

## Pour l'Assurance Maladie Obligatoire Universelle Remboursant à 100 %

### Introduction

Depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, la protection sociale s'est progressivement construite mais reste encore et toujours le terrain de luttes.

La protection sociale a pour objectif de protéger chacun.es contre les différents accidents de la vie (maladie, accident du travail, vieillesse, chômage) et a donc globalement un impact positif sur la santé. En effet, garantir un revenu permettant de subvenir à ses besoins en cas de perte de travail ou lors de la retraite, par exemple, permet de continuer à avoir des conditions de vie correctes : manger à sa faim, satisfaire ses besoins en hygiène, dormir à l'abri des aléas climatiques... Tout cela impacte positivement un certain nombre des déterminants en santé et contribue à maintenir un bon état de santé de la population.

S'il n'y avait pas de service public de santé associé à un système mutualiste public, il y aurait probablement un service privé qui permettrait aux plus riches d'avoir accès à un système de soins organisé. En effet, il n'y a pas de système de soins organisé sans système financeur, c'est-à-dire sans organisme « collecteur », indifféremment du fait qu'il soit public ou privé. De plus, un tel système d'assurance sociale doit être généralisé au plus grand nombre pour permettre d'avoir un niveau de dépenses de santé suffisant et ainsi participer à maintenir une population en bonne santé.

Penser l'assurance maladie nécessite donc en préambule, de rappeler que seule, elle ne peut garantir la santé d'une population : c'est bien la protection sociale dans son ensemble (retraite, chômage...) qui permet d'atteindre des objectifs de bonne santé d'une population.

Dans ce texte, nous développerons les principes fondamentaux que le SMG souhaite pour une assurance maladie obligatoire, universelle et solidaire, qui prenne en charge en totalité les frais de santé. Nous détaillerons ensuite les enjeux de financements et gouvernance d'un tel modèle, en affirmant notre conception de l'assurance maladie comme bien commun, c'est-à-dire appartenant à tous.tes et gérée par des processus coopératifs de démocratie participative et directe. Enfin, nous répondrons aux arguments qui ont été opposés à ce modèle alternatif.

Ce texte n'a pas vocation à être exhaustif ni programmatique. Il est un outil pour partager nos idées et points de vue en espérant ainsi ouvrir le champ des possibles ; champ de possibles que nous savons devoir et voulons construire avec d'autres. Toute personne ou organisation ayant envie de partager ces réflexions sur le sujet est donc la bienvenue.

### Partie 1 : les principes fondamentaux d'une Assurance Maladie Obligatoire Universelle Remboursant à 100 %

#### Une assurance maladie obligatoire, universelle et totalement protectrice

L'assurance maladie est dite obligatoire. Or, l'affiliation à l'assurance maladie n'est pas automatique, elle est aujourd'hui un droit pour toutes les personnes travaillant et/ou résidant en France (de façon régulière depuis plus de 3 mois). Cette protection garantit une prise en charge en cas de problème de santé et est donc essentielle, mais elle nécessite des démarches de la part des assuré.es.

L'assurance maladie ne protège pas l'ensemble de la population. Les personnes ne satisfaisant pas les conditions d'activité professionnelle ou de résidence des différents régimes (régimes général, agricole, spéciaux, des professions libérales) et des dispositifs spéciaux (protection universelle maladie, complémentaire santé solidaire (CSS, ex CMU-C ou ACS ou aide médicale d'état) sont exclues de cette protection. La diversité des types de prise en charge, avec des critères d'attribution variés et des procédures de demande difficiles, est à l'origine d'une situation complexe. Cette situation entraîne de nombreux non-recours aux soins et des difficultés pour les soignant.es et travailleur.se.s sociaux.ales. Les non-recours sont à l'origine de l'aggravation de l'état de santé individuelle et, *in fine*, d'un surcoût collectif. Actuellement, la prise en charge incomplète des soins par l'assurance maladie est à l'origine d'une inégalité dans l'accès aux soins. Par exemple, les franchises et délais de carence sont sources de renoncements aux soins.

Nous proposons une assurance maladie obligatoire et réellement universelle avec une suppression des conditions de résidence, liées à la régularité du séjour ou l'ancienneté de la résidence (donc une inclusion des ressortissant.es étranger.es en situation irrégulière en France y compris à Mayotte) et de ressources. Nous défendons une assurance maladie totalement protectrice qui prend en charge en totalité le montant des frais de santé et qui verse des indemnités journalières sans délai de carence. Une telle protection rend inutile les assurances complémentaires, qui sont donc supprimées.

#### Un système solidaire

En effet, l'existence d'assurances complémentaires creuse les inégalités. En réalité, les assuré.es qui ont le plus besoin de soins (et des remboursements qui vont avec) sont les plus pauvres et les plus âgé.es. Or ce sont celles et ceux qui doivent payer le plus cher leurs assurances complémentaires puisque ces dernières fixent leurs tarifs en fonction de l'âge et/ou des pathologies à rembourser, et non en fonction des seuls revenus. Le fait de fixer le tarif de l'assurance complémentaire en fonction de l'âge et/ou des pathologies existantes entre dans le principe d'individualisation du risque qui, développé au maximum, peut donner : je mange gras, donc je grossis, donc je prends des risques pour ma santé... donc je paye davantage ! D'autre part, les assurances complémentaires permettent aux personnes les plus aisées de s'offrir un périmètre de prise en charge avec un contenu de meilleure qualité.

L'existence d'assurances complémentaires multiplie les coûts individuels tout en divisant le montant total des cotisations entre le régime obligatoire et le régime complémentaire ; cela rend la mutualisation des risques moins efficace. Les dossiers sont gérés en double (par l'assurance maladie et par les complémentaires) et le coût de gestion des assurances complémentaires est énorme, incluant notamment des frais de marketing et de communication. En effet, les frais de gestion annuels sont équivalents entre Sécurité sociale et complémentaires (environ 7 milliards d'euros), alors que les complémentaires ne remboursent qu'une part minime des soins (en 2020, les organismes complémentaires prennent en charge 12 % des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux, l'assurance maladie obligatoire 80 % ; et le reste à charge des ménages s'élève à 6,5 %<sup>1</sup>. Autrement dit, les frais de gestion représentent moins de 4 % du budget total de la Sécurité sociale contre 20 % du budget de la complémentaire santé<sup>2</sup>. Par ailleurs, la logique de marché dans laquelle se trouvent ces assurances complémentaires les conduit à dilapider l'argent de leurs assuré.es, par exemple dans des frais de publicité ou pire, dans le cas des assurances, dans la rémunération d'actionnaires.

Selon nous, chaque individu doit cotiser selon ses moyens à une caisse unique et bénéficier de soins et d'indemnités selon ses besoins. Ce principe permet à la fois un maximum de solidarité et d'efficacité.

#### Un système égalitaire

Selon les études, jusqu'à 30 % de la population déclarent avoir déjà dû renoncer à des soins médicaux pour raison financière. Ainsi, 60 % des « renonçant » disent que les restes à charge des soins sont là ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). Ils sont 29 % à dire que l'avance de frais est en cause. 11,2 % expliquent, en outre, que des incertitudes concernant le coût de certains soins peuvent les amener à y renoncer<sup>3</sup>. Il est également établi que les situations de renoncement pour raisons financières dépendent largement de la qualité de la protection sociale, soit l'existence d'une complémentaire santé (privée ou publique, la CMU-C) et de la qualité de cette complémentaire<sup>4</sup>. De plus, les dépassements d'honoraires et le reste à charge, causes majeures du renoncement, impactent en priorité les personnes les plus précaires<sup>3</sup>.

Afin que l'assurance maladie totalement protectrice garantisse un accès aux soins indépendant des ressources financières individuelles et d'éventuels critères de discrimination, nous proposons que le tiers payant intégral soit généralisé et les dépassements d'honoraires interdits.

<sup>1</sup> Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021 ; DREES, notamment p. 104 (les 1,4 % manquants sont financés par l'état (invalides de guerre, AME, soins d'urgence) et les organismes de base au titre de la CSS) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-04/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202020v2.pdf>

<sup>2</sup> Rapport 2020 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé ; DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/rapport-oc-2020.pdf>

<sup>3</sup> H. Revil, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire ». Dans *Regards* 2018/1 (N° 53), pages 29 à 41 : <https://www.caim.info/revue-regards-2018-1-page-29.htm>

<sup>4</sup> C. Desprès, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », DREES, Série Études et Recherche, n° 119, mars 2012, p. 92.

## Un système équitable

En France, l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : un bon état de santé en moyenne, mais des inégalités de santé importantes dès l'enfance et tout au long de la vie.

Les inégalités de santé sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social, mais aussi d'autres déterminants plus globaux, telles que les politiques sociales. Les déterminants sociaux sont à l'origine des inégalités sociales de santé, définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Ces inégalités s'accompagnent d'inégalités territoriales d'accès à des services ou à l'emploi selon les territoires. Elles s'accompagnent aussi de disparités de qualité de vie, d'environnement et de travail.

Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent toute la population, sur l'ensemble du gradient social. En d'autres termes, les personnes qui ont une position sociale favorable sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu'aux personnes les plus démunies. Ainsi, les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées ont une moins bonne santé de façon générale.<sup>5</sup>

Pour assurer une bonne santé à toutes, l'assurance maladie doit rétablir l'équité en participant aux politiques de réduction de ces inégalités et en compensant le gradient social de santé<sup>6</sup>. Pour atteindre cet objectif, il faut une collaboration entre les différentes institutions permettant une évaluation de ces déterminants et une mise en place de ces politiques au carrefour des champs d'action de la santé, de l'éducation, du travail...

Le service socio-médical de l'assurance maladie doit être renforcé pour garantir une meilleure prise en compte et un meilleur accompagnement des personnes en difficulté. Pour réduire les inégalités territoriales, l'assurance maladie doit garantir l'accès à des guichets de proximité sur tout le territoire avec un accueil humain et renoncer au tout-numérique qui exclut une partie de la population.

## Un système éthique

Notre système de santé et de protection maladie permet et encourage une marchandisation de la santé. Outre la création d'inégalités d'accès aux soins, le système capitaliste entraîne une inflation des dépenses de santé sans que des critères de bénéfice sur des indicateurs de santé ne soient retenus.

Dans le soin, les dépassements d'honoraires et le secteur 2, outre l'enrichissement d'une classe privilégiée, entraînent un surcoût et un renoncement aux soins ; les patient.es étant sélectionné.es en fonction des revenus, « les patientèles » devenant « des clientèles ».

Des logiques financières guident ainsi l'investissement dans les établissements de soins tels les EHPAD, les cliniques et désormais les centres de soins primaires, au détriment de l'accès à des soins de qualité pour tous et toutes et du bien-être des personnes soignées et soignantes. En contrôlant autant l'amont des soins que l'aval, de grands groupes transnationaux ont la main mise sur l'ensemble de la filière de soins, y compris jusqu'aux assurances. Grâce à cette filiarisation, leurs profits sont donc garantis.

Les assurances complémentaires participent à cet effet délétère sur l'efficacité du système de soins par leurs effets inflationnistes sur certains produits et prestations de soin, ainsi que sur les dépassements d'honoraires.

L'industrie pharmaceutique encourage l'augmentation des dépenses, en privilégiant un développement et une commercialisation de molécules en fonction du profit attendu et non du bien commun recherché. Pour illustration, entre 1999 et 2017, les 11 plus gros laboratoires pharmaceutiques mondiaux ont engrangé 1 019 milliards d'euros de bénéfice, dont 925 milliards ont été redistribués à leur actionnaires soit 90,8 %<sup>7</sup>. Le numérique en santé en plein développement présente un risque marchand et spéculatif sur l'utilisation des données dont la sécurité n'est pas garantie aujourd'hui.

Ces différents exemples montrent la nécessité de sanctuariser le domaine de la santé dans un système de protection éthique, de le sortir de la logique du marché et d'en exclure la recherche de profit économique.

<sup>5</sup> Voir le schéma sur le RER B : <https://outilsdusoin.fr/spip.php?article261>

<sup>6</sup> J. Duval, R. Lardellier, La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie, DREES, 2012 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-redistribution-verticale-operee-par-lassurance-maladie>

<sup>7</sup> T. Rouquet, « La santé : un fric de malade ! », *Pratiques* n° 97, juin 2022.

## Une protection globale de la santé

L'assurance maladie ne peut uniquement se focaliser sur le soin, mais doit mieux intégrer les volets de prévention. Il est reconnu que le coût préventif est toujours inférieur au coût curatif et que notre système de santé souffre de sous-investissements structurel, humain et économique dans le domaine de la prévention. En réduisant les pathologies évitables, les bénéfices sont attendus en terme de bien-être (avec comme indicateurs la mortalité et la morbidité), mais également en terme économique (avec la baisse des dépenses). Actuellement, les actions de prévention et de promotion de la santé sont majoritairement soutenues par des appels à projets financés par l'Agence régionale de santé, dont peu de soignant.es sont en capacité de se saisir. La prévention se limite alors souvent aux campagnes de vaccination et de dépistage de certains cancers. Il est donc indispensable d'intégrer cette dimension dans un système de protection globale de la santé.

Pour cela, il convient de documenter et d'évaluer les risques pesant sur la santé en y incluant désormais les risques environnementaux, puis d'informer la population et les professionnel.les de santé sur ces risques et enfin d'agir sur ces risques par des politiques de prévention individuelle et surtout collective.

## Garantir un système de santé de qualité

Par qualité, nous entendons un système ayant les ressources et les compétences nécessaires pour répondre aux différents besoins de la population. Cela implique de sortir de la logique mortifère de la réduction des coûts et de l'obsession du « trou de la Sécu » (cf. partie 2). Il est nécessaire que la notion de rentabilité soit étrangère à la santé ; le financement des moyens humains et matériels à la hauteur des besoins est indispensable.

Pour l'assurance maladie, cela veut dire prendre en charge des soins qui ne sont à présent pas remboursés ou étendre le remboursement à d'autres : soins psychiques, soins de psychomotricité, dentaire, lunettes, appareils auditifs, ostéopathie, soins de diététiques, etc.

## Une gouvernance indépendante et démocratique

Devant les sommes conséquentes gérées par l'assurance maladie, nous demandons à ce que la gestion soit de nouveau dissociée de l'Etat, et reste aux mains de ceux qui sont les acteur.rices principaux.les tant dans le financement que dans les besoins de remboursements.

Au vue de l'importance des enjeux de gouvernance et de financement, nous détaillons dans la partie suivante l'ensemble de nos constats et propositions.

### L'Aide médicale d'État (AME)

Pour illustrer l'absence de protection universelle et globale de la population vivant en France, faisons un focus sur le dispositif d'aide médicale d'État (AME).

Celui-ci permet la prise en charge de ressortissant.es étranger.es en situation irrégulière en France (hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable). Elle est attribuée pour 1 an sous condition de résidence et de ressources. Il faut résider en France depuis plus de 3 mois et ne pas avoir de titre de séjour depuis plus de 3 mois, à l'exception des mineur.es qui peuvent être admis à l'AME sans condition de durée de résidence. Il existe un plafond annuel de ressources à ne pas dépasser pour avoir droit à cette AME. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, pour les bénéficiaires majeur.es, certains frais de santé relatifs à des prestations programmées et ne revêtant pas un caractère d'urgence sont exclus du panier de soins de l'AME pendant les neuf premiers mois à compter de la première admission à l'AME.

L'Assurance maladie obligatoire et l'AME sont complétées par le « dispositif de soins urgents » et l'AME à titre humanitaire. Le « dispositif de soins urgents » ne prend en charge que certaines prestations de l'assurance maladie.

Les critères d'exclusion, les délais de carence, les difficultés administratives notamment aggravées par la numérisation des démarches laissent les personnes non éligibles sans soins possibles et entraînent de nombreux non-recours chez les personnes éligibles. Ces situations sont à l'origine de l'aggravation de l'état de santé individuelle et, *in fine*, d'un surcoût collectif.

## Partie 2 : Financement et gouvernance de la Sécurité sociale

### A) Ce que nous savons

Aujourd'hui, la sécurité sociale fonctionne sur le système d'« assurance obligatoire » : des cotisations sont prélevées sur les salaires et les assuré.es sociaux.ales ont accès à des prestations (remboursement des soins et indemnités journalières, accidents de travail et maladies professionnelles, allocations familiales,

allocations vieillesse, etc.)<sup>8</sup>. Toutefois, elle n'est pas vraiment un système assurantiel. Les cotisations des assurés sociaux sont définies par le montant de leur salaire – « Chacun e paye selon ses moyens ». Les prestations auxquelles ils ont droit sont indépendantes du montant versé – « Chacun e reçoit selon ses besoins ». C'est pourquoi la Sécurité sociale est précieuse.

Depuis les années 90, la part de la valeur ajoutée générée par les entreprises redistribuée sous forme de salaires décroît (elle est captée par les actionnaires), réduisant d'autant la base des cotisations sociales. De plus, sous prétexte de lutter contre le chômage et d'améliorer la compétitivité des entreprises, l'État décide unilatéralement d'offrir des réductions de cotisations aux entreprises (comme par exemple le CICE<sup>9</sup>), méthode inefficace, le chômage n'ayant pas cessé de grimper pour autant. Et ces exonérations de cotisations ne sont que partiellement compensées par l'État auprès de la Sécurité sociale. Sans compter la fraude aux cotisations : environ 20 milliards d'€ n'ont pas été versés par les entreprises en 2012 (cette fraude des entreprises coûterait entre 5 à 10 fois plus que celle des usager·ères). Ce qui est appelé le « trou de la Sécu » est donc davantage lié à un déficit de recettes qu'à un excès de dépenses. C'est la conséquence de décisions politiques allant vers une austérité budgétaire : on diminue toujours plus les recettes, ce qui contraint au final à devoir réduire les dépenses (cf. partie 3).

Aujourd'hui, le financement de la Sécurité sociale est assuré en partie par les cotisations (47,6 %), en partie par l'impôt (24,5 % Contribution sociale généralisée ou CSG ; 21,8 % autres impôts)<sup>8</sup>. Une partie seulement de ces impôts est directement fléchée vers le financement de la Sécurité sociale. En effet, l'impôt est un versement obligatoire et sans contrepartie aux administrations publiques. L'impôt sert à financer les dépenses publiques et peut constituer un moyen de régulation de l'activité économique. L'État a donc toute latitude pour décider de la répartition de ces recettes fiscales.

Rappelons enfin que les pays dont les dépenses sociales et de santé sont importantes sont aussi ceux qui ont un taux de pauvreté moins important. Il a ainsi été démontré que la Sécurité sociale est un des meilleurs outils pour lutter contre les inégalités sociales<sup>5</sup>. Et réduire les inégalités améliore la santé des individus !

A ce sujet, notons que la persistance de l'existence des complémentaires santé est un non-sens économique. Leurs frais de gestion (en moyenne vers 20 %)<sup>10</sup> sont bien plus élevés que ceux de l'assurance maladie obligatoire (inférieurs à 4%)<sup>11</sup>. Leurs garanties sont souvent inégalitaires, dépendantes du montant des cotisations versées (ce qui n'est pas le cas de la Sécurité sociale). Elles sont donc sources de renoncement aux soins.

À l'origine, la gestion de l'assurance maladie a été pensée pour être réalisée à l'échelon local directement par les acteur·rices concourant à son financement (employeur·ses et salarié·es via leurs syndicats représentatifs). Petit à petit, l'État a tenté de mettre la main sur sa gouvernance. Il y est parvenu par les lois de 1995 notamment, nommant leurs directions et allant jusqu'à rendre consultatif l'avis des conseils d'administration de ces caisses (où siègent des représentant·es des travailleur·euses). Il a également repris le contrôle des finances par l'établissement chaque année de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) qui flèche les dépenses de l'assurance maladie, et par le transfert progressif dans les sources de recettes, des cotisations vers l'impôt. Ceci a eu pour conséquence un éloignement et une centralisation de la gestion des caisses primaires d'assurance maladie. Si cela a pu permettre une certaine harmonisation des pratiques, en réalité la gestion est devenue de moins en moins adaptée aux besoins spécifiques des territoires. Mais surtout, les prises de décisions sont devenues très éloignées des principaux·ales intéressé·es qui n'ont plus de moyens d'y participer directement.

D'un modèle initialement pensé comme déconcentré avec un contrôle majoritaire par les travailleur·euses, nous sommes aujourd'hui dans un modèle vertical et descendant, du sommet de l'État vers les individus. Avant la création de la Sécurité sociale en 1946, de multiples caisses existaient et remplissaient sensiblement le même rôle. Une grande force fut d'instaurer un système universel, interprofessionnel, alimenté par un taux de cotisation unique. Revenir vers un système local pourrait conduire à mettre en place des outils générant des inégalités régionales, locales. Toutefois, un système basé sur des règles uniformisées ne signifie pas une gestion centralisée.

<sup>8</sup> <https://www.senat.fr/lc/lc10/lc100.html>

<sup>9</sup> <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F31326>

<sup>10</sup> <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/chiffres-cles>

<sup>11</sup> <https://www.malakoffhumanis.com/s-informer/sante/frais-gestion-et-taux-redistribution-de-quoi-parle-t-on/#:-:text=Les%20frais%20de%20gestion%20%3A%20des%20taux%20qui,en%20moyenne%20%C3%A0%20%3A%2016%20%25%2A%20des%20cotisations>

En ce qui concerne la couverture maladie, le terme « panier de soins » provient de la loi de 2016 qui instaure une complémentaire obligatoire dans les entreprises. Il définit alors la couverture minimale qui doit être proposée aux salarié·es. Le choix du terme « panier » n'a pas été pris au hasard, il contient en lui l'image du supermarché et le/la malade tend à devenir un·e consommateur·trice de soins, ne serait-ce que par utilisation de ce vocable, ce à quoi nous nous opposons. La santé ne doit pas être marchandisée. Il nous paraît donc souhaitable de parler plutôt de « périmètre de prise en charge » plutôt que de « panier de soins ».

Et ce « périmètre de prise en charge » est à définir en fonction des besoins des individus sur un territoire donné.

Comme nous l'avons dit dans le texte sur « l'organisation territoriale de santé », partager des réalités quotidiennes conduit à constituer de fait des communautés qui sont les mieux placées pour identifier les besoins réels et en fonction, mettre en place les actions nécessaires pour y répondre<sup>12</sup>.

Cela nécessite d'intégrer les habitant·e·s à toutes les étapes de la définition et de la réalisation du projet d'organisation de santé sur un territoire donné, dans une réelle démarche de santé communautaire. Cela implique également d'interroger et de travailler collectivement la question des « besoins » : partir des besoins exprimés spontanément par la population risque de renforcer les inégalités en santé, les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées ayant plus de facilité et d'opportunité pour exprimer leurs « besoins »

## B) Ce que nous proposons

Cela dit, il paraît donc pertinent de proposer, comme modalités de financement et de gouvernance de la Sécurité sociale :

- De simplifier la gestion de la Sécurité sociale en fusionnant l'ensemble des régimes existants en un seul, en choisissant les modalités d'uniformisation sur le « mieux-disant » dans l'intérêt de toutes et tous.
- De supprimer les régimes d'assurances complémentaires en intégrant dans le régime obligatoire leurs prestations relevant du périmètre de prise en charge.
- D'interdire tout profit sur les activités de soins, la santé étant considérée comme un bien commun (cf. encart sur les communs).
- De garantir l'indépendance financière de la Sécurité sociale en conservant une caisse de gestion spécifique, ayant tout pouvoir pour administrer ses financements ; c'est-à-dire autonome, notamment du point de vue de l'État français qui ne pourrait pas intervenir dans sa gestion, et également indépendante des marchés financiers. Les exonérations imposées par l'État seraient obligatoirement et en totalité compensées par lui, voire impossible et donc supprimées.
- De financer l'ensemble des prestations sociales par des cotisations prélevées sur l'ensemble des revenus produits en France (y compris sur les capitaux et les flux financiers) et non plus uniquement sur les salaires. Dans le cas d'un tel financement, l'État étant le seul à posséder les informations nécessaires pour établir le montant des cotisations, il pourrait tout à fait effectuer les calculs pour le compte de la Sécurité sociale sans pour autant que les versements ne transitent par lui (cf. la caisse de gestion indépendante ci-avant).
- De revenir au principe fondateur de la Sécurité sociale « chacun·e donne selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».
- D'indexer le taux de cotisations sur le niveau de dépenses, à l'échelle collective et non pas individuelle, (comme pour le régime local d'Alsace-Moselle<sup>13</sup>), sans restriction a priori sur une règle financière, donc sans indexer le niveau de dépenses sur les ressources allouées.
- Le « périmètre de prise en charge » est à définir en fonction des besoins identifiés au plus près des réalités des individus sur un territoire donné, donc sur l'intérêt collectif (état de santé de la population, efficience des procédés, etc.).
- Cela implique donc de repenser le modèle de gouvernance en se tournant vers des modèles déconcentrés et ascendants tels que nous l'avons proposé avec les conseils locaux de santé<sup>11</sup>.

Pour mémoire, il s'agit de créer et animer des espaces collectifs où se réunissent, échangent et élaborent ensemble des habitant·e·s, des professionnel·le·s et des élu·es et pas seulement des associations ou structures instituées. L'existence même de ces espaces, en redonnant du pouvoir d'agir aux premiers·ères concerné·e·s, est un facteur d'amélioration de la qualité de vie des personnes.

<sup>12</sup> <https://syndicat-smg.fr/quelle-organisation-territoriale-de-sante-voulons-nous>

<sup>13</sup> [https://regime-local.fr/hfr\\_faq/le-conseil-dadministration/](https://regime-local.fr/hfr_faq/le-conseil-dadministration/)

Pour être viables et pérennes, ces espaces doivent exercer concrètement leurs pouvoirs de décision et de contrôle sur les réalités quotidiennes du système de santé. Les règles de fonctionnement doivent être établies collectivement et explicitement de manière que tou·tes puissent s'en emparer. Les décisions doivent être rendues publiques et contestables selon des processus définis collectivement et démocratiquement au sein du territoire concerné. Ce fonctionnement doit pouvoir rester évolutif dans une volonté de processus démocratique le plus abouti possible, en tenant compte des places sociales de chacun·e, et en particulier des plus vulnérables. La démocratie locale sanitaire participative émergeant ainsi deviendrait la pierre angulaire d'une organisation territoriale de santé aux décisions ascendantes et non plus descendantes.

Les différentes organisations locales, initialement structurées à l'échelle de bassin de vie, doivent se fédérer pour mutualiser les expériences et agir de façon concertée. Les conseils locaux de santé enverraient alors des délégué·e·s dans des conseils départementaux, régionaux et nationaux et les décisions prises au ministère de la Santé, à la Caisse nationale d'Assurance maladie, etc. et déclinées par les institutions étatiques telles les Agences régionales de santé deviendraient exceptionnelles. Cette fédération des conseils locaux de santé établirait des priorités et des préconisations. Les instances nationales, telles que ministère de la Santé, Caisse nationale d'Assurance maladie, etc. seraient tenues de les respecter et auraient pour mission de mettre en œuvre ces politiques de santé. Elles serviraient alors avant tout à mettre en place des mécanismes d'équité entre territoires, avec le transfert de certaines ressources d'un territoire à l'autre, le principe égalitaire « chacun·e donne selon ses moyens et reçoit selon ses besoins » devant là aussi s'appliquer.

### Les communs

Le SMG s'est intéressé à la question des « communs », suite à des débats en son sein, sur l'articulation entre biens communs et biens publics.

La définition de « communs » varie régulièrement, notamment du fait qu'elle tente de circonscrire des réalités plurielles et elles-mêmes en mouvement. Historiquement, « les communs » pouvaient désigner des terres cultivées en commun par tou·te·s les membres d'une même communauté (souvent des femmes). Avec le développement de la propriété privée et du capitalisme (cf. Silvia Federici, *Caliban et la sorcière*), ces terres gérées collectivement ont été privatisées (elles sont devenues des « enclosures », terme anglais qui désigne une zone fermée, un enclos, une clôture).

Actuellement, nous pensons intéressant de regarder les questions de santé sous l'angle des questions posées par ces notions de « bien commun ». Ainsi, la santé a elle aussi été accaparée, privatisée de différentes manières : les médicaments via les brevets par des groupes industriels, les risques par des groupes assurantiels, les données de santé par les entreprises privées du numérique, les décisions concernant les corps humains par le pouvoir médical, etc.

Si on considère que les communs sont des ressources gérées collectivement par une communauté, cela implique, de notre point de vue :

- l'existence d'une ou de plusieurs ressources considérées comme précieuses et/ou nécessaires par la communauté,
- l'accessibilité à cette ressource pour toutes celles et ceux qui en ont besoin (droit d'usage),
- une gouvernance collective dont les règles s'appliquent à toutes et tous et sont reconnues par toutes et tous
- qu'il s'agit donc d'un processus décisionnel dynamique, évolutif, lié à la vie de la communauté et à l'implication des personnes qui composent cette communauté.

Considérer la santé, au sens large du terme, comme un commun nous semble souhaitable.

De plus, cette idée contient les germes de changements de paradigmes qui nous semblent également désirables :

- l'être devant prédominer sur l'avoir en transformant le « c'est à nous... » en « nous sommes... »,
- les instances nationales (ou du moins éloignées des réalités concrètes du quotidien) devant perdre leurs pouvoirs décisionnaires dans l'intérêt des instances de gouvernance de proximité (qui pourraient en revanche faire exécuter leurs décisions consensuelles par des instances de régulation nationales).

Une fois cela dit, nous restons avec des questions sur les modalités de mise en œuvre d'un tel processus :

- Comment rétablir et maintenir l'équité dans les gouvernances, dans les prises de décisions, et lutter contre les rapports de domination au sein de ces gouvernances collectives ?
- Comment gérer les moments de tensions, de conflits et les enjeux de pouvoir ?
- Quels outils mettre en place en amont, pour penser (se mettre au travail ? élaborer ?) collectivement, lorsque les crises et les confusions surviennent ?
- Est-ce que les États se sont créés sur l'insuffisance de la gestion communautaire, notamment pour s'opposer aux désirs de possession, de profit ? Comment contenir les limites d'un processus décisionnel dynamique de « commun » ?
- etc.

### Partie 3 : Déconstruire les contre arguments et les pièges

Nous savons que nos propositions énoncées ci-avant vont rencontrer des oppositions. Nous détaillons ici nos réponses à un certain nombre d'entre elles. A noter que, dans les paragraphes suivants, nous entendons par système d'assurance, un organisme, public ou privé, qui collecte de l'argent pour le reverser aux assuré·es.

#### Argument 1 : « Ça va créer une médecine à deux vitesses »

*ou comment déconstruire l'inégalité en matière d'accès aux soins*

De quoi parle-t-on ? Généralement, quand on parle de médecine à deux vitesses, c'est pour distinguer soit le type de structures de santé, publiques ou privées, soit pour distinguer la capacité financière de la personne soignée (et donc bien souvent son statut social) : a-t-elle les moyens de payer, par exemple, un dépassement d'honoraires non pris en charge par le système de remboursement ? Dans le système actuel, il y a déjà un système à deux vitesses : la Sécurité sociale ne prend en charge qu'une partie des soins et prestations, tout le monde n'a pas les moyens de payer une complémentaire et une partie des contrats complémentaires ne rembourse pas les dépassements d'honoraires.

Pour mieux comprendre, il nous faut définir les différentes variables de ce système.

D'abord le panier de soins. Ce terme est source de confusion.

Il s'agit de n'importe quel soin (produits et prestations de santé) dès lors qu'il est remboursé, peu importe le niveau de remboursement. Autrement dit, il ne détermine donc pas le taux de remboursement. Le panier de soins correspond donc au périmètre de qui est remboursé ou non, et pas du niveau de remboursement. Si on a un panier de soins très large avec un faible taux de remboursement, on a obligatoirement un accès aux soins à deux vitesses.

De plus, le choix du terme « panier » n'a pas été pris au hasard, il contient en lui l'image du supermarché et le/la malade tend à devenir un·e consommateur·trice de soins, ne serait-ce que par utilisation de ce vocable, ce à quoi nous nous opposons. La santé ne doit pas être marchandisée. Il nous paraît donc souhaitable de parler plutôt de « **périmètre de prise en charge** » plutôt que de « panier de soins » (cf. partie 2).

Ensuite, **les dépassements d'honoraires**. Pour tout soin remboursé par la Sécurité sociale, il existe un tarif dit conventionnel (les soignant·es signent une convention avec la Sécurité sociale, dans laquelle iels s'engagent à prodiguer/prescrire des soins à un tarif prédéfini, en l'échange de quoi la Sécurité sociale procède au remboursement, au moins partiel, desdits soins). Ce tarif est la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), « base » car la Sécu ne remboursera pas forcément l'intégralité, elle est à entendre comme « base de calcul des remboursements de la Sécurité sociale ». S'agissant des dépassements d'honoraire, ils consistent en la possibilité par le/la praticien·ne (dit « conventionné·e en secteur 2 ») de fixer ses tarifs au-delà du tarif conventionnel de la Sécurité sociale. Cette pratique fut autorisée en 1980 suite à la loi Barre créant le secteur 2.

Il existe enfin des dépassements de frais qui couvrent la différence entre le coût de vente, par exemple d'une paire de lunettes (200 à 300 €) et la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS), ici à 7 € (les dépassements de frais sont au matériel du soin ce que les dépassements d'honoraire sont au/à la praticien·ne).

Ainsi, plus le panier de soin est restreint avec une pratique de dépassements tolérée, plus le curseur se déplacera vers une médecine à plusieurs vitesses, et inversement.

#### Que voulons-nous ?

- Le système doit impérativement être universel (cf. partie 1).
  - La prise en charge par la Sécurité sociale doit être de 100 % des frais réellement engagés (cf. partie 1).
- Pour cela, les tarifs doivent être fixés de deux manières :

1/ Pour certaines prestations, le tarif conventionnel doit être réévalué, sans se dispenser de négocier et/ou contraindre les prix. C'est le cas, notamment, pour une paire de lunettes : la BRSS est à 7 € alors que le coût engagé est à 200-300 € en moyenne. Le prix réel des lunettes ne correspond ni à l'un ni à l'autre.

De la même manière les consultations doivent faire l'objet d'une négociation tarifaire de base.

Pour les soins dentaires, le soin conservateur est très peu valorisé en France et un·e dentiste est ainsi poussé·e à réaliser des soins plus rentables. Le prix des soins conservateurs doit être augmenté.

Globalement, l'intérêt du paiement à l'acte doit donc être remis en cause et, *a minima*, le tarif conventionnel des soins revu. Des alternatives existent telles que des rémunérations aux forfaits.

2/ Passée cette première étape, les dépassements d'honoraires ou de frais doivent être interdits.

## **Argument 2 : « Ça va aggraver le Trou de la sécu ! »**

*ou comment déconstruire le trou de la Sécu (cf. partie 2)*

Premièrement, lorsqu'on parle de « trou de la Sécu », on parle en réalité de **la différence entre le montant des recettes et celui des dépenses**. Si je dépense plus avec des recettes stables, le « trou » augmente. Mais l'inverse également, si mes dépenses sont stables mais que j'ai moins de recettes, le « trou » augmente également. Ainsi, on se rend bien compte que ce « trou » est une création artificielle, conséquence de décisions politiques. Il nous faut sortir du paradigme du trou de la Sécurité sociale : seule compte la pertinence de la dépense. Si la dépense est justifiée il faut trouver un moyen de la financer. Cela nous amène la question suivante : voulons-nous un système qui enrichisse ses intervenants ou qui vise à améliorer la santé de sa population ?

Toute société a intérêt à réduire les inégalités sociales, car cela améliore la qualité de vie et les richesses dans la société. Or la Sécurité sociale est un des meilleurs outils pour lutter contre les inégalités sociales. Mettre de l'argent dans la santé (augmenter les dépenses de santé) est donc intéressant/pertinent comme choix de société.<sup>14</sup>

Deuxièmement, croire à un surcoût pour les finances publiques est faux.

Ainsi, les complémentaires ne paient rien avec leur argent propre, mais avec l'argent que les assuré·es leur confient. Il en va de même pour la Sécurité sociale. Par exemple, prenons une consultation à 25 €, remboursée 17,50 € par la Sécurité sociale et 7,50 € par une complémentaire actuellement. Si elle est remboursée intégralement par l'un ou l'autre des organismes, la consultation reste à 25 €, donc la dépense est la même. Le choix de l'assurance ne change rien au coût du soin, mais change le « rembourseur » dans le système actuel.

## **Argument 3 : « Une Sécu à 100 % ? On va mettre au chômage toutes les personnes qui travaillent pour les complémentaires ! »**

*ou comment déconstruire la peur du chômage du personnel travaillant dans les complémentaires.*

D'un point de vue économique, avoir un seul système d'assurance, en l'occurrence publique, permet de diminuer les coûts de gestion. Actuellement, nous payons deux fois les frais de gestion. Une fois côté Sécurité sociale et une fois côté assurance privée. Or les coûts de gestion sont bien moins importants du côté de la Sécurité sociale. Ainsi, une seule entité permettrait un niveau de performance égale et un niveau de coût réduit, ce qui entraîne une amélioration de l'efficacité économique. Or dans notre système actuel, le *statu quo* entre Sécurité sociale et assurances de santé privées est maintenu, en dépit du bon sens économique.

D'un point de vue social, une proposition de reclassement peut être faite à l'ensemble des personnels des complémentaires privées dans l'assurance maladie publique. Cela améliorera le service rendu aux assuré·es ainsi que les conditions de travail des travailleur·euses de la Sécurité sociale. Nous proposons donc de :

- pallier le manque de guichet et d'accès personnalisé, actuellement uniquement sur rendez-vous,
- améliorer les délais de traitement des dossiers (dossiers CMU, renouvellement de carte Vitale...),
- intégrer ces salarié·es dans des espaces de médiations en santé.

Ainsi, cela permettrait un niveau de performance supérieur pour un coût constant, donc là encore une amélioration de l'efficacité économique.

## **Argument 4 : « C'est un système qui coûte déjà cher, on ne peut pas mettre plus »**

*ou comment déconstruire le coût de la santé et son influence sur nos sociétés*

Oui la santé à un coût. Est-il cher ?

La question se pose différemment si on cherche la rentabilité : la santé ne peut/doit pas être rentable

La France n'est pas le pays qui consacre le plus haut taux de produit intérieur brut aux dépenses de santé.

Par exemple, les États-Unis ont des dépenses de santé par personne deux fois plus importantes qu'en

France pour une espérance de vie (hommes et femmes confondu.es) moins importante. A l'inverse, le Japon, la Suède ou encore l'Espagne ont des dépenses de santé par personne moins importante que les États-Unis ou la France pour une meilleure espérance de vie. L'épidémiologiste Richard Wilkinson, qui décrit bien ce phénomène dans son livre *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, explique, à partir de l'analyse de nombreuses données comment nous sommes à « la fin d'une époque [car] jusqu'ici, pour améliorer notre condition, il y avait une réponse qui marchait : produire plus de richesses. Nous avons passé un certain seuil, et ce lien est désormais rompu. [...] »

L'espérance de vie n'est pas liée aux dépenses de soins de santé dans les pays riches. Les problèmes sanitaires et sociaux ne sont que faiblement liés aux revenus nationaux moyens dans les pays riches.

Richard Wilkinson met surtout en évidence la relation entre l'état de santé d'une population et les inégalités : plus les pays sont inégalitaires, plus les difficultés sanitaires et sociales apparaissent. Ce lien avec les inégalités est reproductible avec l'espérance de vie, la mortalité infantile, les maladies mentales, l'obésité, le taux de maternité précoce, les résultats scolaires... L'auteur conclut d'ailleurs : « Ces données nous indiquent la voie : celle de l'égalité. Qui est bonne pour la santé ! »

## **Argument 5 : « Avec la Sécu à 100 %, c'est sûr qu'il y aura encore plus d'abus, de fraudes et/ou d'assisté·es »**

*ou comment déconstruire qui sont les fraudeur·euses, les assisté·es*

Le ticket modérateur est la partie de vos dépenses de santé qui reste à charge une fois que l'Assurance maladie obligatoire a remboursé sa part. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale, notamment pour laisser une place aux mutuelles complémentaires qui préexistaient à la création de la Sécurité sociale dans un certain nombre de branches professionnelles. Il s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Il a été mis en avant comme outil pour maintenir aux assuré·es sociaux·ales une partie du coût des soins, sous prétexte de les « responsabiliser » tout en dépensant moins. Sa prise en charge par les complémentaires en fait un outil de discrimination et « déresponsabilise » ceux qui peuvent payer cette assurance complémentaire. Il n'a jamais démontré aucune efficacité dans la réduction des dépenses de santé mais participe en revanche, grandement aux renoncements aux soins<sup>3</sup>.

Ensuite, l'image de l'assisté·e, devenu·e progressivement « fraudeur·euse », et donc responsable de dépenses énormes, est problématique. Si des pratiques frauduleuses existent de la part des assuré·es, elles sont finalement assez limitées et ce sont surtout le défaut de cotisations des employeur·euses et la fraude fiscale qui se révèlent importantes. Au final, ces politiques gestionnaires, à l'œuvre depuis 1990, détruisent progressivement les organismes de protection sociale (tout en disant faire le contraire) sous prétexte de lutter contre la fraude.<sup>15 16</sup>

La théorie économique qui fait de l'assuré maladie un profiteur, se base sur la théorie économique de l'assurance. Mais celle-ci s'applique mal à l'assurance santé. Par exemple, si j'ai une assurance automobile qui couvre à 100% la carrosserie, je vais me garer moins précautionneusement que si je n'étais pas assuré·e. Calquée dans le champ de la santé, si je suis assurée à 100% pour mon cancer du poumon, peu m'importerait de fumer. Or ce n'est pas le cas, personne n'a envie d'avoir un cancer du poumon !

Les dernières avancées en théorie économique montrent de plus que l'augmentation de la consommation de soins, quand l'assurance est très couvrante, n'est pas le témoin des abus qui se multiplient, mais plutôt le témoin du renoncement au soin qui régresse. En ce sens il est souhaitable.

## **Argument 6 : « Les mutuelles/assurances privées sont des organismes à l'équilibre, elles au moins, pas comme la Sécu »**

*ou comment déconstruire l'équilibre financier des complémentaires*

En effet, les assurances complémentaires fixent elles-mêmes leurs tarifs, en fonction de leurs dépenses. Elles ont comme objectif premier la rentabilité et donc l'équilibre, voire l'excédent financier. Mais la Sécurité sociale non...

<sup>14</sup> R. Jegot, « Face au(x) trou(s) (du cul) de la Sécu », *Pratiques* n° 97, avril 2022 : <https://pratiques.fr/Face-au-x-trou-s-du-cul-de-la-Secu>

<sup>15</sup> V. Dubois, *Contrôler les assistés. Genèses et usages d'un mot d'ordre*, 2021.

<sup>16</sup> <https://basta.media/Controles-allocations-familiales-CAF-RSA-fraudes-aux-prestations-sociales-entretien-controler-les-assistes#nb4-1>

Ainsi, de 2006 à 2017, la progression du coût des complémentaires (+3,6 %/an), à la charge des assuré·es, est supérieure à la progression des dépenses de santé (+2,6 %/an) qui est elle-même supérieure à la progression des ressources de la Sécurité sociale (+2,2 %) <sup>17 18</sup>.

A l'inverse, les dépenses de la Sécurité sociale sont déterminées par l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) qui fixe une enveloppe budgétaire globale, dont le montant est bien en dessous des dépenses projetées. Ensuite, des réformes sont entreprises pour adapter au budget établi en réalisant des coupes budgétaires, indépendamment de la qualité du soin.

Encore une fois, le budget de l'assurance maladie dépend des recettes qui lui sont allouées. Il est déjà démontré que sa gestion est bien meilleure que celle de n'importe quel organisme privé d'assurance maladie. En garantissant un financement à la hauteur des besoins, un système de protection maladie publique solidaire et efficace économiquement est possible.

#### **Argument 7 – « Une sécu à 100 %, c'est le retour du communisme ! »**

*ou comment déconstruire la peur de l'étatisation*

Derrière cet argument se cache en réalité la question de l'absence de concurrence entre assurances santé, ou la crainte du monopole et/ou de la nationalisation, c'est-à-dire une assurance santé indépendante des marchés financiers. (cf. partie 2)

Or dans notre système actuel, le *statu quo* entre Sécurité sociale et assurances de santé privées est maintenu, en dépit du bon sens économique. En effet, avoir un système unique coûterait moins cher. Par exemple actuellement, nous payons deux fois les frais de gestion. Une fois côté Sécurité sociale et une fois côté assurance privée. Or les coûts de gestion sont bien moins importants du côté de la Sécurité sociale. Alors comment mieux les utiliser ou encore, pourquoi ne pas tout regrouper ?

Nous pouvons nous poser la question de savoir si, du côté des assurances complémentaires, il n'y aurait pas des intérêts plus importants que la santé des assuré·es (profits, exonérations fiscales, groupes d'influences...)?

#### **Argument 8 : « La Sécu à 100 %, c'est ne plus avoir le choix, ça me prive de ma liberté. »**

*ou comment la liberté de choix de la couverture sociale est illusoire et inégalitaire*

Soutenir l'idée que chacun.e puisse choisir sa couverture sociale, c'est affirmer tout fort que les pauvres sont trop bêtes pour avoir une couverture correcte. En effet, il existe un gradient de qualité de couverture qui suit, sans surprise, le gradient socio-économique. Ainsi parmi les 4-5 % de la population n'ayant pas de couverture complémentaire : 12 % disent le faire par choix, 50 % disent le subir et en voudrait une. Donc lutter contre une couverture universelle, au nom de la liberté d'une non-affiliation, revient à priver au moins 5 % de la population de soins corrects pour respecter les volontés libertariennes de 0.6 % des individus... Voulons-nous vraiment faire ce choix de société ? Au-delà de cet argument, la non-universalité d'un tel système contribue au délitement du pacte social, par le fait même qu'elle attise la vision du/de la profiteur·euse/assisté·e/fraudeur·euse.

### **Conclusion**

En conclusion, il nous semble important de revenir sur nos propositions principales, à savoir :

- la sanctuarisation du domaine de la santé dans un système de protection éthique ; ce qui veut dire le sortir de la logique du marché et interdire tout profit économique sur les activités de soins, la santé étant considérée comme un bien commun,
- une assurance maladie obligatoire et réellement universelle, avec une suppression des conditions de résidence (donc une inclusion des ressortissant·es étranger·es en situation irrégulière en France y compris à Mayotte) et de ressources,
- une assurance maladie totalement protectrice qui prend en charge en totalité le montant des frais de santé (remboursement à 100 % de tout pour toutes et tous, ce qui implique la suppression du ticket modérateur et des autres restes à charges),

<sup>17</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante>

<sup>18</sup> UFC-Que Choisir, Complémentaires santé – Lisibilité en berne, grave dérive des frais de gestion <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/>

- la simplification de la gestion de l'assurance maladie en fusionnant l'ensemble des régimes existant en un seul, en choisissant les modalités d'uniformisation sur le « mieux-disant » dans l'intérêt de toutes et tous,

- la suppression des régimes d'assurances complémentaires, devenues inutiles, du fait de l'intégration de leurs prestations dans le régime obligatoire,

- la généralisation du tiers-payant, simplifié par l'existence d'un seul organisme payeur,

- le renforcement du service médico-social de l'assurance maladie et la garantie d'accès à des guichets de proximité avec des accueils physiques et humains (en renonçant au tout-numérique),

- le retour au principe fondateur de la Sécurité sociale « chacun·e donne selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », principe qui permet à la fois un maximum de solidarité et d'efficacité,

- la garantie de l'indépendance financière de la Sécurité sociale en conservant une caisse de gestion spécifique autonome des financements de l'État français et donc indépendante des marchés financiers, ayant tout pouvoir pour administrer ces financements.

- la généralisation des prestations sociales par des cotisations prélevées sur l'ensemble des revenus produits en France (y compris sur les capitaux et les flux financiers) et non plus uniquement sur les salaires,

- la planification des recettes de la Sécurité sociale en fonction du niveau des dépenses nécessaires puis l'indexation des taux de cotisations en fonction de ces objectifs et non en fonction d'une règle budgétaire préétablie limitant ressources et dépenses,

- la définition d'un « périmètre de prise en charge » en fonction des besoins identifiés et donc sur l'intérêt collectif (état de santé de la population, efficacité des procédés, etc.),

- la documentation et l'évaluation des risques pesant sur la santé en y incluant désormais les risques sociaux et environnementaux, et la mise en place de véritables politiques de prévention individuelle et surtout collective.

Tout cela implique donc de repenser le modèle de gouvernance en se tournant vers des modèles déconcentrés et ascendants tels que nous l'avons proposé avec les conseils locaux de santé.

Nous avons conscience que ce texte ne répond pas à toutes les questions soulevées par les enjeux de l'assurance maladie. Il en soulève même de nouvelles, par exemple concernant les enjeux de gouvernance qui sont à discuter collectivement au sein de nos sociétés, de nos communautés. Ainsi, la question des responsabilités, des pouvoirs qui vont avec, et donc des contre-pouvoirs, sont des questions fondamentales qui restent pour nous à travailler en permanence. L'articulation entre l'organisation des systèmes de soins, plus globalement de santé, et le financement de ces systèmes est elle aussi une question sans cesse renouvelée.

Toutes ces réflexions sont pour nous à poursuivre et nous invitons tous ceux et toutes celles qui les mènent également, à les partager.