

## Table ronde « Sécurité Sociale, Mutualité, Solidarités »

organisée par la SD Mgen des Hauts-de-Seine, en partenariat avec la LMDE

Amphi Vedel - Faculté Jean MONNET

Sceaux, le 04 février 2008

Après une allocution de bienvenue de **Jean-Pierre FAUGERE**, doyen de la Faculté, un diaporama présenté par Philippe LAVILLE, président de la Mgen 92, sont intervenus :

**Damien BERTHILIER**, président national de La Mutuelle Des Etudiants ([www.lmde.com](http://www.lmde.com)),

**Jean-Pierre DUBOIS**, président national de la Ligue des Droits de l'Homme ([www.ldh-france.org](http://www.ldh-france.org)),

**Pierre VOLOVITCH**, économiste,

**Philippe LORRAIN**, médecin, coordonnateur du dossier de *Pratiques - Les cahiers de la médecine utopique*- "Comment payer ceux qui nous soignent ?" (n° 39, Syndicat de la Médecine Générale - [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)),

**Fabrice HENRY**, membre du Bureau National de la MGEN, conseiller à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM-TS) au titre de la Mutualité Française (FNMF) dont il conduit la délégation, administrateur du Fonds CMU.

Aux côtés de ces personnalités nationales, sont aussi intervenus des responsables départementaux des organisations syndicales constituant avec la Mgen le « Carrefour santé-social » : Agnès VERDURAND (Fsu 92, Snés), Thierry PONTILLON (Unsa-Education), Jean-Pierre BAILS (Sgen-Cfdt).



Les interventions qui ont pu être enregistrées ont donné lieu à transcription et relectures par leurs auteurs. Ce qui suit est complémentaire de la présentation en textes et images dans le Bulletin départemental n°12, de mai 2008, de la Mgen92, également téléchargeable.

### Première intervention de Fabrice HENRY

Monsieur le Doyen

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

C'est pour nous tout un symbole que de tenir une table ronde sur le thème « Sécurité Sociale, Mutualité, Solidarités » au sein de la Faculté Jean MONNET.

L'Université est lieu de savoir et de partage et de transmission d'un savoir ; elle est par essence, un lieu de passage de relais.

Or, c'est sur un thème, somme toute assez proche de cette image, que nous allons tenter d'échanger. Quel dispositif solidaire sommes-nous en capacité de mettre en œuvre, de conserver ou de faire évoluer et de transmettre aux générations futures ?

Comme, sans doute, l'Université doit le faire pour elle-même, nous serons amenés à nous pencher sur l'hypothèse d'une régénérescence ou d'une déconstruction, dans un monde en mouvement où les fondements d'origines sont à revisiter constamment pour s'assurer que la réponse est adaptée aux besoins.

La Faculté Jean MONNET est, de par l'économiste et l'homme politique qui lui a donné son nom, tournée vers l'économique et le politique. Jean MONNET fut, entre autres, l'initiateur de la planification avec un premier plan de modernisation et d'équipement qui couvrait la période 1947 - 1952.

Notre société actuelle aurait sans doute besoin de s'inspirer de vision à moyen et long termes pour dégager les orientations susceptibles de redonner l'espoir d'un avenir.

Il est sans doute des idées simples et efficaces à reprendre pour que l'Assurance Maladie ne vive pas à des rythmes annuels au fil de lois de financement.

- A quand une programmation pluriannuelle pour des sujets qui nécessitent une vision au-delà du court terme ?
- A quand une vision ambitieuse pour le développement de notre société ?

car qui n'est pas ambitieux, n'est pas réaliste ...

L'avenir appartient, sans doute, à celles et ceux qui osent, mais avant tout, à celles et ceux qui donnent à notre société une identité dans laquelle chacun peut s'y retrouver. La solidarité est ainsi un bien commun dans le sens qu'il appartient à chacune et à tous ; un bien fragile et qui répond à un choix politique.

En permettant un échange sur un sujet complexe, vous initiez une série de réflexions pour la MGEN et la Mutualité. Le dernier Conseil d'Administration de la MGEN tenait des ateliers de réflexion le 24 janvier 2008, sur le thème « Evolution, avenir, pérennité de l'Assurance maladie obligatoire ».

La première mutuelle de France et d'Europe va continuer ses réflexions le 06 février 2008, avec l'ensemble de ses Présidents et Directeurs de structures départementales, puis engagera des réflexions plus larges au niveau de ses adhérents.

Permettez, Monsieur le Doyen, de vous remercier sincèrement pour avoir accepté que se tienne dans votre Université un débat dans un contexte d'annonce de réformes de la protection sociale : deuxième étape de la réforme des retraites, loi sur l'accès aux soins, prise en charge de la dépendance, financement de la protection sociale, politique familiale...

Le débat sur « Sécurité sociale, mutualité, solidarités » est d'évidence un débat d'importance car un débat de société. Il doit permettre, de par la diversité de ses intervenants, une évocation large et si nécessaire contradictoire car les pistes sont nombreuses mais les solutions non évidentes.

Merci, Monsieur le Doyen, pour votre accueil et votre contribution à une réflexion citoyenne essentielle.

---

Est ensuite projeté et commenté par Philippe Laville, président de la Section des Hauts-de-Seine, un diaporama intitulé "Quel avenir pour la Sécurité Sociale ?" présentant principalement le détail des principales dispositions négatives intervenues depuis 2005, pour les assurés sociaux et mutuelles, et les différentes réactions de la Mgen et du mouvement mutualiste.



Exposé de Damien BERTHILIER

© MGEN Hervé THOUROUDE

Bonjour,

Je suis heureux que la LMDE ait pu organiser ce débat aux côtés de la MGEN, sur l'initiative de la section MGEN 92, car je crois nécessaire d'avoir ce type de débat, citoyen avant tout, vu l'état quasiment nul du débat politique sur la santé aujourd'hui.

Je crois que c'est le rôle des mutuelles, aux premiers rangs desquelles la MGEN et la LMDE qui partagent non seulement un certain nombre de valeurs (mais enfin, ça tout le monde peut dire qu'il partage des valeurs) mais, je crois, qui essayent de les mettre en oeuvre dans leur action quotidienne. Et ce qui fait aussi la spécificité de la LMDE et de la MGEN c'est qu'elles gèrent toutes les deux la Sécurité Sociale pour le public qu'elles couvrent, donc je crois qu'elles ont encore peut-être plus à dire sur la Sécurité Sociale sur laquelle elles se sont toujours adossées.

Elles considèrent aussi que c'est leur mission de créer un débat public, un débat citoyen autour de ces questions de santé et de protection sociale.

Je trouve que la fin du propos de Philippe Laville est intéressante parce que la citation de Denis Kessler <sup>(1)</sup> donne justement un peu de perspective dans le débat. Et d'ailleurs Denis Kessler, quand on lui demandait ce qu'il pensait de son passé soixante-huitard et notamment s'il avait renoncé à l'idée de lutte des classes, il disait « non, non, je crois toujours à la lutte des classes mais j'ai changé de camp ».

Et donc, je crois qu'effectivement, aujourd'hui les choix qui sont faits, le sont par ceux qui considèrent qu'il faut liquider ce compromis national c'est-à-dire ce qui faisait consensus à l'époque... et d'ailleurs, c'est intéressant car il dit ce compromis entre les Gaullistes et les Communistes... On n'oublie pas d'où vient Denis Kessler et le fait que le monde des assurances pour lui ça avait un sens et surtout que les assurances avaient vocation à remplacer la Sécurité Sociale. Je crois donc que cela doit nous alerter sur ce qui est en train de se passer.

Je disais qu'il n'y avait pas de débat public parce que le PLFSS 2008 a été adopté dans une relative indifférence. On a parlé finalement assez peu des franchises, même si on en a peut être parlé un peu plus que du reste mais relativement peu par rapport à l'ampleur de ce que cela représente, non pas en termes bruts dans l'immédiat parce que c'est vrai que 50 centimes sur une boîte de médicaments, 2 euros de plafond journalier pour les actes... D'ailleurs je trouve que la présentation du diaporama était nécessaire car je pense qu'on s'y perd un peu tous, même quand on pratique cela au quotidien on s'y perd un peu, donc on imagine ce que cela peut être pour les citoyens.

En isolant les mesures, on peut s'imaginer que finalement ce n'est pas si grave que cela alors qu'on est en train d'instaurer des principes qui étaient déjà dans la loi de 2004 et qui sont des principes qui sont justement contraires de manière absolue, contraires au principe de la solidarité nationale telle qu'elle avait été conçue lors de la création de la Sécurité Sociale où chacun cotisait en fonction de ses moyens et recevait en fonction de ses besoins.

Aujourd'hui on est bien dans l'assurance des individus par leur propre responsabilité et je retiens et souligne ce qu'avait dit Nicolas Sarkozy dans son discours au Sénat à la rentrée dernière où il déclarait qu'il fallait maintenant s'interroger sur ce qui devait rester de la responsabilité nationale, et donc redistribuer une part de ce qui relevait de la solidarité nationale vers ce qui doit être de la responsabilité individuelle !

C'est très important de se rappeler ces quelques phrases qui nous donnent des marqueurs parce que sinon on est noyé dans le discours "il y a un trou de la sécu, il faut le résoudre"... Il faut bien se rappeler ce que sont ces marqueurs, les expressions de Denis Kessler ou Nicolas Sarkozy,

---

<sup>1</sup> "Les annonces successives des différentes réformes par le gouvernement peuvent donner une impression de patchwork, tant elles paraissent variées, d'importance inégale, et de portées diverses : statut de la fonction publique, régimes spéciaux de retraite, refonte de la Sécurité sociale, paritarisme... A y regarder de plus près, on constate qu'il y a une profonde unité à ce programme ambitieux. La liste des réformes ? C'est simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception. Elle est là. **Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance !**

(...) Ce compromis (...) se traduit par la création des caisses de Sécurité sociale, le statut de la fonction publique, l'importance du secteur public productif et la consécration des grandes entreprises françaises qui viennent d'être nationalisées, le conventionnement du marché du travail, la représentativité syndicale, les régimes complémentaires de retraite, etc. "

extrait de l'article de Denis Kessler, longtemps n° 2 du MEDEF et à la tête du patronat des assurances privées, dans *Challenges* du 4/10/07 titré sans ambiguïté : « Adieu 1945, raccrochons notre pays au monde ! Le modèle social français est le pur produit du Conseil national de la Résistance. Un compromis entre gaullistes et communistes. Il est grand temps de le réformer, et le gouvernement s'y emploie. » **Intégralité du texte accessible en ligne sur le site du magazine *Challenges* :**

[www.challenges.fr/opinions/1191448800.CHAP1020712/adieu\\_1945\\_raccrochons\\_notre\\_pays\\_au\\_monde\\_.html](http://www.challenges.fr/opinions/1191448800.CHAP1020712/adieu_1945_raccrochons_notre_pays_au_monde_.html)

avec une certaine filiation de pensée entre eux, pour voir qu'il y a un objectif s'appuyant sur un constat tout à fait contestable : celui que la solidarité nationale n'a plus d'avenir et que c'est quelque chose qui ne peut plus marcher... pour aller vers un projet -qui a d'ailleurs été largement éprouvé dans d'autres pays- selon lequel les individus sont leurs propres recours. Ils doivent donc s'en sortir par eux-mêmes. Je crois d'ailleurs que ce qui est le plus abject dans ce qui sous-tend les franchises c'est la responsabilité des malades dans leur propre sort, donc le fait qu'ils doivent financer leur propre maladie et le fait que finalement quand on est malade, c'est peut-être quelque part un choix, parce que si on va chez le médecin c'est un choix et donc on doit être responsabilisé quand on fait ce choix-là.

Je crois que c'est nécessaire de mettre en débat tout cela, un débat citoyen où on pourrait peut-être avoir d'autres façons de poser les choses. Aujourd'hui, c'est important que ce débat soit partagé, parce que chacun peut apporter des exemples sur des situations qu'il a vécues. Par exemple en allant à un rendez-vous de chirurgien ce qui est demandé pour être bien soigné... - chacun peut témoigner de ce point de vue-là mais on a des lettres significatives d'étudiants. Vous imaginez un étudiant qui démarre dans le système de santé, qui essaye de s'y repérer, à qui on dit : "eh bien écoutez pour votre opération du genou, on vous la fait dans une semaine mais cela coûtera tant et de votre poche, ou sinon il faudra peut-être attendre six mois et vous serez recousu par des stagiaires...". C'est un peu embêtant mais cela a été dit comme cela.

Il y a celui qui se retrouve sur le fauteuil du dentiste et à qui on annonce une fois qu'on lui a refait toutes ses dents combien cela va lui coûter, celui qui va chez un médecin et qui découvre lorsqu'il est en train de se faire ausculter le prix faramineux de la consultation qui dure parfois que cinq ou dix minutes parce qu'on ne prend même pas le temps de faire autre chose que de lui demander s'il a mal à la gorge et prendre de son pouls... Ce sont des situations qui arrivent et qui sont largement partagées et pour autant vis à vis de cela on ne fait rien

Ce que j'ai trouvé frappant dans le débat sur le PLFSS, et même d'un point de vue général sur la santé, c'est qu'à aucun moment ces questions-là n'ont été posées. A aucun moment on ne dit c'est pas normal, parce qu'on est souvent désarmé face à ce système de santé et on se dit que le médecin a forcément raison... car on a un peu magnifié dans notre société celui qui savait, le médecin. On ne se dit pas plus ce n'est pas normal qu'aujourd'hui l'hôpital public n'ait plus les moyens plus les moyens face aux cliniques qui auront demain, si on ne fait rien, tous les IRM, tous les outils modernes du progrès de la médecine... Si on ne se dit pas à un moment c'est pas normal, on continuera petit à petit à laisser se dégrader notre solidarité nationale et notre système de santé et demain on se rendra compte qu'il sera trop tard et que l'on est tombé dans un système qui est celui qui a été éprouvé ailleurs notamment aux Etats Unis.

Je ne sais pas si vous avez vu le film Sicko de Michael Moore, autour duquel la LMDE a d'ailleurs organisé quelques débats dans les Universités. Ce film est intéressant, et en même temps très caricatural surtout sur notre système de santé et sur la France en général et sur l'Europe. Donc il faut le prendre vraiment avec des distances, mais il est très intéressant, parce qu'il démontre un peu que les débats que l'on a aujourd'hui, ce sont des débats qui ont été tranchés il y a 30 ans aux Etats Unis. Je me rappelle bien d'une série de phrases que disait Nixon lorsqu'il était Président des Etats Unis (avant de mal terminer son mandat) : voilà le choix que nous devons faire pour notre pays, c'est pas un espèce de truc qui ressemblerait à ce qui se fait en URSS avec un système socialisé mais c'est la responsabilité par les individus et ce sont les Assurances qui vont porter une médecine pour tous et on nous disait la main sur le cœur qu'on allait renforcer cela... Et on voit ce qui s'est passé justement aux Etats Unis où les assureurs ont pris

toute la place : le film est plein de ces cas qui vous soulèvent le cœur. De cette mère de famille qui va dans un hôpital, malheureusement pas celui qui est conventionné avec son assurance, donc qui doit aller dans celui qui est à l'autre bout de la ville sauf que quand elle arrive à l'autre bout de la ville sa fille est morte parce qu'elle était très malade... De cette personne à qui on a refusé des soins pour un cancer et qui va donc mourir parce que le médecin de son assurance qui a fait le choix de ne pas rembourser. Je ne vous dis pas cela pour entrer dans le pathos, qui est tout de même largement répandu dans ce film, mais pour vous donner un petit aperçu de ce que sont devenus là-bas les acteurs privés à qui on a donné tout le champ et ce qui peut arriver en faisant ce choix en France.

Je ne pense pas qu'il faille pour autant se dire qu'il n'y a pas d'autres solutions que celle-là. La mutualité a une responsabilité forte, d'abord en tant qu'organisation démocratique (à la LMDE, cette année il y aura des élections pour tous les adhérents, à la MGEN c'est pareil, ce n'est pas forcément le cas d'autres mais au moins pour toutes celles qui sont autour de la table je crois qu'on a fait largement cette preuve-là), pour créer le débat démocratique. On a aussi la responsabilité de montrer qu'il y a d'autres systèmes possibles avec d'autres façons de financer. Forcément on ne peut pas financer un système de protection sociale comme on le faisait en 1945 à l'époque où le travail avait un autre poids dans l'économie, alors qu'aujourd'hui il est réduit au profit du capital ce qui peut être d'ailleurs en soi regrettable. Il faut expliquer que l'organisation même du système de santé doit être repensée complètement, qu'on ne peut pas continuer cette course folle à l'inflation des prix, à l'inflation complètement incontrôlée des dépassements d'honoraires qui s'envolent, au fait que les laboratoires investissent trois milliards d'euros, c'est l'IGAS qui l'a dit, en visiteurs médicaux, au fait qu'on dérégule complètement l'offre de soins y compris l'offre de soins hospitalière qui aujourd'hui est en concurrence complètement déloyale avec les cliniques, quand l'Etat, d'ailleurs, n'y participe pas lui-même.

On doit dire aussi qu'il y a un moyen de résorber ce "trou", dont on dit qu'il est toujours "indépassable", et que les lois de 2004 devaient le résoudre...

On doit aussi créer de nouvelles solidarités, là où elles n'existent plus.

C'est une tâche difficile parce qu'en même temps on ne peut pas être là où la Sécurité Sociale n'est pas, on ne peut pas être partout. On ne peut pas non plus assumer les nouvelles franchises créées par l'Etat. De fait, si les mutuelles les prenaient, outre ce que cela leur coûterait en taxes (hors du "parcours de soins" et "contrat responsable") et c'est de toute façon impossible, mais ce seraient les mutualistes qui paieraient, car même avec la solidarité mutualiste, les mutuelles ont comme seule ressource les cotisations des mutualistes, qu'on est obligé de faire varier en fonction de ce que l'on couvre.

On doit tout de même essayer de mettre un peu d'ordre dans ce désordre libéral de l'offre de soins et créer ce parcours de santé mutualiste, cette priorité de santé mutualiste sur laquelle je pense que Fabrice reviendra mieux que moi, mais en le faisant bien avec des bornes, qui sont celles essayer d'orienter le patient dans ce parcours complètement anarchique de soins, essayer de faire en sorte qu'il y ait des critères qualitatifs qui soient posés pour qu'il y ait un vrai accès à des soins de qualité pour tous, et que les patients ne soient pas démunis face aux médecins.

Pour autant on doit aussi savoir où s'arrêter et ne pas devenir des HMO (Health Maintenance Organisation) à l'américaine où demain on nous demanderait d'organiser tout nous-mêmes et de choisir si oui ou non le patient a droit à tel ou tel soin selon sa pathologie parce que là, on franchirait quelque chose de gravissime. On sait derrière ce qui se passe, c'est une inflation du

coût des soins parce que plus vous prenez en charge les dépassements d'honoraires plus les médecins auront intérêt à accroître ces dépassements là. Ce que je dis là, ce n'est pas du tout contre les médecins parce que j'ai bien conscience que l'on ne reformera pas le système de santé contre les médecins mais bien avec eux, mais que pour autant ce n'est pas normal qu'un certain nombre soient vertueux de ce point de vue-là alors qu'il y en a d'autres qui se payent le luxe de s'augmenter eux-mêmes. Si des professeurs avait fait cela, je pense qu'on aurait hurlé au scandale. Je n'en ai pas entendu beaucoup qui le disaient pour tous ces médecins qui se font du fric sur la maladie parce que c'est le cas, alors qu'il y en a d'autres qui sont vertueux et qui essayent de faire un peu de prévention, de faire de la médecine autrement et ce serait eux qu'il faudrait privilégier.

Juste un dernier point pour finir, il faut aussi qu'on soit attentif au fait qu'il y a des gens, y compris au gouvernement aujourd'hui, qui ont de très bonnes intentions, notamment je pense à ce sympathique Martin Hirsch qui se dit que pour les franchises, "on ne peut pas faire autre chose donc mettons en place un bouclier sanitaire". Je voudrais vraiment attirer l'attention sur ce type de mesure-là dont j'ai eu l'occasion d'en discuter avec son ministère. On voit bien les idées qui sont derrière c'est à dire "essayons de limiter la casse", essayons de faire en sorte que, au moins, les plus pauvres ne soient pas touchés. Eh bien ça c'est un raisonnement qui a été éprouvé aux Etats Unis, c'est le "Medicare". Cela consiste à mettre une assurance pour les pauvres : on se donne l'impression qu'on a résolu les problèmes et on casse complètement le principe de la solidarité nationale qui est une solidarité universelle, une solidarité collective et qui, comme le Service Public, ne doit pas faire de différence stigmatisante entre les individus. Donc, voilà le projet que l'on porte, je crois, c'est un projet universel. Pierre Laroque en 1945, quand il a mis en place la Sécurité Sociale avec derrière lui toute l'Assemblée Nationale, il l'a fait dans un contexte qui était franchement beaucoup plus difficile que le contexte actuel. Pour autant, on a l'impression que l'ambition de cette époque-là était bien plus forte et je crois que notre génération, si on n'y prend pas garde, ne connaîtra rien d'autre qu'un système à l'américaine ! Eh bien, je crois que notre génération a droit à un peu d'ambition collective dans une société qui, très franchement, a les moyens de créer la solidarité et d'ailleurs la solidarité ne coûte pas forcément plus cher qu'un système complètement dérégulé.



---

## Exposé de Jean-Pierre DUBOIS

---

Bonsoir,

J'ai en effet au moins trois raisons d'intervenir ici ce soir.

Je suis professeur de droit public dans cette maison et je participe à un Institut de recherche qui travaille beaucoup sur la citoyenneté et sur les droits. Je suis aussi mutualiste de la MGEN, du 92, et je suis même un mutualiste MGEN de la troisième génération ! C'est important de le rappeler. Donc je suis heureux que ce soit mon président de section départementale qui m'ait invité à ce débat.

Et puis, effectivement, je vais parler au nom de la Ligue des droits de l'Homme, et comme Philippe vient de le rappeler, nous avons un partenariat, auquel nous tenons beaucoup, avec La Mutuelle Des Etudiants et d'ailleurs aussi avec l'Union Nationale des Etudiants de France, qui vise à organiser une série de débats publics destinés aux étudiants sur les questions de droits, de solidarité, et de citoyenneté.

Nous avons un partenariat avec La Mutuelle Des Etudiants, et avec d'autres mutuelles aussi, parce que la Ligue des droits de l'Homme qui est une association un peu ancienne, elle date de l'affaire Dreyfus, a été fondée notamment par des mutualistes et par des coopérateurs, dont certains très illustres comme Charles Gide, et nous avons donc des liens historiques avec l'économie sociale et solidaire.

Je voudrais insister sur la question des solidarités, parce que la Ligue s'intéresse depuis très longtemps aux droits sociaux. Elle a commencé en 1903, et les droits de l'Homme pour nous, ce n'est pas seulement les libertés c'est aussi les droits sociaux.

Nous avons une approche généraliste parce que la Ligue a toujours considéré, depuis plus d'un siècle, qu'**on ne peut pas garantir les droits sans citoyenneté**, et qu'**il ne peut pas y avoir de citoyenneté politique sans citoyenneté sociale**. Donc les questions de solidarité, pour nous, sont absolument essentielles.

Quelques mots d'abord sur **l'état des lieux** : c'est pour nous une vraie préoccupation, nous sommes confrontés à des mutations très profondes de notre société, qui bouleversent nos repères traditionnels. Il y a certes une politique, dont on vient de voir –et j'y reviendrai– les effets dangereux. Mais au-delà de cette politique conjoncturelle, il y a des transformations profondes des sociétés, pas seulement en France mais dans toute l'Europe et dans les pays riches en général, qui nous obligent à penser des alternatives à une certaine forme d'individualisme néo-libéral, et même quelquefois de néo-populisme.

Sans trop insister sur les mutations, il faut rappeler que les conditions réelles de vie et de travail ont profondément changé dans nos sociétés. Contrairement à ce qui se dit souvent, il y a à peu près autant d'ouvriers en France aujourd'hui qu'il y a 20 ans, mais il y a trois fois plus d'ouvriers des services que d'ouvriers d'industrie, ce qui a des conséquences considérables. Quand on conduit une camionnette de chez Darty ou d'un autre distributeur, on n'est pas dans un grand collectif de travail comme c'était le cas à Billancourt ou dans d'autres usines. Je dis cela juste pour qu'on se rappelle que les bases du compromis social dont nous parlions tout à l'heure, pas seulement les bases politiques mais les bases sociales, celles du compromis fordiste-keynésien, ces bases ont été profondément remises en cause. Il y a un émiettement des statuts du salariat lié à l'évolution des formes du travail, en gros au passage de la société industrielle à des sociétés où les services sont bien plus forts.

Il faut souligner aussi un fait dont on ne parle pas beaucoup : en 15 ans la taille moyenne des entreprises françaises a diminué d'un tiers. C'est considérable comme évolution ! Cela veut dire que les collectifs de travail ont massivement diminué, indépendamment même du passage aux services. Ce sont les bases de solidarité qui diminuent et qui rendent les choses plus difficiles. Il faut garder cela aussi présent à l'esprit.

Il y a donc une sorte d'hétérogénéité des statuts qui est liée non seulement aux catégories socioprofessionnelles habituelles mais aussi à toute une série d'évolutions qui font qu'on est plus ou moins touché par la précarité.

Bien sûr il y a le public et le privé mais bien d'autres choses jouent. L'émiettement des formes de contrats de travail joue un rôle fondamental : aujourd'hui quel est le pourcentage des embauches qui se fait sous forme de CDI, par rapport à ce qu'il était il y a 20 ans ? Tout cela pèse et a des conséquences sur notre sujet.

J'irai même plus loin : je crois qu'il n'y a plus une seule famille en France, à de rares exceptions près, où on ne se pose pas des problèmes de précarité en termes d'horizon ! Lorsque les sondages posent la question classique, qui est posée depuis 40 ans aux ménages, « est-ce que vous pensez que cela ira mieux pour vos enfants ? » massivement la réponse est maintenant négative, y compris dans des familles de cadres supérieurs, y compris chez des gens qui se sentaient naguère très à l'abri des formes de précarisation.

La crainte du déclassement pour les générations qui viennent, de difficultés plus grandes pour ces générations, est une question extrêmement importante. Il y a un sentiment de fragilisation et de régression à la fois matérielle et symbolique... et ce n'est pas un hasard si, lorsqu'il y a eu les tentatives du CIP en 94 et du CPE en 2006, il y a eu une réaction aussi massive et victorieuse, car on touche là un point extrêmement sensible dans beaucoup de milieux sociaux, la crainte pour l'avenir des jeunes.

Une première chose qu'il faut ainsi garder en mémoire, c'est **la fragilisation des bases de solidarité**.

Il faut y ajouter toute une série d'écarts, auxquels la Ligue des droits de l'Homme est très sensible, qui menacent aussi la question des solidarités et expliquent les politiques évoquées tout à l'heure.

Il y a des **écarts territoriaux**, avec des régions plus ou moins exposées à la précarisation, aux délocalisations, et donc les problématiques ne sont pas partout les mêmes. On le voit très bien d'ailleurs dans nos organisations, selon les conditions auxquelles font face les militants.

Il y a des écarts entre zones urbaines, tout le monde le sait. Ce que l'on appelle à tort les banlieues, disons les quartiers populaires, sont un très bon exemple de la manière dont les inégalités sociales sont aujourd'hui territorialisées. On peut aussi le dire des zones rurales, et de toute une série d'endroits. On a vraiment maintenant des ruptures d'égalité territoriale extrêmement fortes. De ce point de vue je suis très frappé de voir à quel point il y a un discours de solidarité qui est démenti par les pratiques. On parle énormément de mixité sociale dans ce pays. Contrairement à ce que l'on dit souvent les Français sont ceux qui déménagent le plus en Europe, c'est le peuple le plus mobile d'Europe. Seulement 2/3 des déménagements sont liés à des considérations du type de "l'entre soi", c'est à dire éviter les mauvaises écoles pour les enfants et se regrouper avec les gens dont on se sent proches socialement.

Il ne s'agit pas de jeter la pierre aux gens mais de constater qu'on individualise les choix en la matière et donc que la solidarité sociale diminue. Je crois que cette question de la mixité sociale est très sensible.

Il y a aussi **des écarts générationnels**. Nous avons fait en France le choix implicite de faire porter le poids essentiel du chômage et de la précarité, d'une part sur les jeunes, d'autre part sur ce qu'on appelle les seniors. Il suffit de voir les taux d'activité aux 2 extrêmes ! Cela veut donc dire qu'il y a des ruptures générationnelles extrêmement fortes. Ce n'est pas ici le lieu de développer longuement mais il faut constater l'état sanitaire des étudiants aujourd'hui ! Comment fait-on pour soigner ses dents, ses yeux... et encore la jeunesse étudiante n'est pas la plus exposée aux difficultés sociales !



Mais il faut bien savoir que les jeunes pauvres feront des vieux pauvres, parce qu'il y a des inégalités qu'on ne rattrape pas quand on est tôt et massivement confronté à la précarité !

Donc c'est aussi la question de la cohésion de la société dans 20 ans qui est en cause derrière un certain nombre de politiques.

Il y a aussi **les discriminations sexuelles** car c'est aussi sur les femmes qu'on a fait porter le temps partiel subi et toute une série de précarités.

Tout cela donne un sentiment de remise en cause, de déconstruction comme on dit parfois pour faire chic, des avantages, des repères traditionnels, des sécurités acquises... et donc une perte de sécurités avec en conséquence une demande sécuritaire et autoritaire. Il ne faut pas se tromper, **l'insécurité sociale produit des demandes sécuritaires** qui ne sont évidemment pas la réponse la plus adaptée, mais souvent c'est la base du néo-populisme.

Quelles conclusions en tirer en quelques minutes sur le plan politique, au vrai sens du mot, pas au sens partisan mais au sens civique du mot ? Je crois que nous sommes confrontés, à travers les politiques qui ont été rappelées tout à l'heure, à une logique de déconstruction du système social, on pourrait dire de "refondation sociale" –Monsieur Kessler (\*) aimait bien dire cela il y a quelques années-, refondation sociale inspirée de ce qu'on connaît bien de l'autre côté de l'Atlantique, de ce qu'on appelle la révolution néo conservatrice, c'est à dire "l'Etat ce n'est pas bon", "l'ordre public social ce n'est pas bon" ! Le programme du Conseil National de la Résistance (\*), c'est une des illustrations de ce que les théoriciens néo-libéraux, comme Von Hayek, veulent détruire.

Qu'est que cela veut dire concrètement ?

Cela veut dire qu'on va individualiser ! Responsabiliser et individualiser : "il faut être prévoyant, se lever tôt, il faut épargner", on peut trouver des traces anciennes de ce discours paternaliste, dès le XIX<sup>e</sup> siècle ! C'est ce qui revient aujourd'hui.

Donc les chômeurs, RMistes, les jeunes en général... sont responsables de leur sort et de leur avenir. Il y aura des bons et des mauvais, et une sorte de jugement dernier qui va être mis en œuvre... qui sera plutôt celui du marché que celui du Chapitre du Latran !...

Dans cette espèce de tourbillon, auquel nous sommes tous confrontés, avec des annonces chaque semaine de trains de réformes, de Grenelle dans tous le sens, de négociations qui donnent le tournis, les organisations syndicales, les partenaires sociaux sont confrontés à 5 négociations par semaine... Ce n'est pas tout à fait par hasard. On épuise tout le monde de cette façon, et derrière cela il y a des choses qui disparaissent sans qu'on le dise :

- d'abord il y a **le citoyen**, qui n'est pas seulement un individu qui doit "travailler plus pour gagner plus" individuellement, qui n'est pas seulement un individu qui se bat contre les autres dans la compétition, mais qui normalement a aussi une demande de solidarité et de lien social ;
- et puis il y a justement **les solidarités qui disparaissent**.

**Quel lien social aujourd'hui** ? Est-ce que nous nous résignons à une formule qui me paraît inspirer les politiques actuelles, qui est celle de Madame Thatcher, laquelle disait très régulièrement, parce qu'elle était

aussi franche que Denis Kessler (\*), "There is nothing such as a society" c'est à dire "il n'y a rien qui ressemble à ce qu'on appelle la société, la société ça n'existe pas, il n'y a que des individus sur le marché".

Est-ce vraiment ce que nous voulons ? Il faut poser cette question car elle est vraiment à l'ordre du jour !

Madame Thatcher disait aussi "TINA" = "There is no alternative", il n'y a pas de politique alternative !

Je crois que nous sommes là pour cela, ensemble, pour penser chacun à notre place (car nous ne sommes pas des partis politiques, mais en tant qu'acteurs sociaux, syndicats, associations, mutuelles) des alternatives à construire face à cette espèce de fragmentation sociale.

Le néo populisme, qui est au pouvoir aujourd'hui, joue sur la fragmentation sociale, sur tout ce que j'ai rappelé au début, pour apporter des réponses individualisantes. En gros, d'un côté Denis Kessler, de l'autre Martin Hirsch ; d'un côté la prévoyance "enrichissez-vous, soyez prévoyant", de l'autre la voiture balai pour les plus pauvres, le "medicaid", l'assistance... c'est la traduction littérale de ce qui existe aux Etats-Unis.

Cela conduit à individualiser, à stigmatiser certains, à discriminer d'autres, à dénoncer les "classes dangereuses" avec bien sûr une langue le plus souvent « politiquement correcte ».

On ne dit pas licenciement mais "plan social", on ne dit pas expulsion mais "intégration", donc on ne dit pas recul des solidarités mais "franchises" ! Dans l'éducation que j'ai reçue, la franchise c'était quelque chose de très beau. Il est tout de même assez curieux que ce mot veuille dire maintenant « faire payer les pauvres » ! Dans quel monde "orwellien" sommes-nous arrivés pour qu'on s'habitue sans même y faire attention à ce que chaque mot veuille dire le contraire de ce qu'il exprime ? Si un "Martien" débarquait chez nous et entendait "plan social" il serait ravi et comprendrait qu'on va développer la solidarité sociale... alors que ça veut dire "à la porte" ! Et de la même manière la franchise, ça conduit à faire payer ceux qui sont déjà "dans la mouise" !! C'est quand même bizarre. Le Président de la République cite souvent Gramsci -je ne suis pas certain qu'il l'ait beaucoup lu- mais il y a là, pour le coup, une "hégémonie culturelle" plutôt étrange...

Je pense que face à cette réponse individualisante, et populiste au vrai sens du mot, il faut que nous arrivions à penser, à construire des solidarités viables... qui ne seront pas assises sur les mêmes bases qu'au temps du fordisme. Nous ne reviendrons ni aux années dites glorieuses ni au "New Deal". Nos sociétés ont changé, il faut construire dans ce nouveau contexte, mondial, ouvert, des solidarités viables...

Je donnais l'exemple des déménagements tout à l'heure. Quand des familles changent de domicile pour que leurs enfants soient dans des écoles où leurs enfants réussissent mieux, on peut leur dire "ce n'est pas beau, vous n'êtes pas solidaires...", mais c'est un piège pour nous parce que ça veut dire qu'on contribue à individualiser, à "responsabiliser" et à stigmatiser ! C'est normal que des parents cherchent ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants. Ce qui n'est pas normal, c'est que la société laisse chaque individu en compétition dans une espèce de jungle : « ou c'est mon gosse ou on prend celui du voisin »... Ce ne sont pas les familles qui sont directement responsables, c'est d'abord un système qui casse les solidarités. De manière plus générale, pas seulement sur l'école mais sur l'ensemble des champs sociaux, il faut qu'on arrive à ne pas laisser la solidarité dépendre d'une sorte de sainteté laïque où il faudrait sacrifier nos propres enfants sur l'autel de l'égalité et du lien social. Ça, ce n'est pas possible !

Il y a, je crois, un travail à faire sur des bases objectives, face aux discriminations territoriales, générationnelles, sexuelles, etc., dont j'ai parlé. Il y a des outils de politiques publiques et de politiques sociales à reconstruire.

En "langage LDH", cela veut dire obtenir de nouvelles garanties d'effectivité des droits, de tous les droits ! Nous détestons l'expression des "droits opposables", qui est d'un cynisme absolu puisqu'elle *admet a* contrario qu'il y a des droits non opposables, des droits "pour rire"... Nous, nous prenons au sérieux tous les droits et nous voulons des conditions d'effectivité des droits. C'est vrai pour la Sécurité Sociale professionnelle, pour le droit du travail, et pour beaucoup d'autres sujets. Et de nouvelles garanties d'effectivité des droits, cela veut dire aussi de nouvelles formes d'interdépendance sociale adaptées au contexte d'aujourd'hui. Nous pensons que l'économie sociale et solidaire en montre le chemin et c'est pour cela que nous développons nos partenariats avec les mutuelles.

Le grand défi de cette période, si on veut penser un autre avenir et sortir des logiques destructrices, c'est de conjuguer l'individuation, qui est un fait, et les solidarités organiques comme on disait du temps d'Emile Durkheim. Il faut, en même temps, accepter l'autonomie individuelle comme quelque chose qui est beaucoup plus important aujourd'hui, et développer les solidarités fondées sur des conditions réelles de vie partagées, et je termine en rappelant que, pour nous,

**il n'y a pas de garantie des droits sans citoyenneté, il n'y a pas de citoyenneté politique sans citoyenneté sociale et il n'y a pas de citoyenneté sociale sans égalité des droits et sans solidarité vécue.**

### **En réponse à plusieurs questions sur les "droits opposables", l'effectivité des droits...**

D'abord, pour la Ligue des droits de l'Homme tous les droits sont « opposables ». Qu'est-ce que ça veut dire des droits « opposables » ? Cela veut dire des droits qu'on peut opposer, qui sont réels et qui ne sont pas seulement des proclamations sur le fronton des mairies. Nous voulons que les droits soient effectifs.

"Opposables", c'est un mot qui vient du monde anglo-saxon, où on dit aussi souvent des droits "justiciables" ce qui veut dire des droits dont on peut aller demander la garantie à un juge. Il faut faire attention à ces formulations car c'est ainsi qu'a été appauvrie la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, en disant que les droits sociaux n'étaient pas justiciables : les Anglais n'ont pas arrêté de contester le droit au logement comme ne pouvant relever d'un juge...

Nous pensons que tous les droits ne sont effectivement pas justiciables. Ainsi le droit au développement durable et à l'environnement ne se réduit pas à ce qui peut être demandé à un juge –même s'il y a un certain nombre de choses qu'on peut lui demander-, de même pour le droit à l'éducation on ne va pas demander à un juge que les enfants bénéficient d'une éducation de qualité, ou en tout cas c'est très marginal. Il y a ce qu'on appelle aussi dans le monde anglo-saxon des droits programmatiques, c'est à dire des droits qui supposent des programmes d'action, des interventions fortes des pouvoirs publics, donc des débats politiques entre les citoyens, et aussi des interventions des partenaires sociaux.

L'important est de rester sur cette idée que les droits doivent être effectifs. Vous me pardonnerez peut-être de citer Friedrich Engels : "la preuve de l'existence du pudding c'est qu'on le mange". Et de la même manière qu'un

pudding qu'on ne mange pas n'existe pas, on peut dire que des droits qui restent un discours ne nous intéressent pas. On nous traite quelquefois "d'angélistes, droits-de-l'homnistes" : c'est le contraire, nous sommes vraiment des réalistes, nous voulons voir les droits effectifs sur le terrain. C'est vrai pour le logement, pour la santé, pour l'éducation, pour la protection sociale... c'est même vrai pour le travail. On dit quelquefois que le droit au travail n'est qu'une proclamation générale. Ce n'est pas vrai. Le thème de la sécurité sociale professionnelle et d'autres thèmes de ce genre, montrent qu'on peut faire autre chose que d'indemniser le chômage, simplement cela relève de choix politiques. L'effectivité des droits, l'opposabilité des droits ce n'est pas une affaire pour magistrats et avocats, c'est pour ça que je n'aime pas le vocabulaire "droits opposables" car il nous renvoie à aller chercher devant un tribunal un logement HLM, alors que la question du logement social, comme toutes les questions dont nous parlons aujourd'hui, devra trouver des solutions politiques c'est à dire des solutions dans le débat entre les citoyens, et dans des propositions de politiques publiques. On ne les réglera pas dans la réalité, on n'assurera pas l'effectivité des droits en renonçant à proposer des politiques alternatives à ce que nous subissons aujourd'hui.

---

## Exposé de Pierre VOLOVITCH



---

En préalable, en réponse à deux questions posées, quelques mots d'abord sur la situation de l'hôpital qui correspond à une partie du problème auquel on est confronté :

- La sécurité sociale de 1945, c'est un système de financement des dépenses de santé dans lequel aucune compétence n'est reconnue à la Sécurité sociale en matière d'organisation du système de santé ;

Or, nous sommes dans un pays où, à côté de l'hôpital public, existent des établissements privés, et très peu d'organisations nationales ont dans leur programme la suppression de l'hospitalisation privée. Je voudrais rappeler que les 3 plus grandes organisations syndicales françaises FO, la CFDT, et la CGT, n'ont pour aucune d'entre elles, la suppression de l'hospitalisation privée dans leur programme; on est dans une situation très ambiguë où on a des discours sur la concurrence entre établissements et, en même temps, on demande aux directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation de répartir la clientèle entre les différents établissements ! L'idée de faire la concurrence entre hôpitaux n'a d'une certaine façon aucun sens ! Juste deux mots en prenant mon habit d'économiste : la concurrence suppose qu'un certain nombre d'offreurs sur le marché disparaissent parce qu'ils sont moins bons que les autres. Il n'y a pas de concurrence s'il n'y a pas d'excès d'offre, il faut au moins un petit excès d'offre.

Dire "on va mettre plusieurs garages sur le marché et certains disparaîtront", cela pose déjà des problèmes car pour le garage qui disparaîtra il avait fallu investir, etc... alors vous voyez bien que s'il faut appliquer ce type de règles à l'hôpital en disant il faut laisser jouer la concurrence et les hôpitaux qui ne sont pas bons disparaîtront... vu ce que coûte la mise en place d'un hôpital, c'est une absurdité !

- Le deuxième élément du questionnement : le problème des dépassements extrêmement importants dans les cliniques privées n'est pas uniquement le problème des cliniques privées, car on a ce genre de dépassement en ville et c'est le problème de la Sécurité sociale, d'un pays dans lequel la collectivité a dit, même si elle le dit moins, qu'elle allait socialiser les dépenses de santé et que cette même collectivité est strictement incapable de dire quoi que ce soit sur les revenus des professionnels de santé. J'ai travaillé au service statistiques du Ministère des Affaires Sociales et on peut chercher en vain dans ce Ministère le bureau où la personne qui a quelque chose à dire sur le revenu des professionnels de santé ! Vous êtes dans un pays où, si vous voulez coincer n'importe quel politique ou ministre qui prétend avoir des compétences dans le domaine de la santé,

posez lui la question : " quel est l'écart entre un revenu de médecin et d'infirmière qui vous paraîtrait souhaitable ? " Ils n'ont strictement aucune réponse à cette question ! Nous sommes donc dans un pays qui finance les revenus des professionnels de santé en n'ayant aucun objectif quant au niveau de ces revenus.

L'autre question posée importante, sur laquelle je veux également m'exprimer rapidement en préalable à mon exposé, porte sur "l'Aide Médicale d'Etat". Tout le monde ne sait pas exactement ce qu'est l'Aide Médicale d'Etat : quand on a mis en place la CMU, "Couverture Maladie Universelle", en France, on a dit universelle sauf pour les immigrés en situation irrégulière. Universelle, pas vraiment universelle !! Comme on ne pouvait pas tout de même pas dire qu'il n'y avait rien dans ce domaine, on a créé une forme d'assurance maladie spécifique pour les étrangers en situation irrégulière. Tout le monde voit bien où cela coince ! L'étranger qui veut bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (A.M.E.), il faut qu'il fasse savoir qu'il revendique un droit opposable du fait qu'il est en situation irrégulière ! Tout le monde a bien compris que cela va lui poser des problèmes.

Un autre problème, c'est que la couverture maladie était universelle, y compris pour les étrangers en situation régulière, sauf que pour avoir droit à la CMU quand je suis un étranger, il va falloir que je prouve que je suis en situation régulière, alors que le but de la CMU était d'éviter des non accès aux droits par incapacité à faire valoir ses droits !

A partir du moment où j'ai l'A.M.E. pour les "irréguliers", si je suis "régulier" il va falloir que je le prouve ! Dès lors, on comprend bien que dans une situation où l'objectif des pouvoirs publics est un objectif chiffré d'expulsion d'étrangers en situation irrégulière, un système de prise en charge des dépenses de soins réservé aux immigrés en situation irrégulière ne peut pas fonctionner de manière satisfaisante. Avec des énormes problèmes de santé publique car nous pouvons être aussi individualisés que nous sommes, reste que nous sommes tous des humains, reste les épidémies, et dans un monde où la tuberculose est en train de redevenir un problème de santé publique, dire aux étrangers sans papiers qu'on ne les soignera pas, ou moins bien, est non seulement économiquement, socialement, politiquement tout à fait idiot mais en terme de santé est une absurdité totale et dangereuse.

Venons maintenant aux **dépenses de santé**. Il y aurait plein de choses à dire. Je vais essayer avec quelques images, de vous montrer que, si les décideurs en place utilisaient les quelques savoirs que nous avons sur les dépenses de santé, ils ne mèneraient pas les politiques qui nous sont proposées aujourd'hui, non seulement car ce sont des politiques injustes, socialement régressives, etc. mais aussi parce qu'elles sont totalement inefficaces. Les dépenses de santé, c'est comme tout, la santé où cela commence, où cela s'arrête ?

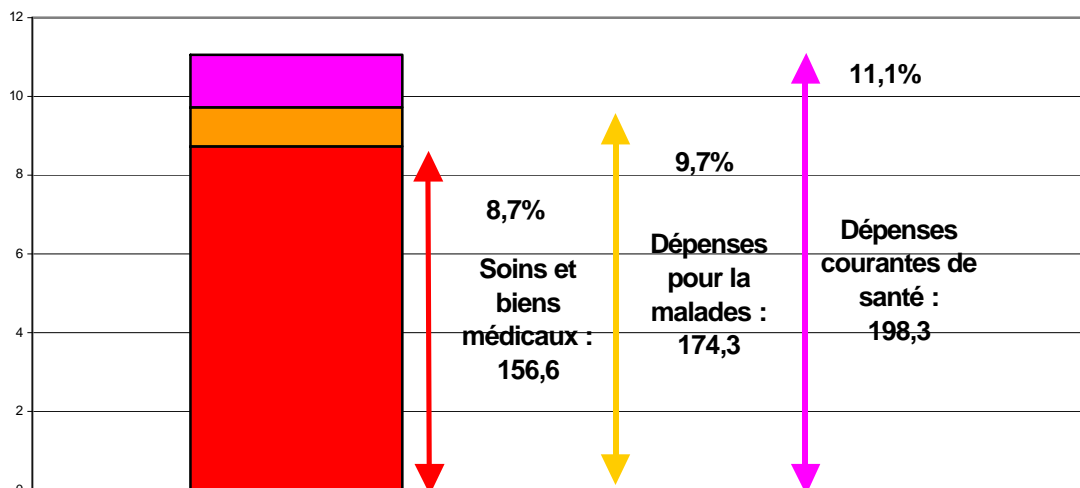
En France quand on parle de dépenses de santé on peut parler des dépenses de soins et de biens médicaux : 156,6 milliards d'euros et 8,7% du PIB (Produit Intérieur Brut).

Si on y ajoute les dépenses liées aux personnes âgées en établissements et les indemnités journalières on a ce qu'on appelle les "dépenses pour les malades" et on monte à 173,3 milliards d'euros et 9,7% du PIB. Et si on ajoute les dépenses de prévention médicale, les dépenses de recherche, de formation et les coûts de gestion des systèmes d'assurance maladie on passe à 198,3 milliards d'euros et 11,1% du PIB.

## DEPENSES DE SOINS ET BIENS MEDICAUX

+ Pers âgées établissement + IJ = DEPENSES POUR LES MALADES

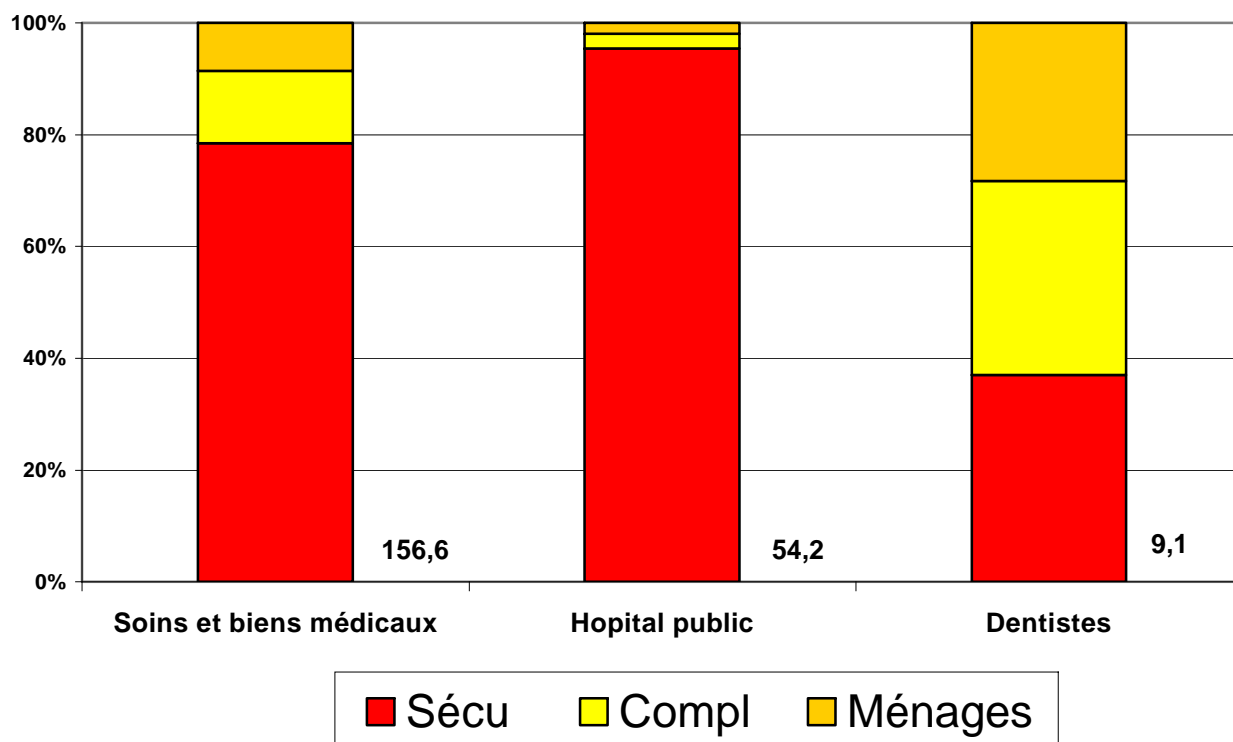
+ prévention + recherche + formation + coûts de gestion = DEPENSES COURANTES DE SANTE



En milliards d'€ et en % du PIB

Le plus simple c'est de se rappeler qu'on évalue les dépenses de santé à un peu plus de 10% du PIB, et qu'on peut constater que l'ensemble des professionnels de santé représente 10% de la population active. Il n'est peut-être pas étonnant que 10% de la population active finisse par absorber 10% de la richesse du pays ; un peu plus car les professionnels de santé sont en moyenne un peu plus qualifiés que le reste de la population.

**Comment est financée cette dépense de santé ?** Je parle ici uniquement de la "dépense de soins et biens médicaux" 156,6 Milliards d'Euros, l'histogramme le plus à gauche ci-dessous : en moyenne un peu plus des trois quarts par la Sécu, un peu plus de 13 % par les complémentaires et le reste, près de 10 %, par les ménages.



Attention à deux artefacts :

> le premier c'est que 10% à charge des ménages c'est une moyenne. Si vous avez une "très bonne" complémentaire c'est moins de 10%, si vous en avez une "très mauvaise" ou pas du tout c'est beaucoup plus qui reste à votre charge, bien sûr !

> deuxièmement les 77% pour la Sécu sont stables mais pourtant on nous fait payer de plus en plus, ça été rappelé dans le premier exposé ! Alors pourquoi c'est stable ?

Parce que dans la population française, en matière d'assurance maladie, il y a les gens pris en charge "à 100%" au titre d'une "Affection de Longue Durée" (ALD) et ceux qui ne le sont pas. Et le nombre de personnes en ALD augmente. Ce qui fait que si le 77% est stable, il est faible par rapport à la réalité des gens qui sont en ALD mais surévalué pour les autres.

Dernier point sur cette structure de financement : c'est une moyenne pour l'ensemble des soins !

J'ai sélectionné deux secteurs (graphique ci-dessus) :

> si je prends l'hôpital public, qui représente 54 milliards de dépenses, la prise en charge par la Sécu n'est pas de 77% mais de 95% et heureusement !

> à l'autre bout si je prends les soins dentaires, la part de la Sécu c'est un petit 30% et vous repérez que les ménages prennent en charge, en moyenne, 30% des dépenses ! Pour les gens qui ont de mauvaises complémentaires, c'est pire ! En fait non car les gens qui ont de mauvaises complémentaires en dentaire ne se soignent pas les dents : nous sommes dans un merveilleux pays où si vous ouvrez la bouche d'un gamin en

classe de 3<sup>e</sup> (il y a des études très précises), vous pouvez à partir de l'état sanitaire de ses dents, déduire de manière très précise la catégorie socioprofessionnelle de ses parents.

Nous venons de voir qu'il y a trois façons de financer les dépenses de santé : la Sécu, les complémentaires et les ménages.

### LES « ASSIETTES » DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE

	REVENUS	ETAT DE SANTE
Régime de base - Sécu		
Complémentaires		
Ménages		

Petit rappels :

> Quand vous êtes couvert par la Sécu, vous payez en fonction de vos revenus et il n'y a aucune prise en compte de votre état de santé.

> Quand vous prenez en charge vos dépenses, les dépenses de santé financées uniquement par les ménages (c'est la ligne du bas du graphique ci-dessus), votre revenu n'entre pas en ligne de compte et vos dépenses sont uniquement liées à votre état de santé.

> Si vous êtes pris en charge par une complémentaire, le problème c'est la diversité des complémentaires (d'où l'importance du "s" dans le graphique) : il y en a un certain nombre où ce que l'on vous demande de payer est majoritairement lié à votre revenu et une partie à votre état de santé. D'autres où la part de vos revenus dans le calcul de votre cotisation est moins important et votre état de santé compte plus, et d'autres encore où c'est surtout l'état de santé.

Monsieur Evin pourrait protester et dire c'est interdit ! Oui ! Aucune assurance complémentaire ne peut vous faire payer sur la base d'un questionnaire médical, mais à partir du moment où une assurance complémentaire vous fait payer sur la base de votre âge, c'est qu'elle déduit de votre âge votre état de santé et les besoins de soins que vous aurez.

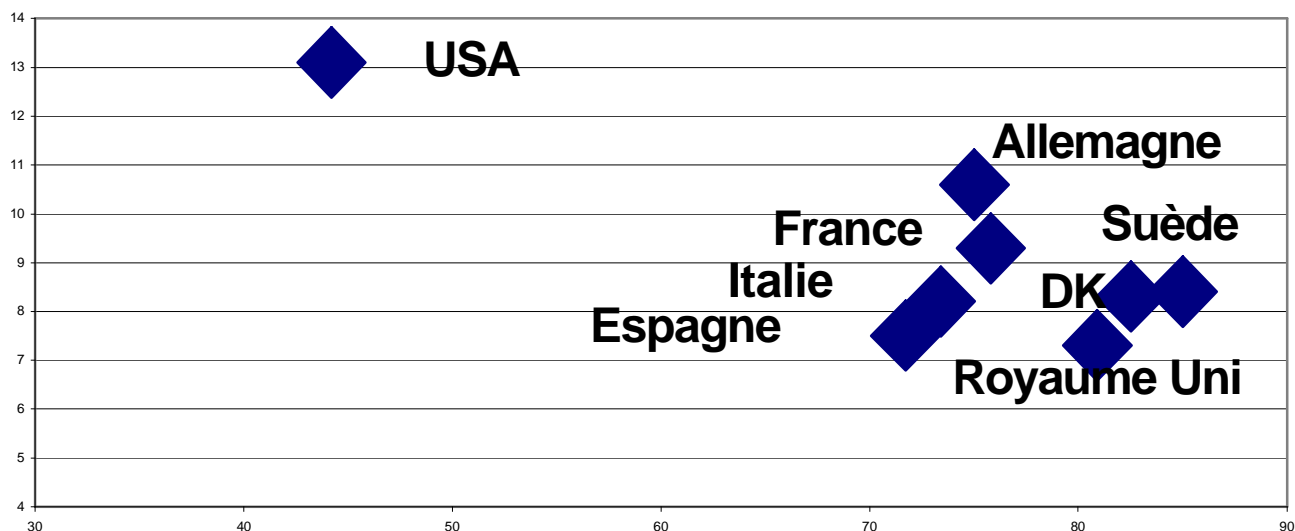
Puisque des gens au-dessus du seuil CMU ne pouvaient pas se soigner, on a mis en place une aide à la complémentaire. On a dit soyons réalistes, on va tenir compte de l'âge des gens, et l'aide à la complémentaire pour les plus de 60 ans, c'est 4 fois plus que pour les moins de 25 ans. Ce qui veut dire que la puissance publique a envoyé aux complémentaires le message que moduler de 1 à 4 une cotisation en fonction de l'âge était en gros une règle sociale admise.

Je dois avouer que j'ai entendu peu de protestations à ce moment là !

Dernier point, les complémentaires sont aujourd'hui en concurrence les unes avec les autres.

Vous pouvez imaginer l'effet de cette concurrence sur la prise en compte ou non de l'état de santé des gens dans le calcul de leur cotisation.

DEPENSES DE SANTE : PART DANS LE PIB // PART DES DEPENSES PUBLIQUES  
DANS LES DEPENSES TOTALES



Ce tableau met en évidence un aspect de l'état des lieux qu'il me semble important de rappeler :

> en abscisse, on a la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé. Plus on va vers la droite du tableau, plus les dépenses publiques sont élevées, plus le pays a socialisé les dépenses de santé et plus le pays est solidaire et inversement.

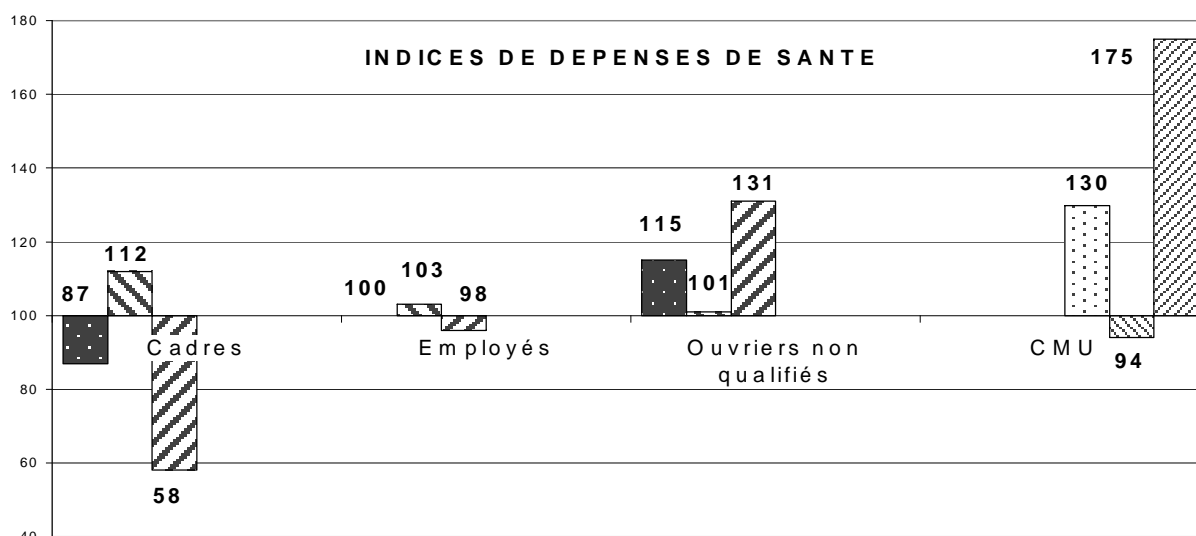
> en ordonnée, on a la part des dépenses publiques dans le PIB, et ce que montre clairement ce tableau, c'est que plus le pays est solidaire et moins les dépenses de santé dans le pays sont importantes.

La meilleure façon de maîtriser les dépenses de santé, si cela doit être l'objectif, c'est d'être solidaire. Moins vous êtes solidaire, moins vous les maîtrisez ! Pour quelles raisons ?

Tout simplement, dans les dépenses de santé, il y a des gens qui ont quelque chose à vendre, des laboratoires, des médecins, des kinés, des cliniques, etc. Si vous ne socialisez pas les dépenses de santé, ces acteurs vont vendre sur un marché relativement libre et ils vendront le plus cher possible.

La seule puissance qui peut tenir les prix, c'est la puissance publique. Il y a des médicaments qui ne sont plus remboursés aujourd'hui et qui sont en vente libre en pharmacie : les prix ont augmenté de plus de 200% depuis qu'ils ne sont plus remboursés !

Autre élément important : **LES PAUVRES SE SOIGNENT PLUS TARD ET MOINS BIEN POUR UN COUT PLUS ELEVE**



Dans chacun des 4 histogrammes de ce tableau, qui est un résumé de données de la DRESS, est représentée en premier la dépense totale, en deuxième la dépense de ville, en troisième la dépense hospitalière (l'indice 100 correspond à la dépense moyenne en France).



Les cadres consomment plus de médecins en ville que la moyenne française (indice 112) et par contre, beaucoup moins que la moyenne française en dépenses hospitalières (indice 58). Quand on est cadre, dès que cela fait un peu mal, on est un peu douillet, on consulte un spécialiste, on fait de la prévention et on va moins à l'hôpital que les autres ! et on vit en moyenne 7 ans de plus qu'un ouvrier non qualifié.

Quand on est un ouvrier non qualifié, on va moins que les cadres en médecine de ville (101 au lieu de 112), on attend que cela fasse vraiment mal avant d'avoir recours au système de soins, et on utilise beaucoup plus l'hôpital. Comme on y arrive plus tard, en moins bonne santé, cela coûte plus cher pour des résultats sanitaires moins bons.

Si on a compris cela, on a compris que mettre en place des franchises qui vont gêner l'accès aux soins des plus pauvres, c'est une totale absurdité ! car on va récupérer de ce fait des gens qui vont attendre plus longtemps pour se soigner et iront se soigner dans des structures plus onéreuses pour des résultats sanitaires moins bons.

Dernière information importante à retenir :

**LES DEPENSES DE SOINS SONT CONCENTREES SUR UN TRES PETIT NOMBRE DE MALADES**

Part de la population (par niveau croissant de dépenses)	50%	25%	5%	5%	5%	5%	5%
Part dans la consommation totale de soins	6%	12%	5%	5%	8%	13%	51%
Part des patients en affection de longue durée (ALD) dans le quantile			19%	23%	30%	37%	64%
Part des plus de 75 ans dans le quantile			13%	15%	15%	20%	29%

Ce tableau classe les Français de ceux qui consomment très peu à ceux qui consomment beaucoup :

les 50% qui consomment très peu une année, représentent 6% de la dépense totale de soins de l'année. On peut voir par contre à droite du tableau ci-dessus que les 5% qui consomment le plus représentent 51% de la dépense de soins de l'année.

Pour les 5% qui consomment le plus et les 5% d'avant : quand on est très malade, quelle est votre autonomie par rapport au système de soins ? Aucune ! Quelle décision prenez-vous ? Aucune !

Les soins, quand vous êtes très gravement malade, c'est totalement le système de soins qui décide à votre place. Responsabiliser quelqu'un qui est en phase terminale de cancer n'a strictement aucun sens.

Les fraudes, les dépenses inutiles, les gens qui vont voir deux toubibs quand il suffirait d'un... Cela existe. Où ? Non dans les 5% très malades mais dans les 50% peu malades. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire... mais l'enjeu porte sur 6% de la dépense !

De plus ceux qui prennent des décisions connaissent cette donnée !

Si on comprend bien ce que cela veut dire, le fait que les 10% de la population les plus malades représentent les 2/3 de la dépense de santé, cela montre que l'enjeu est un enjeu d'organisation du système de santé, et non de faire payer les gens pour qu'ils aillent plus tard se faire soigner !

Or nous sommes dans un pays qui, en 1945, a mis en place un système de financement de la dépense de santé, en ne mettant en place aucune organisation de ce système. Pire, les quelques autorités qui organisent le système de santé c'est tout le monde, sauf la Sécurité Sociale.

Lorsqu'on disait tout à l'heure qu'il faut renouveler le pacte de 45 et l'enrichir, je pense profondément que l'enjeu devant nous, c'est de passer d'une Sécurité Sociale qui finance à une Sécurité Sociale qui organise le système de santé et, organiser le système de santé, cela veut dire entre autres, j'y tiens beaucoup, se poser des questions sur :

quels professionnels ? où ? avec quels revenus ? avec quels écarts de revenus entre eux ?

types de questions qu'on se pose relativement peu.

**En conclusion, si on ne devait retenir que trois choses :**

- plus un système est solidaire et moins il dépense !

- retarder l'accès aux soins pour les plus pauvres est une absurdité d'un point de vue strictement économique (et évidemment de plein d'autres tout aussi importants) car, lorsque cela ira très mal pour un pauvre qui n'aura pas été soigné quand il le fallait, on finira tout de même par le soigner, heureusement.
- la concentration des dépenses de santé fait que les enjeux ne sont pas des enjeux de responsabilité « financière » mais bien des enjeux d'organisation du système de santé.



## Contribution de Philippe LORRAIN

Philippe Lorrain, médecin généraliste, a présenté des éléments qu'il avait rédigés pour le n° 39 de la revue "Pratiques - Les cahiers de la médecine utopique" (4<sup>ème</sup> trimestre 2007 pp. 58-61 - [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)) dont le dossier est titré "Comment payer ceux qui nous soignent". Il nous a autorisés à reproduire cet article ci-dessous.

### Le grand saut en arrière.

**Contre "l'identité libérale", l'affirmation d'une spécificité de la médecine générale ouvre un espace à d'autres pratiques, d'autres rémunérations. La droite médicale a fait de la rémunération au forfait le symbole à abattre.**

#### Une identité libérale forgée contre les assurances sociales

Des premières lois sociales (1930) aux années 70, le syndicalisme médical s'est structuré en opposition aux principes de tarif opposable et du tiers-payant : un long processus de lutte contre l'Etat d'abord, puis les assurances sociales et enfin la Sécurité sociale forge l'identité libérale de la médecine ambulatoire. La Confédération Syndicale des Médecins Français (CSMF), constituée en 1928, réunit des organisations diverses, mais toutes en opposition aux premières lois sur les assurances sociales. Ces lois instaurent la possibilité de tiers-payant sous certaines conditions. La médecine libérale se définit alors sur cinq principes fondamentaux : libre choix du médecin par le patient, respect du secret professionnel, liberté de prescription, contrôle des malades par les caisses (et des médecins par les syndicats), entente directe sur les tarifs entre les médecins et les patients qui payent directement les honoraires.

Les ordonnances de 1945, qui mettent en place la Sécurité sociale, font perdre aux médecins la liberté de fixer individuellement leurs honoraires : la charte libérale est cependant adoptée et inscrite. Des conventions départementales apparaissent alors avec tarifs spécifiques. En l'absence de convention, il existe un tarif syndical fixé par le syndicat et un tarif de remboursement fixé par les caisses. C'est en 1956 que le concept de tarif opposable national apparaît avec un projet de remboursement à 80 %, le corps médical y est opposé. Le 12 mai 1960, le décret Bacon prévoit l'hypothèse de signatures individuelle d'une convention tarifaire pour les médecins qui acceptent de pratiquer les tarifs opposables : le Sénat en empêche l'application. Le débat sur les honoraires « libres ou conventionnés » divise la CSMF jusqu'au départ, en 1960, des partisans inconditionnels de la liberté tarifaire qui créent un syndicat concurrent (qui deviendra la Fédération des Médecins de France, FMF, en 1968). Les « conventionnistes » sont alors majoritaires à la CSMF : il s'agit « d'entrer dans la convention pour la contrôler ». On commence à parler du « trou de la Sécu » en 1963, sous Pompidou. En 1967, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est

créée, conduisant au premier accord national sur le tarif de la consultation. Une jurisprudence du Conseil d'Etat définit les principes fondamentaux parmi lesquels la détermination des tarifs par voie conventionnelle.

La première Convention Médicale, nationale, est signée en 1971. Elle s'impose aux médecins qui y gagnent en contrepartie la participation financière des caisses à un nouveau système de retraite nommé ASV. La liberté d'installation y est également inscrite et s'ajoute à la charte libérale. Elle est essentiellement tarifaire, ainsi que celle de 1976.

En 1978, Raymond Barre parle d'enveloppes globales. Les conventions suivantes ne seront donc plus uniquement tarifaires. En 1980, c'est la FMF qui négocie avec la CNAM l'ouverture du secteur 2. Il s'agit d'un « espace de liberté tarifaire » ouvert à tous les médecins libéraux : le droit à dépassement, non remboursé par l'Assurance maladie, mais pris en charge de façon variée par les mutuelles complémentaires, est simplement « encadré » par la notion de « tact et mesure ».

L'application stricte des tarifs opposables aura été de courte durée. En contrepartie, les médecins signent une convention intitulée « maîtrise des dépenses et bon usage des soins ». On parle de « maîtrise médicalisée ».

Cet accord conventionnel est emblématique de la très vieille alliance entre le mouvement ouvrier et la médecine libérale. Force ouvrière (FO) est à la tête de la CNAM depuis sa création. Pour FO, mais ce point de vue est partagé par la Confédération générale du travail (CGT), la fonction des représentants ouvriers dans les caisses est de « protéger » les médecins contre l'Etat. Pour eux, la condition d'une bonne médecine, c'est l'indépendance des médecins, donc leur statut libéral. Il n'est donc pas question de réellement « maîtriser » les médecins. Au demeurant, la CNAM n'a aucun moyen de « médicaliser » la maîtrise et pour les médecins, l'argument moral de la défense de la qualité des soins paraît secondaire face à la défense de leur rémunération.

## **Affirmation d'une spécificité de la médecine de premier niveau**

Lorsque je m'installe, fin 1981, l'exclusivité du syndicalisme polycatégoriel est battue en brèche. Le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) regroupe depuis 1975 des généralistes autour d'une charte qui se démarque radicalement de la charte libérale de 1928 :

- rechercher et faire valoir les causes véritables des maladies ;
- imposer une formation des soignants adaptée aux besoins de la population ;
- prendre en considération la transformation des conditions de travail des médecins ;
- s'opposer à l'emprise des profits sur la médecine ;
- être responsable devant la collectivité.

En 1981, la gauche arrive au pouvoir avec le projet de créer des « centres de santé intégrés » : accès à des soins de qualité de l'ensemble de la population par une médecine de « premier niveau », qui réunirait des professionnels du soin, et pas uniquement des médecins, avec une approche pas uniquement « biologique » de la maladie, on parle aussi de psychosocial. Ce « pavé dans la mare » éclabousse les médecins qui se retrouvent dans la rue dans de "grandes" manifestations. Le Syndicat de la Médecine Libérale est créé en décembre 1981 : contre l'emprise de la « Sécurité ». Pour moi, qui vient de m'installer, la Convention Médicale qui s'impose me paraît naturelle et les tarifs opposables une évidence. Pour le SMG, il est ouvertement question d'équilibrer la « donne » à gauche en s'opposant à la CSMF. Mais la représentativité lui est refusée par Georgina Dufoux à l'automne 1984.

En 1986, le syndicat MG France (MGF) est créé. Il regroupe le Mouvement d'action des généralistes (fondé en 1984), des « autonomistes » de l'UNOF (branche généraliste de la CSMF individualisée en 1984), des adhérents du SMG, et d'autres...

Les « fondamentaux » sont catégoriels :

- médecine générale reconnue à l'université à égalité avec les autres disciplines ;
- participation de la médecine générale à qualité à toutes les commissions en charge des problèmes de santé ;
- médecine générale rémunérée à sa juste valeur et pour la totalité de ses fonctions ;
- cadre conventionnel spécifique et unique permettant au généraliste d'assurer sa fonction de premier recours, de continuité et de synthèse.

L'idée d'une spécificité de métier et d'une médecine de premier niveau creuse son sillon. La notion de filière de soin finit par avancer, tant parmi les généralistes que chez les gestionnaires et les politiques.

La Convention de 1988 prévoit une évolution des prestations remboursables, donc des honoraires des médecins, conditionnée par le respect d'objectifs quantifiés de limitation des dépenses. C'est une maîtrise comptable qui ne dit pas son nom : la CSMF s'y oppose, la FMF signe seule, sauf les textes encadrant le secteur 2.

En 1989, MGF est reconnu "représentatif", pour les généralistes : il est à la table des négociations conventionnelles. En 1990, c'est l'avenant n° 1 à la Convention de 1988 signé par MG France qui instaure les « Contrats de Santé » dans le cadre de la continuité des soins, première reconnaissance d'une "médecine de premier niveau" : la pratique du tiers-payant est aussitôt combattue par la CSMF qui en obtient le gel, en contrepartie de son entrée dans la Convention qu'elle signe alors.

En 1994, les premières élections aux Unions Régionales des Médecins Libéraux, qui viennent d'être créées, sont largement gagnées chez les généralistes par MGF, avec 61,4 % des suffrages.

## **Un renversement d'alliance pour un autre type de pratique ?**

En 1995, le plan Juppé parle de « maîtrise comptable » basée sur un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie voté chaque année par le Parlement. Fait capital, la Confédération française démocratique du travail (CFDT) succède à FO à la présidence de la CNAM. Un syndicat de salarié abandonne la posture de défense de

la médecine libérale et se place au côté des réformateurs technocratiques du système de soins. La CSMF parle de renversement d'alliance et entre dans ce qu'elle appelle la « période de glaciation », une opposition totale qui durera plus de dix ans. Le large appui de la profession, exprimé lors des élections, le contexte politique (modification de la réglementation permettant des Conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes) et la volonté de réformer des partenaires conventionnels permet en 1997 la première Convention spécifique à la médecine générale signée par MG France, seul. L'option médecin référent y est inscrite : formation continue adaptée et rémunérée, incitation à la prévention... et surtout la révolution dans le mode de rémunération sous la forme d'un forfait annuel payé au médecin pour tous les patients qui s'y inscrivent, permettant la rémunération de toute l'activité « non curative » du praticien.

Le paiement à l'acte est conservé pour l'activité curative, mais avec obligation de strictement respecter le tarif conventionnel et pratique systématique du tiers-payant.

Mais la Convention des spécialistes, signée par un seul syndicat, l'Union Collégiale des Chirurgiens de France, créé à l'occasion des dernières élections professionnelles et reconnu représentatif dans la foulée, est annulée par le Conseil d'État. Les spécialistes fonctionnent alors sous règlement conventionnel minimum.

L'option médecin référent organise les soins primaires, mais il n'y aura jamais d'articulation avec les spécialistes. Cette option est née d'une nouvelle alliance, entre un nouveau syndicat médical (et une nouvelle génération de médecins) et le tandem CFDT-Mutualité à la CNAM. Elle a été techniquement très mal mise en place, ne suscitant l'adhésion que d'un nombre limité de médecins et d'assurés sociaux : les grippages techniques sont-ils dus à un manque de volonté politique de la part de la CFDT, ou aux dysfonctionnements de l'appareil administratif de la CNAM ? Elle a été utilisée comme unique moyen de promotion de la médecine générale, en faisant par ailleurs pression sur la rémunération (limitation des revalorisations de la lettre C rémunérant la consultation, et fortes incitations à diminuer le nombre de visite à domicile en en rendant le prix très peu attractif pour les médecins) : fragile et sans autre support, elle était d'emblée le symbole à abattre.

En 2000, le gouvernement de gauche met en place la Couverture Maladie Universelle. Coté rémunération, les professionnels devront appliquer strictement les tarifs opposables pour les bénéficiaires de la couverture complémentaire réservée aux bas revenus. Allant plus loin, les pouvoirs publics fixent des tarifs dans des domaines, la prothèse dentaire en particulier, où ils n'existaient pas.

Quelques années plus tard, les travaux sur les refus de soins permettront de mesurer combien une partie du corps médical, et tout spécialement les spécialistes, font ce qu'ils peuvent pour ne pas prendre en charge une population pour laquelle il n'y a pas de liberté tarifaire.

## **La hausse de la valeur de l'acte ne contrera pas la « liberté tarifaire »**

Le 6 juin 2002, une séance de négociation conventionnelle très inhabituelle se déroule au siège de la CNAM. La Convention est en panne : MG France, qui en est le seul signataire, a perdu les élections aux Unions Professionnelles en 2000 et la CSMF redevient le premier syndicat chez les généralistes :

On est en période électorale, Chirac postule un deuxième mandat. Un mouvement de « grève des gardes », né en dehors de tout contrôle syndical, dure depuis des mois : le problème de la garde médicale cristallise les revendications des généralistes qui expriment leurs difficultés à exercer (notamment en zone rurale, où de moins en moins de médecin font face à des secteurs de garde de plus en plus étendus). On commence à parler d'épuisement professionnel. Les revendications sont portées par des coordinations et les cahiers de doléances expriment des exigences sur la rémunération (augmentation et liberté tarifaire) en marge de l'expression des difficultés à faire face à la charge de travail. Les représentants des

coordinations sont reçus à L'Élysée et Chirac promet l'augmentation du tarif de la consultation de 17,50 à 20 €. Les partenaires conventionnels sont contraints à entériner la promesse de l'Élysée. Il faut rétablir la paix conventionnelle : le principal enjeu est de faire rentrer la CSMF dans le giron. Le compromis consiste en un accord tarifaire classique (en sus de celui de la consultation, le tarif de la visite est revalorisé de 20,58 à 30 €, en contrepartie de l'engagement d'en limiter le volume de 50%, sur le dos des malades donc). La revendication de réouverture du secteur 2 pour tous est rejetée : la FMF ne signe donc pas, et des leader des coordinations viendront grossir ses rangs. Dès ce moment, l'option médecin référent était moribonde : il était illusoire de penser pouvoir conserver une rémunération au forfait et une augmentation massive de la rémunération à l'acte. Ni MG France, ni la CFDT ne feront une tentative pour la sauver. Personne ne répond à ce qu'ont exprimé les médecins quant à leurs difficultés d'exercice. Pas moins de vingt plans de réforme se seront succédés depuis la création de la Sécurité sociale et de sa branche maladie. Tous auront échoué à « équilibrer les comptes ». Un rapport de la Cour des Comptes de 2004 signale que la crispation des médecins et de leurs syndicats à défendre les principes de la charte libérale (principalement liberté tarifaire et paiement direct à l'acte) empêche toute régulation efficace par l'Assurance maladie. Les médecins convaincus de la nécessité d'une réforme profonde du système de distribution des soins pour l'établissement d'un système de santé performant au service de l'ensemble de la population restent trop peu nombreux : le débat permanent entre libéralisme médical offensif et santé publique leur a toujours été défavorable. La préoccupation de santé publique n'aura émergée que deux fois : en 1981 avec les projets d'Unités Sanitaires de Base du SMG (une seule réalisation à Saint-Nazaire) sabordés au moment de la mise en place du gouvernement Fabius, puis en 1996 avec l'option médecin référent.

La CSMF, opposante acharnée au système de la rémunération par forfait, négocie et signe, seule, la convention de 2005 : l'option médecin référent est supprimée, avec un moratoire de deux ans, le système du médecin traitant est institué. Il n'y a plus de rémunération au forfait et la possibilité de pratiquer le tiers-payant est, de nouveau, très limitée. C'est le retour à l'obligation du paiement direct et uniquement à l'acte. Les « médecins traitants » ne sont dotés d'aucun moyen pour faire face à leurs nouvelles responsabilités administratives : le « parcours de soin » tend à limiter le remboursement des prestations spécialisées. Les médecins spécialistes n'ont-ils pas intérêt à la liberté tarifaire qui leur est concédée pour les patients qui consultent en « accès direct » ? Depuis, un évènement politique majeur est survenu : les élections du printemps 2007. Une victoire de la gauche aurait, peut-être, relancé le débat sur la rémunération forfaitaire et une réaffirmation des tarifs opposables : c'est là que se situe l'enjeu d'un système performant de santé dans le cadre d'une protection sociale solidaire. Elles ont conduit au pouvoir ceux qui renoncent à combler les déficits de l'Assurance maladie et laissent filer les dépenses quitte à augmenter le « reste à charge » qui pèse sur les ménages. C'est dans ce cadre que s'ouvre la négociation conventionnelle par la CSMF d'un « secteur optionnel », espace de liberté tarifaire pour tous les médecins. On ne sait jamais comment finit l'histoire, mais j'ai l'impression d'un grand retour en arrière : c'est la charte libérale de 1928 qui reste d'actualité. Plus qu'un retour en arrière, c'est probablement la porte ouverte à une « dérégulation » libérale de l'offre de soins et à l'abandon de l'Assurance maladie solidaire.

1. Les pouvoirs publics (État et Assurance maladie) ont poursuivi une politique délétère face aux URML. Quand le syndicat qui gagne est un « allié » (MG France 1994), la mise en place cahotante de l'option référent de l'OMR le discrédite. Quand le syndicat qui gagne est un opposant (CSMF en 2000), on fait comme si rien ne s'était passé. Attitude qui est évidemment la meilleure pour pousser celui que l'on traite de cette façon à ronger son frein et à attendre une « vengeance ».



Exposé de Fabrice HENRY

*Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,*

*Je tiens d'abord à évoquer un certain nombre de points qui ont posé question en ce début d'échange. En réponse à l'évocation faite par Pierre VOLOVITCH, « une bonne mutuelle » n'est peut-être pas celle qui prend en charge les dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires ont particulièrement augmentés ces dernières années ; il suffit de se référer au rapport publié par l'IGAS au printemps 2007. Il est important également de pointer les dépassements d'honoraires au sein du secteur privé des hôpitaux publics.*

*A Denis KESSLER (cité à plusieurs reprises), qui estime qu'il faut remettre en cause ce qui a été établi en 1945, j'aurais tendance à penser qu'un homme sans passé est peut-être un homme sans avenir...*

*Mais j'en viens à l'objet de mon propos :*

La Mutualité a depuis ses origines souhaité constituer les bases d'une prise en charge de la santé de chaque personne en estimant que cette orientation devait s'inscrire dans un cadre solidaire, excluant, de facto, la lucrativité.

Même s'il s'agissait, à l'origine de couvrir des risques identifiés au travers de caisses de secours (décès, maladies chroniques, ...), les mutuelles ont progressivement évolué vers une couverture globale de l'individu.

Certaines mutuelles sont restées sur ce concept de globalité ; d'autres ont évolué vers une diversité des offres s'adaptant ainsi à la demande de leurs adhérents - si ce n'est à la concurrence développée par le secteur lucratif.

La MGEN, qui a fêté récemment ses 60 ans d'existence, a quant à elle, été conçue sur le principe d'une vision globale de la santé et sur une complémentarité avec le régime obligatoire d'assurance maladie - dont elle assume la gestion pour une bonne partie de ses adhérents - ce qui n'a pas empêché le développement d'actions spécifiques dans la prise en charge financière de certains risques, voire au travers de services adaptés à des situations de vie (accès au logement, maternité, dépendance et vieillissement). La MGEN redistribue la quasi-totalité des cotisations sous forme de prestations - plus de 98 % - (mais devrait réduire ce taux dans un avenir proche).

La MGEN, au travers de ses résolutions d'Assemblée Générale a toujours soutenu le principe d'une Assurance Maladie Universelle visant en cela à conforter l'assurance maladie mise en place depuis 1945 par l'ordonnance du 4 octobre, qui stipule *« Il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. »*

La Sécurité Sociale figure explicitement dans le préambule de la Constitution de la Quatrième République qui *« garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs »*. Ce préambule a été repris à son compte par la Constitution de la Cinquième République. Il y a toujours eu une grande adéquation entre ces principes de la Mutualité et ceux de la Sécurité Sociale.

Ainsi, jusqu'en 2005, les CPAM étaient régies par des textes se référant au Code de la Mutualité et au Code de la Sécurité Sociale. Il n'est pas neutre d'avoir supprimé la référence au Code de la Mutualité.

La Mutualité a prôné une Assurance Maladie Universelle. Ainsi, en amont de la création de la CMU, la MGEN a attiré l'attention sur les risques inhérents à un tel dispositif - ce qui lui a valu parfois des critiques acerbes - y compris dans les rangs de la Mutualité. Mais que préconisait et préconise toujours la MGEN ?

De s'intéresser avant tout à rendre l'accès aux soins égal à tout citoyen sans fragmentation sociale, ce qui induit non seulement une prise en charge financière pour les plus démunis mais des obligations fortes au niveau du dispositif de soins afin d'éviter tout refus de soins, voire tout renoncement par des dispositifs trop complexes.

Sans doute ne faut-il jamais avoir raison trop tôt !

L'enquête menée par le Fonds CMU, en 2006 (confortée par le rapport IGAS sur les dépassements d'honoraires au printemps 2007 et par celui de la cour des Comptes en septembre 2007) a mis en exergue les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU en particulier pour les traitements prothétiques dentaires et dans les différentes spécialités médicales !

Les personnes vivant au seuil de la CMU et en particulier celles touchant l'allocation adulte handicapé, comme toutes celles vivant sous le seuil de pauvreté (plus de 7 millions de personnes en France), se

trouvent, malgré la possibilité pour certains d'une aide à la complémentaire liée à l'âge (instaurée en 2005) face à des difficultés importantes d'accès aux soins.

Il faut y ajouter désormais toutes les personnes qui vont différer ou renoncer à des soins du fait du coût grandissant de la santé. Et les dispositifs dits de « responsabilisation » des assurés vont sans doute aggraver la situation constituant ainsi un enjeu majeur de santé publique.

Si la santé est affaire de responsabilité individuelle, elle relève avant tout d'une responsabilité collective.

Comme chacun sait, les déterminants de santé (environnement, modes de vie, conditions de travail, etc...) jouent un rôle essentiel pour le maintien ou non du capital santé de chacun. Il en va de même des facteurs économiques et sociaux, culturels et politiques.

Ainsi, croire qu'il suffit de bien manger pour vaincre certains risques ou les diminuer, c'est oublier rapidement que l'accès à des aliments adaptés (fruits, légumes, poissons, ...) est conditionné en premier lieu à des moyens financiers, avant même une nécessaire éducation à l'alimentation saine.

Les mutuelles, la MGEN en particulier, rappellent régulièrement que tout système de santé organisé ne peut fonctionner qu'à partir d'une solidarité organisée et non sur la base d'une pseudo libre régulation. La Mutualité Française avait, il y a quelques années, mené campagne sur le thème « La santé n'est pas un commerce ». Cette affirmation reste d'actualité.

Il est dès lors nécessaire que tous les acteurs de santé - et la Mutualité - s'affirment comme tel, agissent pour éviter des dérives qui pourraient nous conduire à un système de santé calqué sur celui des Etats-Unis avec près de 50 millions de personnes sans couverture sociale, ni collective, ni privée.

Admettre que la santé relève du secteur marchand peut conduire à considérer « le corps humain » comme une marchandise. Ne pas réguler collectivement les priorités de santé, c'est laisser le marché intervenir et, de fait, ne s'intéresser qu'aux secteurs « rentables » (l'exemple des maladies rares est à ce point significatif ! il en est de même du secteur hospitalier où le privé lucratif a choisi les activités correspondant à ses objectifs).

La Constitution a inscrit la santé comme un droit ; il ne faudrait pas qu'elle devienne un bien assimilable à tout autre bien matériel.

C'est pour éviter une telle dérive que les mécanismes solidaires peuvent et doivent intervenir. Ils sont les liens d'une société qui n'exclut pas mais intègre, qui ne rejette pas mais accompagne, qui ne favorise pas les uns aux dépens des autres.

Pour autant, toutes les dépenses de santé sont-elles justifiées et les mécanismes de prise en charge sont-ils sans faille ?

Faut-il penser qu'il suffirait à l'Etat d'assumer ses dettes pour tout résoudre ?

Faut-il imaginer que les niches fiscales (près de 41 milliards d'euros) seraient suffisantes pour assurer un financement ?

L'adéquation entre un système collectif au financement socialisé et un exercice professionnel libéral sont-ils compatibles ? Quid des installations ? de la permanence des soins ? de la rémunération des professionnels de santé ? Notre pays a-t-il choisi que la spécialité la mieux rémunérée soit la radiologie ? Faut-il continuer à mener un exercice solitaire de la médecine perturbant toute réelle coordination ?

La Sécurité Sociale va de déficit en déficit et cela a conduit à envisager de transférer nos dettes (jusqu'en 2006) sur les générations futures par le biais de la CADES. De nouveaux transferts ne feraient qu'éloigner les jeunes générations des principes de solidarité.

Certes de nombreux facteurs (vieillesse, évolution des technologies médicales,...) peuvent laisser entrevoir des dépenses croissantes pour les années à venir - ce qui pourrait amener à revoir les dispositifs d'exonération. Pour autant, et parce que le risque de « rupture de solidarité » pourrait être désormais quasi programmé, ne faudrait-il pas en finir avec des mécanismes inflationnistes tels que le paiement à l'acte, avec des modalités d'installation ne correspondant pas aux besoins exprimés de santé, avec des pratiques tarifaires entraînant la ségrégation par l'argent pour aller vers des financements (qu'ils soient par l'Assurance Maladie ou par les complémentaires) visant avant tout l'organisation collective des soins, la qualité des soins, l'accompagnement du patient par la prévention tout comme dans la phase de soins et post-soins ?

C'est en ce sens que la Mutualité Française tente de mettre en œuvre un parcours de santé mutualiste (priorité santé mutualiste) et que la MGEN y apporte son soutien - simple contribution au dispositif d'organisation de la santé et non substitution ! -

Nous avons sans doute besoin, avant tout, plutôt que de réformes successives, d'une régénérescence de l'Assurance Maladie impliquant tous les acteurs. A défaut, nous pourrions assister à la déconstruction du système actuel avec des opérateurs prêts à se partager le « marché de la santé »... certains réclamant déjà l'optique, le dentaire et une partie des médicaments et, où les assurés comme les professionnels de santé, ne seraient, sans doute, pas gagnants.

Pour la MGEN, pour la Mutualité, en référence à des périodes difficiles de notre histoire, la réponse individuelle n'a jamais été porteuse d'avenir - surtout en un domaine où personne n'est certain de son capital santé.

L'avenir est à la solidarité collective, une solidarité repensée, élargie et sachant maîtriser les données économiques et s'appuyer sur des financements solides. L'avenir nous appartient et nous avons la faiblesse de penser qu'il faut lui donner un sens : c'est par nature, le propre de l'acte politique dans son acceptation première. Il y a lieu d'organiser le système de santé au bénéfice de tous.

Rien n'est fatal, mais il est fatal de ne rien faire.