à la suite d'un AVC. En attendant de trouver un établissement d'accueil l'aidée alterne les séjours entre établissement hospitalier et domicile de l'aidant. Dans les deux derniers cas c'est l'accueil en EHPAD (2) qui réglera le problème, laissant l'aidant soulagé mais avec une tension émotionnelle et psychologique compte tenu de ce que peut représenter l'admission en EHPAD en termes de renoncement.

## Anticiper

Lors de la visite chez son généraliste un dépliant informe sur une formation gratuite des aidants proposée par l'association France Alzheimer. De manière plus générale des plateformes de ressources et d'informations peuvent anticiper démarches, formations et décisions (3). Un couple décide de vendre la maison familiale pour aménager dans un habitat participatif intergénérationnel, adapté au handicap en fauteuil roulant et évolutif (une partie peut être transformée en logement pour aidant professionnel ou bénévole), avec services de proximité. De manière plus générale des projets immobiliers adaptés peuvent être proposés ou initiés (4). Plus généralement les démarches de tutelle, curatelle et dispositions de fin de vie gagneraient à être anticipées.

## Pour une protection sociale intégrant les aidants

Depuis 2020 le gouvernement a développé une stratégie de soutien aux aidants. Les professionnels, dont les métiers sont de moins en moins attractifs, ou les associations bénévoles développent des initiatives pour renforcer l'aide aux aidants. Mais les témoignages révèlent l'insuffisance de ces initiatives dans un contexte plus difficile (période du COVID, vieillissement de la population, déficit budgétaire, dégradation de la protection sociale).

Les aidants ne doivent pas être les grands oubliés de notre système de protection sociale. Un statut des aidants est en construction, avec le risque de définir davantage d'obligations que de droits, alors que le droit au répit n'est pas encore établi pratiquement (5).



10 ans du G9

Le G9 (6) préconise la mise en place d'un grand service public national de l'autonomie pour lequel la perte d'autonomie serait prise en charge par la sécurité sociale.

(0) [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation#toc\\_1\\_2](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation#toc_1_2); <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/handicap-que-faut-il-savoir-sur-les-services-daides-domicile>; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction>.

(1) Les données de cet article sont essentiellement issues, sauf mention contraire, de (Fauchier-Magnan & al. (2022) Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit. Rapport de l'IGAS)

(2) EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

(3) <https://www.sante.fr/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit>

(4) <https://c.dna.fr/environnement/2022/09/27/grace-a-l-habitat-participatif-les-pot-ages-vivront-sous-le-meme-toit>

(5) <https://www.aidants.fr/statut-aidants-du-pour-et-du-contre/>

(6) Le G9 ou groupe des 9 est une intersyndicale de retraités (<https://syndicollectif.fr/retraite-es-le-groupe-des-9-fait-le-point/>).

### 3. En finir avec le « reste à charge » pour les malades

Jean Amar



Le gouvernement annonce vouloir faire 40 milliards d'économies en 2025, en s'attaquant à nos services publics, à notre système social et à la sécurité sociale. Déjà durant les dernières semaines les annonces se multiplient : augmentation du délai de carence pour les arrêts maladie, contingentement de leurs prescriptions par les médecins, .... mais à partir du 1<sup>er</sup> avril sera appliqué le doublement des franchises médicales sur les médicaments et les consultations. Il est aussi question de remettre en cause le remboursement à 100 % des soins des patients souffrant d'une Affection de longue durée (ALD)

Cette course aux économies se traduit mécaniquement par l'augmentation du Reste à Charge (RAC) des assurés. Ce RAC correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux après les remboursements de la Sécurité sociale, de l'État et des assurances complémentaires ... pour les plus de 3 millions de français parmi les plus défavorisés qui ne peuvent en souscrire une pour des raisons financières. Selon la Direction de la Recherche de Études et de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) le RAC des ménages en matière de santé s'élevait en moyenne en 2022 à 250€ par personne et par an.

Année après année, réforme après réforme ce RAC n'a cessé de croître : pour combler le prétendu « trou de la Sécu » il fallait « responsabiliser le malade ».

C'est comme cela qu'ont été mis en place :

- le ticket modérateur, qui ne cesse d'augmenter et dont le champ ne fait que croître,
- le forfait hospitalier,
- les franchises médicales sur les consultations, les médicaments, les actes de biologie, les actes paramédicaux,
- le forfait de passage aux urgences depuis 2022 si vous n'êtes pas hospitalisé.

A ces restes à charge « sanitaires » il faut ajouter des restes à charge « invisibles » mais qui pèsent de plus en plus lourdement dans les budgets santé des ménages. En premier lieu les cotisations des assurances complémentaires qui ne cessent de croître pour combler les déremboursements et les franchises. Mais c'est aussi les coûts liés aux effets de la désertification médicale : allongement des déplacements pour consulter un médecin, nuitées obligatoires en raison de cet éloignement des centres de soins. Ce sont aussi les dépassements d'honoraires des praticiens du secteur 2 ou non conventionnés quand ce ne sont pas des dessous de table. Ces RAC « invisibles » sont estimés à 1000€ par an et par assuré.

Mais cela concerne ceux qui se soignent, car souvent faute de moyens, des malades renoncent aux soins et de ce fait aggravent leur état de santé.

Tout appelle à dire "Halte là" à tous ces projets gouvernementaux s'attaquant à l'assurance maladie comme d'ailleurs aux autres branches de la Sécurité Sociale.

C'est l'objet de pétition initiée par la Convergence nationale de défense et de développement des services publics pour demander :

- l'interdiction de tout dépassement d'honoraires,
- la suppression des franchises médicales,
- l'amélioration de la prise en charge des ALD,
- la suppression des jours de carence des arrêts de travail,
- la réouverture des accueils physiques des différentes branches de la Sécurité Sociale,
- l'ouverture en nombre, sur tout le territoire, de centres de santé publics à but non lucratif.

Cette pétition est en ligne <https://www.leslignesbougent.org/petitions/en-finir-avec-les-restes-a-charge-pour-les-malades-17430/> . Elle est la première étape d'une campagne pour un projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2025 répondant aux besoins de la population. Elle est en cohérence avec la nécessité d'aller vers la prise en charge à 100 % des dépenses de santé par la Sécurité Sociale, des moyens pour les hôpitaux publics et une stratégie nationale de déploiement de centres de santé sans but lucratif ... une autre utilisation de l'argent public !

### 3. La PSC (Protection Sociale Complémentaire) dans la Fonction Publique

Hervé Lelourec

La réforme de la PSC dans la Fonction Publique et ses conséquences à court et long terme sont encore peu connues par beaucoup de collègues, même syndiqué.es. Elle a été imposée, comme d'habitude, au nom d'une harmonisation des pratiques public-privé, en utilisant la carotte et le bâton : la carotte est la participation de l'État employeur à la cotisation d'assurance santé complémentaire à hauteur de 50 % pour les personnels en activité ; le bâton était la menace de décider par ordonnance un protocole moins avantageux si celui proposé était refusé par les syndicats. Le SNESUP-FSU a publié récemment un dossier complet (lien ici) sur le sujet, qui décrit la façon dont cette réforme va s'appliquer : quel prestataire, quels calculs pour les cotisations, quelles prestations (panier de soins), quels personnels concernés, à quelle date la réforme prend-elle effet, quelles conséquences pour les personnels actifs et pour les retraité.es ?

Pour les salariés du privé, c'est l'ANI (Accord National Interprofessionnel) qui a instauré (loi n°2013-504 du 14 juin 2013) ce système de complémentaire santé effectif depuis 2016 dans lequel l'employeur choisit un prestataire (mutuelle ou autre) et négocie un contrat collectif auquel ses salarié.es sont obligés d'adhérer, sauf quelques exceptions. La transposition aux trois versants de la Fonction Publique (État, Territoriale et Hospitalière) aura donc pour effet que quasiment la totalité des salarié.es public-privé seront obligé.es d'adhérer au contrat collectif de leur employeur.

Pour les trois ministères Éducation Nationale, Enseignement Supérieur Recherche, Jeunesse et Sport ce sera le même prestataire pour un contrat qui devrait débiter le 1<sup>er</sup> janvier 2026 : ce dernier report est dû probablement à l'obligation de faire un

appel d'offre européen vu la taille du marché (car il s'agit bien d'une nouvelle étape de marchandisation de la santé).

Pour les retraité.es il sera permis d'adhérer au contrat collectif de leur ministère dans l'année qui suit l'entrée en vigueur du premier contrat signé (01/01/2026 donc) ou dans l'année qui suit le départ en retraite. Passé ce délai, ce sera impossible et il ne

resterait que l'option de souscrire un contrat individuel auprès d'une mutuelle ou société d'assurance privée (la différence est de moins en moins évidente). La cotisation liée à l'âge et le délitement des solidarités entre générations existaient déjà mais le phénomène sera amplifié par la ségrégation et la différence de traitement entre actifs et retraité.es. Concernant la ségrégation, c'est vrai si nous décidons d'adhérer au contrat collectif ; c'est encore plus vrai si nous prenons une adhésion individuelle en dehors du contrat puisque tous les actifs sont obligatoirement dans le contrat. Il est à craindre que des tarifs élevés conduisent à des

renoncements à la couverture complémentaire et de ce fait à des renoncements aux soins. D'ores et déjà, avant même la mise en œuvre de la réforme, nous avons constaté les hausses considérables des cotisations dans toutes les mutuelles.

En donnant à la complémentaire santé un rôle de premier plan, en la rendant obligatoire et universelle, les gouvernements successifs ont fait croire qu'il s'agissait d'un progrès alors qu'en réalité c'est un mauvais coup de plus contre la sécurité sociale, laquelle pourtant symbolise le progrès véritable.

