

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

23

DOSSIER

Ils vont tuer la Sécu !

S O M M A I R E

Éditorial 3

Dossier **Ils vont tuer la Sécu ! 5**

C'EST LA SÉCU QUE L'ON ASSASSINE

Histoires d'aujourd'hui	6	<i>Sylvie Cognard</i>
Cauchemars pour demain	7	<i>Sylvie Cognard, Anne-Marie Pabois, Martine Devries</i>
L'Assurance maladie et l'AGCS	8	<i>Marie Kayser</i>
OPA sur les droits sociaux	9	<i>Agnès Bertrand et Laurence Kalafatides</i>
La santé : l'appétit sans fin du libéralisme	13	<i>Patrick Alloux</i>
Mais où est donc passé l'argent de ma Sécu ?	19	<i>Anne Perraut-Soliveres</i>
Systeme de soins à vendre	22	<i>Hélène Girard</i>
Réseaux et filières	24	<i>Didier Ménard</i>
Des syndicats de médecins prédateurs	27	<i>Patrice Muller</i>
Assurance maladie : réforme ou changement radical ?	28	<i>Marie Kayser et Hélène Girard</i>
Le déficit de la CNAM : un débat faussé	32	<i>Pierre Volovitch</i>
ARS 2008 : une avancée sociale	36	<i>Jacques Richaud</i>

DES ACTEURS AMBIVALENTS

La Mutualité française à la croisée des chemins 39 *Marie Kayser*

LES PROPOSITIONS

Trois principes pour asseoir une Assurance maladie solidaire	42	<i>Pierre Volovitch</i>
Les agriculteurs entre MSA et assureurs privés	46	<i>Anne-Marie Pabois</i>
Une autre mutualité est possible	48	<i>Christian Boistard</i>
Les mutuelles dans le régime obligatoire	52	<i>Hubert Sage</i>
Ailleurs, en Italie	56	<i>Jean-Olivier Mallet</i>
Rationalité économique et réalité sociale	59	<i>Christiane Vollaire</i>
Hallali ou renaissance pour l'Assurance maladie ?	63	<i>Patrice Muller</i>

Rubriques

La goutte de sang : du jeu au réel	68	<i>Monique Sicard</i>
Actualité politico-médicale : Le double masque du pantin	72	<i>Jean-Louis Gross</i>
Les intermittents et la Sécu	73	<i>Françoise Ducos</i>
Convergence des luttes	73	<i>Elisabeth Maurel-Arrighi</i>
Petite bête noire	74	<i>Marc Zaffran/Martin Winckler</i>
Larzac 2003	76	<i>Florence Gaudard</i>
Il y a avant et il y a après	76	<i>Jean-Louis Gross</i>
Dates à retenir sur vos agendas	77	
Docteur José Bové, I presume ?	78	<i>Denis Labayle</i>
La décolonisation de l'enfant	80	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Euthanasie : début d'une chronique	81	<i>Bertrand Riff, Françoise Ducos, Jean-Daniel Escande, Pascal Charbonnel, Philippe Foucras, Philippe Binder</i>
Vaccin anti-verrue	84	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
L'hébergement des exclus	86	<i>Isabelle Nony</i>
Fernande	92	<i>Philippe Foucras</i>
Nous avons lu pour vous	93	<i>Sylvie Lagabrielle</i>

E D I T O

La canicule, entre hypocrisie et aveuglement

Non, la tragédie de l'été n'est pas qu'une histoire d'urgences et de manque de réactivité face à un événement inhabituel. C'est toute l'organisation du système de soins qui a été remise en cause. En effet, des choix faits depuis longtemps, aggravés par l'actuelle politique ultralibérale, privilégient la rentabilité et la technologie.

On a enlevé des subventions aux réseaux de proximité, on a étranglé les services de soins infirmiers à domicile, on a fermé des lits d'hospitalisations dans le public, on a gelé les crédits des maisons de retraite, on a dévalorisé le travail des soignants auprès des patients âgés ; et après, on s'étonne que les personnes les plus vulnérables, âgées, isolées et pauvres fassent les frais de la canicule.

Cette catastrophe, c'est la rançon d'un système français tourné vers la réponse individuelle à la demande de soin, ce sont des soignants rémunérés uniquement à l'acte en médecine ambulatoire qui ne sont ni formés, ni payés par l'Assurance maladie pour faire de la prévention.

La prévention n'est pas dans ce que préconisent les « experts » officiels. Ce n'est ni un institut de veille météorologique, ni la nécessaire augmentation du nombre de lits d'hôpitaux et des budgets qui permettraient d'éviter de telles catastrophes. La prévention, ce serait une autre organisation du système de soins, où généraliste, infirmière, assistante sociale, service de maintien à domicile, hôpital de proximité auraient l'habitude de travailler en réseau et d'être en lien avec les services de veille sanitaire. Ce serait une modification radicale des représentations, où s'occuper d'une personne dépendante serait aussi prestigieux que réaliser un acte technique. Ce serait la réhabilitation du lien social.

A l'hypocrisie de nos gouvernants s'ajoute l'aveuglement de la population. Pourtant, nous sommes devant des choix de société : un certain nombre de professionnels de santé sont prêts à travailler non pas dans une course à la rentabilité, mais dans une conception de service public. Surtout, les citoyens peuvent exiger que soit mise en place une Assurance maladie qui développe la solidarité, la prévention et la coordination des soins, et que l'organisation sociale ne sacrifie pas la santé de la population à la recherche de profits.

Elisabeth Maurel-Arrighi



SÉCU

D O S S I E R

Réforme ou changement radical ?

Il y a un an, le gouvernement mettait en place des groupes de travail pour préparer une « réforme » de l'Assurance maladie qui devait être votée par le Parlement cet automne dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

L'étude des rapports remis par ces groupes montre que ce qui est envisagé n'est pas une simple « réforme », mais un « changement radical » dans les caractéristiques du système d'Assurance maladie ; tous les éléments d'une privatisation progressive du système de soins sont mis en place : diminution de la part prise en charge par le régime obligatoire, remise en cause du mode actuel de gestion par les partenaires sociaux avec ouverture de la gestion-régulation aux assurances complémentaires, qui auront accès aux données concernant les patients ; il faut ajouter à ce tableau l'étranglement budgétaire de l'hôpital public.

Cette privatisation, intervient dans un contexte plus global de marchandisation des services publics avec ouverture à la concurrence dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce et tout particulièrement de l'Accord Général sur le Commerce des Services.

Probablement échaudé par les mobilisations récentes (décentralisation, retraites, statut des intermittents, rassemblement altermondialiste du Larzac) et conscient de l'attachement des Français à leur système d'Assurance maladie, le gouvernement recule d'un an sa « réforme » et remet en place une instance chargée d'établir un diagnostic et de faire des propositions pour l'automne 2004 ; il diffuse en même temps des informations alarmistes sur le déficit de la Sécurité sociale pour préparer l'opinion publique et les syndicats à de profonds changements.

A l'opposé de la privatisation, un autre choix est possible : cette année doit être mise à profit par les citoyens pour mener un véritable débat démocratique sur la protection sociale et lutter pour une Assurance maladie obligatoire avec un financement solidaire, une amélioration du niveau de prise en charge, et un respect des tarifs de la Sécurité sociale par les professionnels du soin. Cette Assurance maladie doit être intégrée à une véritable politique de santé publique qui ne soit pas uniquement centrée sur le soin, mais intègre aussi l'étude des causes réelles des maladies, la prévention, la coordination.

Marie Kayser



Histoires d'aujourd'hui

Marie-Claire

Sylvie Cognard - Médecin généraliste

Elle vient me voir un jour avec tous les signes cliniques évocateurs d'un ulcère duodénal. Bête et disciplinée à l'époque, je l'adresse à un confrère pour une fibroscopie. Bingo, diagnostic confirmé, Marie-Claire ressort de chez lui avec une ordonnance de Mopral®. Elle s'en va donc chez le pharmacien, mais surprise, surprise, les 35 % du ticket modérateur, ça fait très cher !

Marie-Claire, dont les finances ne sont guère brillantes, n'a pas de quoi se payer une mutuelle. Elle s'en revient donc, dépitée, me voir pour essayer de solutionner le problème. Comme je ne reçois pas les visiteurs médicaux, point d'échantillon du précieux inhibiteur de la pompe à protons (IPP) dans mon placard ! Damned ! Je téléphone donc au spé, qui lui reçoit les visiteurs. Marie-Claire retournera chercher la précieuse IPP chez le confrère et pourra enfin soulager ses maux à défaut de soulager ceux de son porte-monnaie. La fibroscopie, elle, est prise en charge à 100 %...

Lulu et Lola

Sylvie Cognard - Médecin généraliste

Lola 6 mois vient me voir dans les bras de sa maman.

L'auscultation de ses poumons ressemble au vent dans les grands pins,

Ou au pigeonnier de mon jardin, c'est comme on veut...

De la kiné respiratoire il lui faut sans attendre...

Mais la kiné, c'est cher et mal remboursée et il faut avancer les sous.

Des sous y en a point chez la maman de Lola, qui n'a pas de quoi payer une mutuelle.

Que faire, que faire ? se dit le Docteur.

– Prescrire des petites bombes de produit et un appareil pour que Lola les respire ? Mais c'est cher aussi et si la maman de Lola n'a pas de sous pour le kiné, elle n'en a pas non plus pour le pharmacien ! Si la situation s'aggrave, la maman de Lola aura-t-elle bien compris qu'il faut l'emmener à l'hôpital et comment va-t-elle le faire en pleine nuit puisqu'elle n'a pas de voiture ? Les pompiers ? Pas sûr qu'ils se déplacent sans avoir auparavant envoyé le médecin de garde sur place, la maman de Lola comment va-t-elle payer la visite de nuit ?

– Adresser Lola à l'hôpital avec une belle lettre. Lola ressortira sans doute de l'hôpital avec une ordonnance de kiné. On revient à la case départ, à moins qu'une hospitalisation ne soit acceptée devant l'insistance de la maman. La maman de Lola demandera à voir l'assistante sociale pour avoir une aide pour payer les frais d'hospitalisation.

– Abracadabra, sur l'ordonnance, Lola devient Lulu le bébé de la voisine qu'a la CMU.

Lulu ou Lola, c'est qui qu'est malade ? C'est qui qui va guérir, sans aller à l'hôpital ?

La maman de Lola a 10 euros de plus que la maman de Lulu, pour vivre par mois, C'est pour ça qu'elle a pas la CMU.

Le métier du docteur c'est de soigner et de soigner si possible le plus efficacement au moindre coût, quelle solution va-t-il choisir ?

Il aurait été plus simple que ce soit Lulu qui soit malade, pour 10 euros de moins par mois de revenus dans sa petite famille, le docteur n'aurait pas été aussi embarrassé ! Il aurait soigné Lulu tout simplement en faisant l'ordonnance de kiné. Il suffirait de presque rien, peut être dix euros de moins pour que Lola soit soigné comme Lulu...

Cauchemars pour demain



Comme en Suisse ?

Sylvie Cognard - Médecin généraliste

Dans ce joli pays, chacun s'assure personnellement pour sa santé, sa retraite... Mon frère immigré français dit de permis B il y a une dizaine d'années, présente un jour des saignements digestifs inquiétants. Son médecin traitant lui propose de passer une coloscopie. L'Assurance maladie à laquelle il adhère lui envoie un questionnaire. Dans celui-ci, il est envisagé de soit le « virer », soit qu'il paye un supplément. Mon frère a changé d'assurance...

La coloscopie ne montrait pas de cancer, tant mieux !

Morale de l'histoire, si en France ça devient comme en Suisse, sans doute les cancéreux paieront leur couverture maladie plus chère...

Josette n'a plus le profil

Anne-Marie Pabois - Médecin généraliste

En 2005, l'Assurance sociale a été réformée, les assureurs complémentaires se sont développés et « Mme Josette, désolée pour vous : d'après la grille de votre assurance G.R.O., la durée moyenne d'une dépression traitée est de 6 mois. Vous abordez le 7^e : donc plus de remboursement. »

On responsabilise Michel

Anne-Marie Pabois - Médecin généraliste

En 2005, l'Assurance sociale a été réformée, les assureurs complémentaires se sont développés et à la Mutmité, on s'intéresse à votre santé. Vous buvez et fumez trop depuis vos conflits au travail. Jurez de faire une cure de désintoxication et on vous assure à nouveau : il faut se responsabiliser. Mais attention : vous n'avez pas droit à la rechte.

On n'assure plus Charles

Martine Devries - Médecin généraliste

En 2005, l'Assurance maladie a été réformée, les assurances complémentaires se sont développées, elles ont un contrôle médical elles aussi. Charles a longtemps suivi son traitement de Méthadone, il a réussi à l'arrêter depuis 6 mois, il a enfin un CDI en chaudronnerie, sa copine et lui ont décidé de faire un bébé et ils veulent acheter une petite maison. Le médecin contrôleur de l'assurance a accès à son dossier médical et a vu que c'est un ancien toxicomane. L'assurance sur le prêt est accordée avec une surprime indécente : ils renoncent.



L'Assurance maladie et l'AGCS

Marie Kayser

*Médecin généraliste,
membre de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale*

L'AGCS ou le déni démocratique

L'Accord Général sur le Commerce (AGCS) est pour la plupart des citoyens et des élus un sigle mystérieux⁽¹⁾ et pourtant cet accord a été signé en 1994 et ratifié par les Parlements des différents pays européens : les Etats membres se sont engagés à augmenter progressivement le nombre de services couverts par l'Accord, c'est-à-dire à la libéralisation progressive et à l'ouverture à la concurrence de tous les secteurs de service : sauf ceux qui sont fournis « dans l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Une fois un service engagé dans l'accord, il est quasiment impossible de faire marche arrière, sauf à payer de très lourdes compensations : ouvertures d'autres services en échange ou compensations financières ; les litiges se règlent devant l'Organe de Règlement des Différents (ORD), tribunal à la fois juge et partie, qui est composé d'experts non élus et dont les délibérations se tiennent à huis clos.

Actuellement, les Etats membres, après avoir établi la liste des services qu'ils souhaitent voir ouvrir à la concurrence chez les autres, doivent établir la liste des services qu'ils sont prêts à ouvrir eux-mêmes. Tout ceci se fait dans une absence totale de débat démocratique : en France, les élus peuvent consulter les documents à Bercy sous surveillance sans prendre de notes ni de photocopies⁽²⁾. Ces listes auraient dû être prêtes pour fin mars 2003, mais il y a du retard dans leur élaboration ; la fin des négociations est prévue pour fin 2004.

AGCS et secteur de la santé

Le secteur de la santé fait partie des domaines qui entrent dans le cadre de l'AGCS, même si l'Assurance maladie est un service public qui devrait en toute logique rentrer dans les exceptions concernant les services qui ne sont fournis « ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs » : mais l'article 6 de l'AGCS prévoit que les pays auront à « justifier sur demande la raison d'être de leurs mesures réglementaires intérieures ».

Le secteur de la santé n'est pas encore engagé en bloc dans l'Accord ; s'il l'était, deux règles s'appliqueraient immédiatement : « le traitement national » et « l'accès aux marchés » ; ce qui signifie en clair que l'Etat ne pourrait plus réglementer les implantations privées dans le secteur du soin et devrait verser à toutes les entreprises privées implantées les mêmes subventions qu'au secteur public. La volonté actuelle du gouvernement de désengagement de l'Assurance maladie obligatoire au profit des couvertures complémentaires peut par ailleurs aboutir à la suppression de la notion de service public ce qui rendrait encore plus facile l'engagement de tout le secteur dans l'AGCS.

Par ailleurs, l'AGCS prévoit le « mode 4 de fourniture des services » : la mobilité des travailleurs qui auraient des visas spéciaux octroyant des autorisations de séjour d'une durée équivalente à la durée du contrat ; ce statut ne serait plus régi par la législation du pays d'accueil avec pour conséquences un statut précaire avec un déni des droits pour les travailleurs importés et le démantèlement du droit du travail du pays d'accueil. Enfin, si le secteur de la santé n'est pas engagé en bloc dans l'Accord, des sous-secteurs peuvent être déjà concernés par les offres dites horizontales de libéralisation ce qui pourrait par exemple être le cas des services hôteliers des hôpitaux.

Conclusion

Notre lutte pour une Assurance maladie basée sur les principes de solidarité et universalité doit s'accompagner d'une lutte pour un moratoire immédiat sur les négociations de l'AGCS et pour l'organisation d'un débat citoyen sur l'OMC et l'AGCS.

1. Pour s'informer : entre autres 2 livres (dont sont issues les données de cet article) : Agnès Bertrand, Laurence Kalafatides : *OMC le pouvoir invisible*, Ed. Fayard 2/2002 et ATTAC : *Remettre l'OMC à sa place*, Ed. Mille et une nuits 7/2001

2. Interview de Raoul Marc Jennar de l'OXFAM sur France Culture début 2003.

Quelques indices

... ouverture à la concurrence...





Résumé : Cet article est un extrait du livre *OMC, le pouvoir invisible*, Fayard, 2-2002 écrit par Agnès Bertrand et Laurence Kalafatides. Pour les auteures, les promoteurs de l'AGCS, Accord général des commerces et services, de fait accord de déréglementation des services, voient dans l'existence même de services publics un obstacle à l'extension de la sphère marchande. Transformer des droits sociaux tels l'éducation et la santé en biens d'échanges commerciaux traduit un recul politique et social sans précédent depuis deux siècles dans les démocraties occidentales. Pour les pays de l'hémisphère Sud, il s'agit tout bonnement d'empêcher tout devenir contraire aux dogmes du marché.

OPA sur des droits sociaux

« Je définirais la mondialisation comme la liberté pour mon groupe d'investir où il veut, le temps qu'il veut, pour produire ce qu'il veut, en s'approvisionnant où il veut et en ayant à supporter le moins de contraintes possible en matière de droit du travail et de conventions sociales. »

Percy Barnevik, PDG d'Asean Brown Boveri

La santé (du commerce) d'abord

Ce matin d'avril 1999, dans notre bureau, l'indignation est à son comble.

« Tu te rends compte, la Sécu c'est mauvais pour la santé ! »

« Mais qu'est ce que tu racontes ? »

« Ecoute-ça c'est signé « Secrétariat de l'OMC » : ... on peut penser en outre que la hausse des prélèvements divers, y compris les contributions aux régimes obligatoires a sur les individus des répercussions qui ne sont pas bonnes pour la santé. »

Le document de la colère est la note d'information sur les services de santé. Pour préparer les négociations « AGCS 2000 », le secrétariat de l'OMC distribue de nombreux documents de travail à l'attention des négociateurs.

Le secrétariat n'est pas habilité à donner son opinion et encore moins à orienter les débats. Les fonctionnaires ont pour mission d'élaborer des notes d'information « objectives et impartiales », leurs réflexions doivent avoir « un seul dénominateur commun : la recherche de l'efficacité ».

Objectives et impartiales ? Dès les premières lignes, le lecteur est mis en condition. Les experts es-services de l'OMC « considèrent le secteur de la santé comme un frein à l'expansion économique » car selon eux « même dans les pays les plus développés, le secteur ne contribue encore que modestement aux échanges commerciaux. Cela semble dû à l'action conjuguée des réglementations et des contraintes institutionnelles qui découragent la présence commerciale étrangère. Toutefois la situation semble s'améliorer peu à peu. Dans un certain nombre de pays, les réglementations sont davantage orientées vers le marché. »

Insupportable jargon, dire qu'il y en a 38 pages comme cela ! 38 pages multipliées par des centaines. Quand on étudie l'AGCS en profondeur, le quotidien est habité par cette « littérature » indigeste. Notes d'information du secrétariat, rapports du conseil du commerce des services, du comité des engagements spécifiques, du groupe de travail des règles de l'AGCS, du groupe de travail sur la réglementation intérieure : autant de documents abstraits étudiés *ad nauseam*. Pour l'heure, celui qui nous préoccupe a pour nom de code S/C/W/50.

Malades en stock

Statistiques à l'appui, l'OMC s'interroge sur l'évolution des exportations de malades ! Le secrétariat constate que de plus en plus de riches habitants des pays en voie de développement se rendent dans les pays occidentaux pour y recevoir des soins haut de gamme. Parallèlement

Agnès Bertrand

Fondatrice de l'Observatoire de la mondialisation, elle anime l'Institut pour la revalorisation de l'économie (IRE).

Laurence Kalafatides

Vice-présidente de l'Institut pour la revalorisation de l'économie (IRE).

IRE

14, Grande-rue
30610 Sauve
Tél. : 04 66 77 07 04
Fax : 04 66 77 07 14

des pays comme l'Inde se voient gratifiés d'un « potentiel considérable pour attirer les patients de la région d'Asie et du Pacifique ». Les chirurgiens indiens sont très qualifiés et, aubaine, opèrent à des coûts dix fois inférieurs à ceux de leurs homologues occidentaux. Les couches populaires de Sumatra ou de Papouasie sont donc priées d'aller se faire ausculter en Inde.⁽¹⁾

Toutefois ces pratiques, encouragées par l'OMC, se trouvent encore sérieusement limitées par les réglementations en vigueur, sur la sécurité sociale notamment, dans un bon nombre de pays membres de l'organisation de Genève. Durant les années 1993-1994 les négociateurs ont âprement discuté pour savoir si « les règles de l'AGCS s'appliquent aux mesures se rapportant à la sécurité sociale »⁽²⁾. La réponse n'ayant pas été donnée à la fin du cycle de l'Uruguay, le débat technique fut renvoyé aux négociations « AGCS 2000 ». Mais pour les technocrates de l'OMC, l'affaire semble entendue : « les règles et les pratiques dans les domaines réglementés peuvent être utilisées pour perturber les marchés ouverts ou peuvent avoir cet effet ». Décidément, le document S/C/W/50 se révèle être véritablement redoutable.

Rabais sur les infirmières

Dans l'univers orwellien de l'OMC, la logique commerciale doit aussi s'appliquer aux médecins et aux infirmières. La quête perpétuelle de gains de productivité conduit à la mise en concurrence des salariés, et ce à l'échelle de la planète. Telle est la teneur du message que Renato Ruggiero, alors Directeur Général de l'OMC, est venu délivrer aux sénateurs français⁽³⁾ :

« Il faudra nous habituer, au siècle prochain à donner aux mots un contenu nouveau. Ainsi en ira-t-il de la sécurité de l'emploi, synonyme pour la plupart d'entre nous de sédentarité et de maintien des avantages acquis. Demain au contraire, la conservation d'un emploi sera garantie par la

mobilité et la flexibilité ».

Le milieu des affaires veut pouvoir « importer » du personnel bon marché dans le cadre de contrats temporaires si possible non soumis aux règles nationales du droit du travail. Cette exigence est reprise à son compte par le secrétariat de l'OMC qui a inscrit à l'ordre du jour des négociations « AGCS 2000 » la question de l'immigration de personnel médical « pour combler les lacunes au niveau de l'offre et réduire la pression au niveau des coûts. » Et d'argumenter : « il est probable que les avantages les plus significatifs induits par les échanges, proviendront moins de la contribution et de la gestion des hôpitaux que de leur dotation en personnel moins coûteux que celui disponible sur le marché national ». D'ailleurs « la pertinence de la législation en matière de salaire minimum » ne manque pas de figurer au menu des prochaines négociations.⁽⁴⁾

Pour illustrer sa démonstration, le secrétariat nous assène un exemple édifiant. « En 1995, en Jamaïque, à cause notamment des migrations vers les USA et le Canada, 50 % des postes d'infirmières et 30 % des postes de sage-femmes seraient restés vacants ; cependant la Jamaïque ferait venir du personnel infirmier du Myanmar, du Nigeria et du Ghana. »

Joli programme ! Verra t-on demain dans le ciel, des charters d'infirmières croiser des charters de malades, pour le plus grand profit des firmes transnationales ?

Le secteur hospitalier n'est pas non plus oublié par le secrétariat. Tout comme la Banque Mondiale, l'OMC se fait le fervent défenseur du « secteur privé à but lucratif ». Libre marché et concurrence au sein des systèmes de santé seraient bénéfiques pour tous, particulièrement en terme de coûts. Pourtant des études menées au Canada et aux USA prouvent exactement le contraire. Des enquêtes américaines montrent que « le prix moyen par cas est de 20 % supérieur

dans les hôpitaux privés. De plus, dans les zones où les services publics ont été privatisés, les dépenses ont augmenté plus rapidement (50 %) que dans les zones où les hôpitaux sont demeurés sous propriété publique »⁽⁵⁾.

De même, selon le *New England Journal of Medicine*⁽⁶⁾, « les hôpitaux à but lucratif ont des coûts d'exploitation accrus, facturent des prix plus élevés, dépensent beaucoup plus pour l'administration et offrent souvent des services moins efficaces que les hôpitaux publics ».

L'Etat au chevet du privé

En France l'histoire de la clinique du Petit Colmoulins fait figure d'exemple à ne pas suivre. Le 25 janvier 2001 les employés de la clinique du Havre (Seine-Maritime) sont informés de la fermeture prochaine de la maternité. Motif invoqué : rentabilité insuffisante. Les actionnaires décident qu'il faut recentrer la clinique sur des secteurs plus « rentables » notamment la chirurgie. L'hôpital public du Havre, quant à lui, n'a pas la capacité de prendre en charge la totalité des accouchements de l'agglomération. Dès lors la clinique privée négocie âprement, exigeant de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) des subventions supplémentaires pour maintenir la maternité. Le directeur de l'ARH se trouve dans l'impossibilité d'imposer une décision à cet établissement et ne peut que négocier.

Le Petit Colmoulins risque de ne pas être un cas isolé. La clinique appartient au groupe Générale de Santé. Avec 157 établissements, dont 137 en France et un chiffre d'affaire de 885 millions d'euros en 2000, Générale de santé est le premier groupe d'établissements privés en Europe et en France⁽⁷⁾. Fait inédit dans notre pays, en juin 2001, la Générale de Santé fait son entrée en Bourse. Désormais, 12600 lits d'hospitalisation, garantis par la Sécurité sociale, sont livrés aux spéculateurs. Combien de directeurs d'ARH

devront négocier avec des actionnaires, qui ont déjà clairement démontré qu'ils choisissent la Bourse plutôt que la vie ?

Cet événement est d'autant plus important que nous sommes sous le joug de l'AGCS. En effet, en 1993, lors de la conclusion de l'Uruguay Round, l'Union Européenne a déposé une liste d'engagements spécifiques concernant les services hospitaliers et sociaux. Ce faisant, l'Union s'est engagée à libéraliser « progressivement » le secteur de la santé. Combien le savent ? Alain Juppé, alors ministre des Affaires étrangères, chargé par Edouard Balladur de « vendre » l'OMC aux parlementaires, se garde bien de donner l'alarme. Tout juste une petite phrase, au milieu d'un discours fleuve : « Ainsi l'éducation et la santé sont couverts par l'accord (AGCS) lorsqu'elles sont fournies dans le cadre d'une concurrence entre au moins deux prestataires de services ». C'est tout ? C'est tout ! Pas de quoi émouvoir un hémicycle, autrement préoccupé par la préparation des fêtes de fin d'année.

En ratifiant les accords de Marrakech, les législateurs ont pourtant mis, d'une certaine manière, le ministère de la santé sous la tutelle de l'OMC. Le secrétariat ne dit pas autre chose lorsqu'il précise que « l'AGCS vise toutes les formes de commerce international de services. Puisque ce commerce s'exerce en bonne part au niveau des économies nationales, les prescriptions de l'AGCS influenceront forcément d'entrée de jeu, sur les lois et règlements nationaux »⁽⁸⁾.

Bien sûr, lorsqu'ils ont déposé leurs listes d'engagements spécifiques concernant les services hospitaliers, les négociateurs européens ont pris soin de poser quelques limitations. Mais il est déjà prévu que ces restrictions seront éliminées lors des négociations successives de l'AGCS.

Dans un rapport à l'attention du ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce



international, Jake Vellinga⁽⁹⁾ ne mâche pas ses mots : « la présence commerciale étrangère dans le secteur de la santé est une question de privatisation. Les règles visant la libéralisation du commerce au moyen de la présence commerciale visent donc la réduction, voire l'élimination des mesures qui restreignent l'accès au marché pour les fournisseurs étrangers. En d'autres termes, cette forme de commerce remet directement en cause les politiques et les mesures intérieures ». Une disposition de l'AGCS prévoit la suppression du droit de limiter le nombre d'hôpitaux, y compris pour les besoins économiques. Justement des entreprises, américaines pour le moment, se présentent déjà aux portes de l'Europe. En mars 1999, la chambre de commerce de Nashville⁽¹⁰⁾ (USA) a organisé une mission commerciale en Allemagne et au Royaume-Uni. En mars 2000, ce fut le tour de l'Espagne et de la France. Objectif affiché de ces missions : « réunir les leaders de l'industrie de la santé avec les décideurs des services médicaux pour parler des opportunités de commerce et

d'autres affaires ». Ces missions furent conduites par le P-DG de Columbia HCA à peine remis de ses démêlés avec le FBI. La devise de Columbia, plus grande chaîne hospitalière privée du monde, est simple : faire de l'argent ! Dans un article du *Nouvel Observateur*⁽¹¹⁾ Philippe Boulet-Gercourt relate : « Columbia fixe des objectifs annuels de résultat. Lynette Stewart, chef du service de Gynécologie-obstétrique d'un hôpital d'Atlanta doit réaliser 52 interventions chirurgicales, 10 accouchements et 150 consultations par mois. Comme elle ne parvient pas aux 52 interventions mensuelles, elle est menacée de la vente pure et simple de son service ». Ce n'est évidemment pas le sort de Lynette Stewart qui intéresse le FBI, mais les malversations commises par Columbia. Multiplication des examens, prestations fictives, visites imaginaires ou abusives de soins à domicile, fraude sur les nomenclatures des actes pratiqués ont entraîné l'entreprise dans un retentissant procès. Ces démêlés judiciaires ont quelque peu tempéré l'ardeur de la commission commerciale. Jusqu'à quand ?

1. Dans le langage de l'AGCS, cela s'appelle « mode de fourniture n° 2 » ou encore « consommation à l'étranger ».

2. Documents : MTN.GSN/W/211/Rev.1 et PC/SCS/M/5 et PC/SCS/M/6/Rev.1

3. Audition de Renato Ruggiero, Sénat, février 1997.

4. Document : S/C/W/75

5. *L'organisation des services : des modèles à repenser*, Fédération des infirmiers du Québec

6. "When money is the mission", vol. 341, 1999

7. actionnariat

8. *Guide to Uruguay Round* : secrétariat de l'OMC

9. Jake Vellinga, *Senior Policy Analyst*, Santé Canada (ministère fédéral de la santé)

10. Nashville est le siège de l'industrie des services médicaux. 200 compagnies y sont basées.

11. « La médecine privée au banc des accusés »

Quelques indices

... orienté vers le marché...



Résumé : L'auteur reprend l'historique de l'offensive libérale en matière de santé depuis le début des années 90 et dénonce l'étranglement du secteur public et l'accaparement des profits par le secteur privé.



La santé : l'appétit sans fin du libéralisme

Désuète, anti-économique, menaçant la compétitivité des entreprises, la Sécurité sociale, parée de tous les maux est partout menacée. Après le Royaume-Uni de Mme Margaret Thatcher, qui s'est appliqué à démanteler son système au prix d'une aggravation considérable des inégalités. Les autres pays européens ont enjambé le pas, en suivant ainsi les recommandations et les diktats de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), de la Banque mondiale et du Fond monétaire international (FMI), tout cela avec l'appui de la commission de Bruxelles, en s'en prenant à leur tour aux différents régimes : maladie, accidents du travail, vieillesse, famille. Un seul critère semble guider réflexion et actions politiques : la rentabilité financière à court terme. D'une part, il s'agit de réduire la contribution des entreprises à la redistribution de la richesse produite par le travail de tous ; d'autre part, de transformer le besoin de santé et de sécurité en un énorme marché ouvert à l'appétit des groupes financiers les plus puissants. Le besoin social serait ainsi traité comme n'importe quelle marchandise.

« Pourquoi traiter différemment la Santé que l'automobile ? »

S'il est difficile précisément de situer l'entrée dans cette nouvelle ère, tant les tentations par le passé ont été grandes, le début des années 90 marque

un tournant avec les réformes de Michel Rocard sur la CSG (Contribution sociale généralisée) et de Claude Evin par sa réforme hospitalière qui introduisait les prémices du futur plan Juppé. Mais c'est incontestablement les déclarations fin 1993 de Claude Bébear (président d'AXA) au journal *Les échos* sous le titre « Pourquoi traiter la santé différemment que l'automobile ? » qui donne à quelques semaines de la naissance de l'OMC, l'éclairage de l'offensive libérale qui allait être menée en matière de Sécurité sociale et de politique de santé.

Mais c'est le 15 avril 1994, à Marrakech par la création d'une nouvelle organisation internationale : l'OMC, que prend fin le cycle de l'Uruguay sur la régulation des échanges commerciaux.

Outre une vocation mondiale, un vaste champ de compétences, l'OMC reçoit aussi et surtout comme cadeau de bienvenue la charge de faire succéder le droit à la force dans les relations commerciales entre les pays, c'est-à-dire d'exiger le multilatéralisme là où siège le bilatéralisme.

Le but de cette libéralisation proposée n'était rien d'autre qu'une opération porte ouverte aux multinationales et au monde de la finance pour pénétrer des terrains dont ils sont jusqu'ici exclus. Une manière de construire un univers où tout deviendrait marchandise, y compris la santé.

La seconde étape sera marquée par la signature

Patrick Alloux

Responsable syndical de SUD-Santé sociaux, il vient de publier *La santé n'est pas une marchandise*, Ed. de l'Atelier, 2003.



du traité de Maastricht. Le souci constant de ces deux versions d'accord de libre-échange, l'une régionale, l'autre mondiale, est de faire disparaître progressivement les obstacles non tarifaires qui compliquent les transactions des grandes entreprises.

Si le traité de Maastricht comporte bien des chapitres sur l'Europe sociale et environnementale, leurs dispositifs ne sont guère contraignants. Le principe de subsidiarité s'applique en particulier au domaine social. Dans la presse et sur les ondes, sur un ton sentencieux et professoral, pendant les mois qui précèdent le référendum sur le traité de Maastricht, l'argument est asséné comme vérité évangélique.

Faire l'Europe pour mieux défendre nos intérêts. Ainsi formulé, cela peut paraître une évidence, mais la réalité du traité est tout autre, la solidarité et le respect des diversités sont les grands perdants. C'est l'Europe des grandes entreprises et du « tout commerce » qui va y trouver son compte. La similitude entre le traité de Maastricht et les accords qui se négocient au sein du huitième round du GATT est troublante. L'Europe sociale est proclamée haut et fort, mais ces conditions d'exercice se révèlent funambulesques, car le traité de Maastricht engage l'Europe à suivre une politique économique monétariste.

Par la proclamation de l'indépendance de la banque centrale, chaque pays perd son autonomie monétaire. Les gouvernements nationaux sont tenus d'équilibrer leur budget et leur comptes sociaux : leurs déficits doivent être inférieurs à 3 % du Produit National Brut (PNB).

Les négociations de l'AGCS

Chaque Etat se trouve ainsi confronté à une difficulté croissante pour financer des programmes sociaux. Les pays qui dépassent la limite établie entrent dans la zone rouge et sont soumis à des sanctions sévères. Pour beaucoup, il est difficile de comprendre que la santé rentre dans la sphère de l'Organisation Mondiale du Commerce et pourtant l'accord général du commerce des services (AGCS) intègre la santé et l'éducation.

La santé est particulièrement visée car elle représente « un marché » de 3 500 milliards de dollars dans le monde.

Le principal responsable de Colombia/HCA, le plus grand consortium hospitalier du monde, basé aux Etats-unis, proclame que la santé n'est pas un domaine différent du transport aérien ou de l'industrie du roulement à billes.

En avril 1999, un texte du secrétariat de l'OMC précise : « on peut penser en outre que la hausse des prélèvements divers, y compris les contributions au

régime obligatoire, a sur les individus, des répercussions qui ne sont pas bonnes pour la santé ».

Pour préparer les négociations de l'AGCS 2000, le secrétariat de l'OMC distribue de nombreux documents de travail à l'attention des négociateurs. Dès les premières lignes, le lecteur est mis en condition. Les experts ès-service de l'OMC considèrent le secteur de la santé comme un frein à l'expansion économique.

Le secteur hospitalier n'est pas non plus oublié par le secrétariat de l'OMC. Tout comme la Banque mondiale, l'OMC se fait le fervent défenseur du secteur privé à but lucratif : « Libre marché et concurrence au sein des systèmes de santé seront bénéfiques pour tous, particulièrement en termes de coût ».

Se déroule alors la signature et la mise en place des accords de Marrakech, menés en France par Alain Juppé.⁽¹⁾

L'élection de Jacques Chirac à la présidence de la République en mai 1995 et une majorité de droite à l'Assemblée nationale ont permis de donner les pleins pouvoirs au gouvernement Juppé pour qu'il puisse mettre notre législation en phase avec les objectifs du traité de convergence de Maastricht et les orientations de l'AGCS. On assiste alors à la mise en place d'un plan de maîtrise comptable des dépenses de santé. Prudent malgré les pleins pouvoirs, Juppé passe la vitesse supérieure en faisant le choix de procéder par ordonnance. Pas question de prendre le risque de voir ses textes édulcorés par une partie de sa majorité.

Il présentera trois ordonnances pour réformer la Sécurité sociale, l'hôpital et la médecine de ville. Les orientations s'inscrivent dans les politiques menées depuis le début des années 1990.

Dix-huit mois plus tard, Chirac dissout l'Assemblée nationale, la gauche plurielle remporte les législatives. Le noyau dur du plan Juppé sera maintenu par le gouvernement Jospin.

Des mesures de restriction

Et depuis sept ans, on assiste à la mise en place de mesures visant à l'étranglement budgétaire du secteur public et à la privatisation croissante du secteur de la santé.

La mise en place d'outils comme les références médicales opposables, et les groupes homogènes de malades qui serviront demain à la mise en place de la tarification à l'activité pour les établissements de soins publics et privés. Cet aspect technique aura pour double conséquence la réduction des budgets de l'hospitalisation publique et l'intégration du remboursement par la Sécurité sociale et les complémentaires (mutuelles et assurances) d'un coût de base par maladie (panier de soins hospitalier). On ne remboursera plus en fonction des jours d'hospitalisation et des examens nécessaires, mais selon l'évaluation d'un coût moyen par pathologie. Le montant des assurances et sans doute des mutuelles sera calculé en fonction des facteurs à risque, diabète, obésité, cholestérol, risques génétiques, âge.

La restructuration de l'ensemble du secteur sanitaire public et privé lucratif afin de limiter l'offre de soins et de permettre à des groupes d'hospitalisation privés de s'installer et de faire leur marché dans les secteurs les plus juteux, cardiologie interventionnelle, chirurgie ambulatoire, cancérologie, maternité. Pour cela, mais au nom de la décentralisation et de la déconcentration, les ordonnances Juppé vont mettre en place une organisation régionale, sans démocratie, avec les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), et octroyer tous les pouvoirs à un super Préfet sanitaire, notamment les pouvoirs de l'aménagement sanitaire régional et la répartition de l'offre de soins publics ou privés à l'échelon de la région. Les nominations de ces directeurs d'ARH, en 1996, n'ont pas été neutres politiquement. Si nous prenons le cas de l'Île-de-France, qui est la première région sanitaire, nous pouvons constater

que c'est le PDG d'une chaîne de cliniques privées lucratives qui a été nommé à la tête de l'Agence. Comment ne pas avoir des doutes sur certains de ces choix qui favorisent le secteur privé contre le secteur public ou bien encore directement une société ?

Des conséquences dramatiques, mais pas pour tout le monde

Ces sept années de mesures qui ont entraîné maintes suppressions de lits (5 000 lits de chirurgie en Ile-de-France), la disparition de services de proximité, la dégradation des conditions de travail des personnels et de l'accueil des usagers, le démantèlement du service public de santé, alors que les profits dégagés par les grands groupes industriels sur les soins (trusts pharmaceutiques, équipements lourds, chaînes de clinique...) n'ont cessé d'augmenter.

En France, la Générale de Santé a fait son entrée en Bourse, en juin 2001, avec ces 157 établissements en Europe, dont 137 dans notre pays. Depuis cette date, d'autres groupes d'hospitalisation privés en l'ont rejoint, sur le marché boursier, c'est le cas d'Orpéa et de Medidep qui s'orientent plutôt vers le « marché » des personnes âgées. Combien de directeurs d'ARH devront-ils négocier avec des actionnaires, qui ont déjà clairement montré qu'ils choisissent la Bourse plutôt que la vie ?

Aujourd'hui, des centaines d'établissements hospitaliers sont au bord du gouffre financier. Pour l'Assistance Publique de Paris, le déficit se monte à 150 millions d'euros et il est estimé par la Fédération Hospitalière de France pour l'ensemble des établissements hospitaliers français à 1,8 milliards d'euros.

La situation budgétaire est telle qu'en période de fin d'année, des établissements font le choix de fermer leur service de reprographie, ne pouvant plus acheter de papier, reportent des commandes et des réparations de matériel. Devant ces difficultés, certains trusts (notamment ceux du matériel médical) n'hésitent pas à profiter de la situa-

tion et faute de paiement dans des délais « dits raisonnables », pratiquent le prix fort sur les achats et la réparation de matériel.

Une telle politique a de lourdes conséquences sur la Sécurité sociale, sur des PME, qui font le choix de ne plus travailler avec les établissements hospitaliers, les paiements à plus de 180 jours mettant en péril leur entreprise. Conséquences aussi sur les remplacements de personnel qui depuis plusieurs années ne sont plus effectués faute de crédits.

Pénurie de personnel et dictature des normes

L'organisation de la pénurie de toutes les professions médicales et paramédicales par un *numerus clausus* a en effet été mis en place dès le début des années 1990 et plusieurs dizaines d'écoles d'infirmières et de paramédicaux ont été fermées.

Cette pénurie, loin d'être le fruit du hasard, était planifiée afin d'organiser la restructuration. C'est souvent au travers d'un départ à la retraite, d'une mutation d'un médecin, d'une pénurie de personnel que l'ARH, sous prétexte des difficultés de recrutement ferme définitivement un service.

La mise en place d'une accréditation des services et des établissements n'est malheureusement pas utilisée pour opérer des améliorations partout où la mise en norme est nécessaire, elle est le plus souvent le prétexte à la fermeture. Les critères fixés par le ministère de la Santé sont eux-aussi des motifs de fermeture de services. L'affectation des budgets de mise en conformité est variable en fonction des restructurations que celui-ci veut opérer ou des services qu'il souhaite céder au privé. Il en est de même pour les seuils d'activité qui sont établis en fonction de critères économiques et non des besoins de service public de proximité : à tel endroit, une maternité est considérée comme dangereuse en dessous de 500 accouchements par an ; à tel autre, le seuil sera de 1000 accouchements.

Privatisation et AGCS

Cette politique de privatisation de tous les services autres que les services de soins est une poli-



tique dictée par l'Accord général du commerce des services qui préconise notamment le séjour et la restauration comme relevant de l'hôtellerie. Ces décisions d'externalisation relèvent plus souvent de choix idéologique que d'une démarche gestionnaire. Il est maintenant démontré que les économies ne se vérifient que les premières années de la privatisation. Dans des domaines comme la restauration ou le nettoyage, le plus souvent les grandes entreprises qui ont le monopole pratiquent des ententes, certes illicites, qui leur permettent de faire des offres au prix le plus cher. Une situation qui n'est pas sans rappeler celle de l'eau dans notre pays. Est-ce le hasard, si le plus souvent, les sociétés qui concourent sur le marché du nettoyage sont des filiales de sociétés des eaux ? Est-ce toujours le hasard lorsque l'on constate que les sociétés qui concourent pour la restauration sont les trusts qui fixent les règles du commerce des services au niveau de l'OMC ?

Aujourd'hui, l'externalisation gagne de plus en plus les secteurs périphériques aux soins, certains établissements ont déjà pris la décision de privatiser leur service de stérilisation même s'il

n'existe pas encore de société capable d'absorber le marché. Ils sont en attente, qu'une société, choisie de toute pièce, s'organise pour assurer le monopole.

La fermeture des lits, des services et les fusions d'établissements se sont largement accélérés avec les lois Evin (1991) et Juppé (1996). La fermeture de 60 000 lits, et de centaines de services, entraînent des attentes de plus en plus longues dans les services d'urgences. Cette réduction de l'offre de soins génère un éloignement de plus en plus insupportable pour les usagers, des délais de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous pour un examen ou une consultation dans le secteur public.

En 2001, Elisabeth Guigou, alors nouveau ministre de la santé, fait un bilan d'étape des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) : « Nous avons atteint un objectif de croisière sur la fermeture des lits, il nous reste encore 30 000 lits à fermer en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ».

La conjugaison de l'ensemble des mesures opérées ces dernières années a amené à une hypercentralisation des structures de soins, une mala-

die prise essentiellement sur l'angle de la technicité ou le malade est un numéro de dossier avec un coût moyen par pathologie, et une durée moyenne de séjour qui doit rentrer dans l'exercice budgétaire de l'établissement.

L'hôpital public et privé est aujourd'hui une usine à soins ou le personnel n'a que du temps pour la technique et les paperasses qui calculent les rentabilités et les ratios.

Les prochaines échéances

Dans quelques semaines, le gouvernement fera adopter dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale le plan Hôpital 2007. Ce sera une nouvelle estocade portée au secteur public de santé. En modifiant le statut juridique des regroupements publics et privés, en accordant conformément à l'AGCS le même montant de crédit au secteur public et privé pour améliorer et moderniser son patrimoine, en mettant en place au 1^{er} janvier 2004 des budgets par pathologie pour le secteur public et privé. Le gouvernement par un étranglement budgétaire supplémentaire,

démultiplie et accélère les recompositions hospitalières au profit du secteur privé. Un seul obstacle reste à lever pour mener au bout sa politique : le statut des fonctionnaires des établissements publics. En décembre 2002, le professeur Vallancien signait une tribune dans le monde, il mettait en avant dans son article : les difficultés d'opérer des fusions et des rapprochements publics-privés avec le statut actuel des personnels. Monsieur Mattéi a entendu les bons conseils de son ami et l'a chargé de piloter une mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale ».

Dans les années 60, les libéraux demandaient l'intervention de l'Etat et de la Sécurité sociale pour construire le complexe médico-industriel, aujourd'hui que l'essentiel des investissements lourds sont opérés, ils réclament la privatisation et pour le reste l'intervention de l'Etat et de la Sécu. La règle du libéralisme reste constante : on nationalise les pertes et on privatise les profits.

1. Voir dans ce numéro, page 9

Quelques indices

... étranglement du secteur public...



Résumé : La Sécu n'en finit pas de creuser son trou qu'alimentent des consommateurs que leur vie rend malade. Les hôpitaux deviennent des usines à soins où les cadences réduisent la parole au strict nécessaire. Plus personne n'y trouve son compte et les soignants abandonnent massivement un métier devenu impossible. La privatisation risque d'entériner dramatiquement un gâchis humain sans précédent.



Mais où est donc passé l'argent de ma Sécu ?

Je ne veux plus entendre parler de son trou, indécent, comme s'il fallait me préparer à l'inéluctable privatisation/punition, comme si, puisque « nous » n'avons pas su le combler, toutes solutions publiques étaient désormais épuisées. Je ne suis pas dupe de leurs manœuvres pour m'endormir, d'ailleurs je dors de moins en moins pour les surveiller. Qu'ils osent me donner les détails de leurs chiffres ! Y a-t-il des limites à la colère ou dois-je attendre de « péter les plombs » pour me reposer ? Je veux bien donner mon énergie à mes concitoyens et être payée très mal pour cela. Entendez par-là que je suis prête à défendre un système de soins SOLIDAIRE qui, malgré ses défauts, a le mérite de viser à ce que chacun puisse avoir accès à ce dont il a besoin. Mais encore faut-il s'entendre sur ce que recouvre ce mot... Par contre, je refuse tout net de travailler pour Bébéar et ses acolytes, je refuse de faire produire le capital des assurances qui nous pompent déjà suffisamment par le biais des dites « mutuelles » (en fait assurances complémentaires maladie) et autres mauvaises couvertures (tous risques : accidents de voiture, incendies, responsabilité, vols, et je ne parle pas de l'assurance sur la vie... l'intervention la plus juteuse). Ainsi qu'on ne vienne surtout pas me chercher quand le gouvernement

aura vendu ma Sécu aux plus offrants, investisseurs de tout poil, actionnaires du malheur, profiteurs de tous temps de la misère du monde. Là je raccrocherai ma blouse.»

Ras le bol des consommateurs...

De plus en plus de nos concitoyens, malades, commencent à exiger de nous ce que le discours ne cesse de leur faire croire qu'ils peuvent prétendre. Démolis par une vie de plus en plus difficile, privés de ces liens qui aident à croire à quelque chose, ils viennent chercher dans la médecine ce qu'ils ne trouvent plus ni chez le boulanger, ni dans la famille. Car le souci du collectif se fait rare, la solitude et l'individualisme ont pris la place, le chacun pour soi s'est substitué à la solidarité dans les mœurs, il ne reste plus qu'à l'entériner dans les institutions... Ceux-là n'ont plus le choix, tentent de croire à la fable, consomment, voire revendiquent, certains même se croient à la tête d'un capital inépuisable cotisé durant tant d'années, inconscients du coût indécent de la moindre petite intervention, du plus petit examen pratiqué à tour de bras car il faut bien les rentabiliser ces machines de la transparence qui coûtent si cher... Même le discours sur la prévention les encourage à donner leurs

Anne Perraut-Soliveres

Cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

*Elle a publié *Infirmières, le savoir de la nuit*, PUF, 2002.*

organes à photographier en toute bonne foi... On ne sait jamais. Faut-il casser le mythe du pouvoir supposé de la médecine au risque d'ajouter de la plus value au désespoir ? Et ils sont persuadés de surcroît que ce sont les autres qui dépendent inconsidérément... Le consommateur a remplacé le patient dans de nombreux cas, bluffé par la publicité des multinationales du médicament qui lui font croire à l'éternité à condition qu'il bouffe ce qu'il faut, trois gélules le matin, deux capsules le soir... tout en continuant à s'intoxiquer avec tout ce qui peut l'aider à tenir. Et il lui en faut toujours plus pour supporter son malheur, ses déceptions, ses carences. C'est qu'il en faut de l'énergie pour faire produire le capital des autres, pour enfanter et éduquer les futurs consommateurs, pour faire tourner indéfiniment la pompe à fric.

Halte au mépris

Qu'on arrête de me culpabiliser avec la soi-disant « démocrassie » sanitaire inventée juste quand l'offre de soins se réduit comme peau de chagrin, sauf pour ceux qui en ont (de la monnaie, pas du chagrin...). Nous, les soignants, n'en pouvons plus de descendre au plus bas de la qualité, écrasés de boulot alors que tant d'autres s'emmerdent à vivoter du RMI. Mais les humains coûtent beaucoup trop cher à l'hôpital nous dit-on lorsque l'épuisement nous rend grincheux, les remplacements s'effectuent au compte goutte rendant la situation de plus en plus difficile pour des gens qui sont déjà exsangues.

Alors les arrêts de travail pour maladie pleuvent, 68 % d'augmentation des arrêts de moins de 8 jours en un an dans mon bel hôpital où on est pourtant mieux traité qu'ailleurs... (bonjour le trou de la Sécu, les soignants vont-ils contribuer à le creuser ?)... Les déprimés s'installent, à quoi bon continuer à se défoncer au boulot dans un univers si peu enthousiasmant et surtout si peu reconnaissant. La voilà qui s'installe pour de bon la pénurie dont le spectre a accompagné toute ma carrière justifiant depuis trente ans le peu d'attention à nos conditions de travail. Il y en a toujours de plus malheureux que nous, dit-on, et nous ne le savons que trop puisque c'est nous qui les soignons. La boucle est désormais trop serrée, et ce n'est pas notre ministre de la Santé qui y fera quelque chose, trop occupé à redonner aux médecins un peu d'aisance... (et ça est-ce que ça creuse le trou ?) Il ne peut pas être partout le ministre... et puis les infirmières, il suffit d'ouvrir un peu plus largement la porte des écoles pour qu'elles s'y engouffrent... Quelle erreur et quel mépris aussi pour une profession qui œuvre sans broncher dans les limbes de la misère du monde...

Comment ne pas être déprimés par tant d'acharnement du « système » à nous vider de notre substance vitale, de nos rêves... de nos combats...

De maltraitance en mal traitance

La violence ainsi faite aux soignants est la première cause de fuite des infirmières. Elles étaient déjà fort mal loties, obligées de supporter ce que



personne ne veut voir, mal payées, surexploitées, maltraitées par une organisation du travail quotidiennement remise en question. Il n'est guère étonnant que les « nouvelles exigences » d'un système ubuesque soient en train d'accélérer leur extinction. Comment faire face à tant de violence sans en être altérés ? Comment demander aux soignants de faire l'effort de respecter leurs interlocuteurs lorsque ceux-ci exigent une attention indéfectible alors que justement tout fait défaut ? Comment essayer d'avancer vers une prise en charge humaine des malades quand tout est organisé pour qu'ils soient réparés comme des objets ? La chirurgie ambulatoire, fleuron de la médecine juteuse, ne me contredira pas lorsqu'elle éjecte ses patients à peine réveillés de l'anesthésie afin qu'ils aillent se faire prendre en charge ailleurs... sans compter qu'il n'y a jamais de place pour les reprendre lorsque tout ne se déroule pas idéalement. « Je n'assure pas le service après-vente » avait répondu un chirurgien cardiaque de l'hôpital privé, proche du nôtre, au réanimateur qui cherchait à lui renvoyer un patient à qui il avait posé un « stent » la veille. Inutile de dire à quel point je suis écœurée de voir nos hôpitaux publics ou non lucratifs se vider de leurs moyens, puis de leurs compétences au profit du privé. Et là ma Sécu, elle paie...

Trop c'est trop

Je suis trop en colère pour me taire et encore plus pour faire semblant de ne rien voir. Je ne supporte pas d'être condamnée à résister au délabre-

ment de l'hôpital alors que nous avons encore tant de chemin à parcourir pour approcher des façons de soigner plus éthiques qui responsabiliseraient les patients au lieu de les déposséder de leurs savoirs et de leurs colères. Rien n'est fait pour que ce débat affleure seulement à la conscience des soignants, et encore moins pour qu'ils sortent de leurs ghettos afin de prendre acte du contexte dans lequel est né et s'est développé le mal être des personnes qui s'abandonnent à leurs soins. La dissymétrie patient-soignant nous rassure quand elle devrait nous rendre prudent, et c'est en le découpant que d'aucuns pensent considérer le patient dans son entier. Dans quel monde sommes-nous qui fait semblant de ne rien voir de ce qu'il produit ? Les contraintes liées à la « traçabilité » dépossèdent le soignant de son libre arbitre quand elles prétendent le responsabiliser, j'en veux pour exemple « l'information au patient » à laquelle la loi nous contraint. Elle est belle la transformation qui a produit ces fiches quasi exhaustives qui étalent tous les risques liés à l'examen « sanglant », que doit signer, avant l'exécution, chaque personne, qu'elle ait compris ou non ce qu'elle va subir. Le désengagement des soignants, l'amertume du peu de considération de la valeur du don de soins, l'ouverture des divers parapluies afin de contrer au mieux la récrimination... voilà un drôle de patrimoine à laisser à nos enfants... Et pourtant il y a preneur... très preneur même... Preuve qu'on pourrait en faire tout autre chose encore de la santé... De la santé ou du formidable budget de ma Sécu ?





Résumé : Les positions du Medef et des sociétés d'assurances privées sont assez proches, ce qui n'étonnera personne. Elles visent à la disparition du système actuel d'Assurance maladie et la fin de sa gestion paritaire.

Systeme de soins à vendre

Hélène Girard

*Médecin généraliste,
membre de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale*

Que proposent le Mouvement des entreprises de France (Medef) et la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) pour notre système de soins ?

La position du Medef

Dans sa « Nouvelle architecture de la sécurité sociale », parue en 2001⁽¹⁾, le Medef part de l'axiome que la croissance continue des dépenses de santé et l'incapacité de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurances maladie des travailleurs sociaux) jusqu'à maintenant à gérer cette croissance rend de plus en plus nécessaire une distinction claire entre les charges assumées par la collectivité et celles qui relèvent de la responsabilité individuelle. Il n'est même pas envisagé de donner à la CNAMTS les moyens de mieux gérer les dépenses. La CNAM et son système de gestion paritaire sont balayés.

La solution du Medef est l'introduction de la concurrence entre prestataires de soins et entre financeurs. Il prétend que son système permettrait de garder l'universalité de la couverture, la non-sélectivité des assurés sociaux avec absence totale de sélection des risques.

L'Etat continuerait de percevoir les cotisations et de redistribuer aux prestataires privés ou publics un forfait par assuré ; il définirait les priorités de politique de santé publique, intégrerait dans

cette politique d'autres déterminants de santé : l'hygiène de vie, les comportements individuels... (dans quel sens ?). Il déterminerait la composition du « panier de soins » qui devra faire l'objet d'un accord entre les professionnels de santé, l'Etat, l'Assurance maladie et les assurés, accord qui devra relever d'une décision annuelle du parlement ; ce panier de soins serait remboursé à 100 %, mais personne ne sait ce qui sera mis dedans. Ce qui n'est pas dans le panier de soins relèverait d'une assurance facultative.

La CNAM devrait être remplacée par des « réseaux de soins », privés, faisant appel à différents « opérateurs de soins ».

Les opérateurs de soins, privés ou publics, auraient pour mission de couvrir un certain nombre d'assurés en leur garantissant l'accès aux soins. Ces opérateurs de soins pourraient être constitués sur l'initiative des caisses de sécurité sociale actuelles c'est à dire opérateurs publics ou sur l'initiative d'autres organismes d'assurance mutuelle ou de prévoyance, ou de sociétés anonymes, c'est-à-dire totalement privées.

Chaque entreprise choisirait, avec ses salariés, « son » opérateur de soins, après appel d'offre, celui qu'il jugerait le plus efficace, c'est à dire le plus « rentable ». Les opérateurs de soin, de leur côté, négocieraient avec les différents fournisseurs de soins : médecins libéraux, labora-

toires, industries pharmaceutiques, et même les hôpitaux...

Pour qu'un opérateur de soins puisse exister, il faudrait qu'il couvre un minimum de 100 000 personnes.

Au total donc, le schéma est simple : l'Etat paye un forfait par assuré à un opérateur de soins choisi par une entreprise ; l'opérateur de soins essaie d'avoir les fournisseurs les plus économiques et impose à ses salariés ses services dans « sa filière ».

Les professionnels de santé passeront des contrats avec ces opérateurs de soins dans une relation contractuelle individualisée. Ils pourront même se voir proposer différents modes de rémunération, à l'acte ou à la fonction. Ils seront « au service » de l'opérateur de soins.

Pour les accidents de travail et les maladies professionnelles, le Medef prône aussi l'abandon du système actuel et les indemnisations pourraient être prises en charge par des assurances privées, choisies par les entreprises, le principe d'obligation d'assurance étant maintenu. Quant aux accidents de trajet, le Medef envisage même de laisser les victimes s'assurer elles-mêmes. Au total, l'employeur aura le libre choix de son assurance « accident du travail-maladies professionnelles » mais une partie pourrait rester à la charge de l'assuré par des assurances complémentaires.

La position de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance

Cette analyse a été faite à partir d'un document « Réforme de l'assurance santé : les propositions de la FFSA » du 24 juin 2003⁽²⁾.

Contrairement au Medef, la FFSA ne se prononce pas pour une mise en concurrence totale des « opérateurs de soins ».

Elle se situe plus dans la ligne du rapport Chadelat quand elle envisage un désengagement

plus progressif du régime obligatoire vers le régime complémentaire ; globalement, à terme, il resterait à la Sécurité sociale ce qui correspond aux affections de longue durée, c'est à dire les pathologies lourdes. Mais elle n'est pas d'accord avec le rapport Chadelat quand il propose de financer l'aide à l'acquisition des complémentaires en supprimant les avantages fiscaux et sociaux octroyés aux entreprises et aux salariés pour la souscription de contrats de santé, loi Madelin ou contrats collectifs obligatoires.

Elle propose, pour la rémunération des professionnels de santé, une part fixe et une part variable, « dépendante des résultats » (?!!). Elle voudrait aussi gérer les accidents de travail.

Le financement des hôpitaux serait revu aussi selon une logique de « culture du résultat ».

Elle propose de supprimer la CMU complémentaire et de la remplacer par des chèques « d'aide personnalisée à la santé » ; ces chèques permettraient à leurs titulaires d'acquiescer un contrat d'assurance complémentaire auprès d'une société d'assurance ou d'une mutuelle mais le montant de la cotisation devra rester libre.

Les sociétés d'assurances privées voient de toute façon le tapis rouge se dérouler devant elles, et elles savent qu'après elles pourront faire ce qu'elles veulent. Pour le moment, elles attirent l'attention sur elles en lançant ce slogan bien alléchant : « remboursement au premier franc ».

1. Programme du Medef : pour une nouvelle architecture de la sécurité sociale, site du Medef : <http://www.medef.fr>, rubrique : protection sociale, sécurité sociale, dossier : les propositions du Medef.

2. Position de la FFSA, site de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance : <http://www.fr> recherche mot clef : « Réforme de l'assurance santé : les propositions de la FFSA ».





Résumé : Les réseaux de santé de proximité ont toujours été victimes de tentatives de récupération ; il faut les différencier des réseaux thématiques, des réseaux de structures et des filières, car derrière ces dénominations se cachent des concepts multiples avec des objectifs et des enjeux fondamentalement différents. La réforme envisagée de l'Assurance maladie les met en danger.

Réseaux et filières

Didier Ménard

*Médecin généraliste,
président de la Coordination
nationale des réseaux*

Il est nécessaire aujourd'hui de prendre le temps de clarifier le concept de réseaux de santé. A cela plusieurs raisons.

La première est que la loi du 4 mars 2002 qui définit le réseau de santé a contribué paradoxalement à complexifier la définition du réseau de santé. Non pas que cette loi soit mauvaise ou imprécise, mais différents protagonistes du système de distribution des soins s'emploient avec détermination à brouiller les cartes afin de minimiser les transformations des pratiques professionnelles conduites par les acteurs des réseaux.

Deuxièmement, cette opacification permet de masquer une tentative de guider le concept de réseau de santé vers un mode d'organisation qui à terme sera plus propice à répondre aux choix faits dans le cadre de la réforme du système de protection sociale.

Enfin, moins c'est clair, moins cela permet aux acteurs des réseaux de mieux se défendre face à ceux qui ont bien l'intention de nous tondre la laine sur le dos.

Historique des tentatives de récupération des réseaux de santé

Il est utile de refaire l'histoire des réseaux de santé pour comprendre que depuis leur naissance ces entités sont victimes en permanence de tentatives de récupérations.

Ce furent d'abord les ordonnances d'avril 1996 qui transformaient l'objet du réseau pour solutionner un problème de l'Assurance maladie ; en effet, ces ordonnances se proposaient d'utiliser le réseau de soins comme un outil spécifique pour la mise en place des protocoles de soins afin de rationaliser les dépenses de soins. Nous connaissons ce qu'il advint des réseaux accrédités par la

commission présidée par monsieur Soubie : un échec patent de la technocratie bureaucratique. Puis, ce fut la confusion permanente entretenue entre filières de soins et réseaux de soins.

La mise en place du Fonds pour l'Amélioration de la Qualité des Soins en Ville (FAQSV) qui est une bonne initiative, a contribué à promouvoir un nouveau type de réseaux plus conformes aux choix de ceux qui gèrent ces fonds. L'objectif étant, cette fois-ci, sous prétexte de mieux cadrer l'activité des réseaux, de les pousser à privilégier l'activité des soins au détriment de l'approche médico-psycho-sociale qui a constitué l'innovation principale des réseaux de santé.

Aujourd'hui, les institutions URCAM/ARH qui gèrent l'enveloppe financière dévolue aux réseaux poursuivent l'action entreprise par le FAQSV. L'Etat, quant à lui pousse au développement de réseaux plus centrés sur l'hôpital, croyant ainsi permettre à celui-ci de trouver là un élément à la résolution de sa crise. C'est l'objectif donné aux réseaux inscrits dans le plan cancer.

Définition du réseau de santé

Dans cette confusion habilement entretenue, il est souhaitable de monter ce qui différencie : un réseau de soins d'un réseau de santé, un réseau thématique d'un réseau « populationnel », un réseau de proximité d'un réseau de structures, un réseau d'une filière. Car derrière ces dénominations se cachent des concepts multiples avec des objectifs qui définissent des enjeux fondamentalement différents.

Un réseau de santé est un processus d'organisation d'une collaboration entre tous les acteurs potentiellement situés sur l'itinéraire d'une personne présentant une problématique médicale ou socia-

*Coordination nationale des
réseaux (CNR)
18, rue d'Hauteville
75010 Paris
Tél. : 01 44 83 08 60
<http://www.cnr.asso.fr>*

le ou les deux. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle structure qui dispense des soins, il s'agit d'une mise en forme de différentes modalités de coopération. Le principe de départ relève du bon sens : une personne malade a tout intérêt à ce que les professionnels et autres personnes qui peuvent l'aider collaborent afin que les solutions trouvées soient cohérentes et efficaces. S'il y a nécessité à construire un réseau, c'est que ces collaborations ne peuvent pas réellement exister du fait des différents cloisonnements existant au sein des systèmes médicaux et sociaux et entre les deux. Le premier travail du réseau consiste à décroquer les pratiques professionnelles. Décroquer une pratique, cela veut dire que chaque professionnel qui reçoit une personne présentant une maladie ou un problème social se doit d'analyser la totalité du problème, puis de s'occuper de la partie qui le concerne et pour ce qui n'est pas de son domaine de compétence adresser cette personne vers le professionnel le plus compétent. Pour réaliser cette coopération il faut : savoir qui fait quoi sur l'itinéraire de la personne, bien connaître ses limites, savoir faire exprimer la totalité de la problématique, accepter que d'autres empiètent sur son domaine de compétence. Il faut savoir proposer à la personne un projet thérapeutique qui mobilise les compétences de la personne et de son entourage et accepter que cette personne exprime des exigences pour adhérer à ce projet thérapeutique, c'est-à-dire négocier le projet thérapeutique.

On comprend donc que c'est un processus à la fois au niveau de la relation duelle : professionnel/personne malade et un processus d'organisation avec ses modalités spécifiques. Ces modalités obéissent à la fois à une organisation qui se construit avec des outils et à des valeurs qui donnent sens à cette organisation, en fixent les contraintes éthiques, et de fait permettent aux réseaux de fonctionner.

Les outils de fonctionnement

Les outils sont : pour apprendre à se connaître, la formation pluri-professionnelle. Pour élaborer les référentiels de l'action commune et pour connaître les besoins de santé des populations, le temps du diagnostic communautaire. Pour faire

fonctionner le réseau, les différents temps de la coordination et de la continuité des soins ; la coordination médico-sociale, la coordination médicale, la constitution de l'équipe soignante, la constitution de l'équipe sociale. Les compétences et ressources ne sont pas du seul domaine des professionnels, la communauté où le réseau exerce son activité a

elle-même des ressources qui sont mobilisées par les professionnels : c'est l'approche communautaire. Pour communiquer, la mise en œuvre des outils communicants : dossier partagé, journal, site Internet. Le domaine d'utilisation de ces outils est le soin médical et social, la prévention individuelle et collective, l'éducation sanitaire.

Des valeurs et des règles

Il ne suffit pas d'avoir de bons outils, faut-il encore savoir s'en servir de la bonne manière. Ce sont les valeurs du réseau qui fixent le mode d'emploi : les coopérations entre professionnels sont non hiérarchiques, chaque compétence a la même valeur à partir du moment où elle contribue à solutionner un problème exprimé par une personne malade. Ces pratiques coopératives non hiérarchiques sont à la base du fonctionnement du réseau et sont au centre du réseau. Ce n'est pas la personne malade qui occupe cette place. La personne malade acquiert du fait de l'expérience de la maladie ou du problème social une expertise profane qui a valeur de compétence et qui vient s'associer aux compétences du réseau. Elle occupe donc une place au côté des professionnels. Pour travailler en réseau, il faut s'entendre à la fois sur le fonctionnement et sur les valeurs. C'est la charte du réseau qui fixe les règles que collectivement et individuellement chacun s'engage à respecter.

Des articles juridiques et des moyens financiers

Bien évidemment, pour pouvoir fonctionner, un réseau a besoin d'un outil juridique et de moyens financiers.

A ce jour, l'outil juridique le plus employé est l'Association loi 1901. C'est le plus démocratique



et le plus souple, même s'il est très imparfait. Il serait souhaitable de trouver une modalité plus adaptée, mais tout en conservant la nécessaire démocratie dans la prise de décision. La coopérative de santé est une possibilité.

Le réseau consomme peu de moyens financiers puisqu'il ne reconstruit pas une structure, mais fait mieux fonctionner l'existant. Un réseau pour fonctionner a besoin d'un budget pour les frais fixes : loyer, salaires des coordinateurs (un médical et social) du secrétariat. Il conduit des actions spécifiques de recherche, de formation, d'évaluation, qui ont besoin d'être financées.

Les acteurs du réseau sont eux à la recherche d'une reconnaissance professionnelle de l'exercice de leur métier dans le cadre du réseau. Le paiement à l'acte ne permet pas cela. Il faut donc, à côté de celui-ci, permettre la forfaitisation pour permettre aux acteurs des réseaux d'être rémunérés pour leur travail. Si nous n'arrivons pas à cela, le réseau restera un engagement bénévole, donc limité, même s'il est humainement et professionnellement très gratifiant.

Actuellement, le réseau est financé dans le cadre d'un bricolage. Différents fonds sont utilisés par les réseaux en fonction de leurs thématiques principales. La loi de financement de la Sécurité sociale a prévu une enveloppe pour les réseaux. Aujourd'hui, elle est tellement faible qu'elle ne permet pas de développer les réseaux de santé et pire elle permet aux institutions de sélectionner les réseaux qui sont les plus à même de mettre en œuvre leurs priorités de santé.

On voit donc que cette analyse du réseau de santé permet de mieux clarifier le concept de réseau. Ce n'est pas la thématique du soin choisi, Sida, diabète, hépatite... ou de la population concernée femmes enceintes adolescence... qui définit la nature du réseau, mais la manière de faire fonctionner les coopérations. On ne devrait donc plus parler de réseaux de soins, mais uniquement de réseaux de santé, en sachant que la porte d'entrée dans le réseau peut être une problématique médicale ou sociale. Le réseau de santé n'est pas le regroupement de structures de soins dans le cadre d'une rationalisation des fonctionnements. Il s'exprime forcément dans la proximité. La limite rai-

sonnable d'un réseau de santé est le bassin de population. Le réseau de santé ne peut pas être une filière puisque le parcours de la personne est celui résultant de sa maladie ou son problème social et non pas sa trajectoire dans le système de distribution des soins. On construit un réseau de santé pour améliorer la santé des populations, non pas pour résoudre la crise de l'institution médicale et sociale. Nous sommes dans la reconstruction d'un système de santé des personnes, pas dans la promotion du tout biomédical.

Réseau de santé et réforme de l'Assurance maladie

Le réseau de santé a un avenir. La transformation des pratiques professionnelles permettant une meilleure organisation de la réponse médico-psycho-sociale, dans le cadre de valeurs essentielles pour faire fonctionner cette réorganisation, fait du réseau de santé une innovation majeure de ces vingt dernières années. Innovation qui s'inscrit forcément dans une dynamique de progrès social. Mais le réseau de santé reste extrêmement fragile du fait de toutes les tentatives de récupération dont il fait l'objet. Parmi celles-ci, un danger spécifique guette les réseaux de santé. Si nous croyons que la réforme de l'Assurance maladie s'oriente vers un partage des dépenses maladie entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires, alors le réseau de santé devient un enjeu économique. En effet, les régimes complémentaires, qu'ils soient mutuelles ou assurances privées, sont contraints d'équilibrer leurs financements. Ils peuvent agir à plusieurs niveaux : sélectionner leur clientèle, diminuer les prestations soumises à remboursement. Mais ils ont toujours intérêt à ce que la prestation soit la moins onéreuse possible. Or un réseau de santé peut légitimement revendiquer de « produire » du soin à meilleur coût pour une bonne qualité. Il devient donc économiquement intéressant pour les acheteurs de soins que sont les complémentaires. D'où la tentation de faire du réseau de santé une structure de production de soin médical outil d'exécution d'une gestion économique des dépenses maladies. Agir ainsi, c'est tuer le réseau de santé.

Quelques indices

... pratiques
coopératives en
danger...



Des syndicats de médecins prédateurs



Patrice Muller

Médecin généraliste
membre de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale

Deux communiqués de presse révélateurs

« La FMF apporte un soutien massif aux médecins qui utilisent le DE⁽¹⁾ et à ceux qui organisent des déconventionnements. La FMF comprend ce mouvement historique de déconventionnement auquel ont été contraints de nombreux médecins pour obtenir une liberté des honoraires... ».

Communiqué de presse de la FMF (fédération des médecins de France) du 14 juin 2003.

« Compte tenu de l'absence de possibilité de conclusion, à court terme, d'un accord conventionnel pour l'ensemble des médecins comportant notamment une réactualisation des honoraires médicaux et une optimisation des dépenses d'Assurance maladie, vu l'accueil favorable et l'intérêt porté tant par les médecins (généralistes comme spécialistes) que par les patients, à la journée « Santé Libérée » du 11 juin, les organisations signataires ont décidé d'institutionnaliser cette démarche afin de permettre à chaque médecin de disposer en toute légalité d'un espace-temps de liberté tarifaire permettant de meilleures conditions d'exercice. D'ores et déjà, les trois syndicats invitent tous les médecins à renouveler cette opération, dans un premier temps tous les mercredis, jusqu'à la rentrée de septembre. Par cette mesure, les syndicats souhaitent promouvoir un type de médecine permettant une meilleure écoute et une disponibilité accrue en contre-partie d'honoraires différents, modulés et librement déterminés avec tact et mesure ». Communiqué de presse du 12 juin 2003 cosigné par la CSMF (confédération des syndicats médicaux français), le SML (syndicat des médecins libéraux) et Alliance (« alliance intersyndicale des médecins indépendants de France »).

Analyse de texte

Ces deux communiqués de presse sont révélateurs des moyens prônés par des syndicats de médecins partisans acharnés du commerce médical. Sortir du cadre des tarifs médicaux définis et appliqués contractuellement avec les caisses d'assurance maladie. Du pain béni pour les partisans de l'intru-

sion des assurances privés qui voient là le marché de la complémentaire s'ouvrir encore plus largement en médecine. Institutionnalisés, ces comportements représentent également de nouvelles capacités en terme d'investissement et de financements pour les structures de soins à but lucratif.

A terme, deux catégories de perdants

De toute évidence, les patients, ceux qui n'auront pas eu les moyens de contracter l'assurance complémentaire ad hoc pour pouvoir se payer ces médecins aux tarifs « libérés », mais aussi les médecins qui, après une période d'euphorie tarifaire, vont passer sous le contrôle drastique de ces fameuses assurances complémentaires qui dans une logique de concurrence commerciale seront obligés inéluctablement de serrer la vis et de mettre au pas ces pratiques « libérées ».

Dernier élément à prendre en considération dans cette logique. A terme, le pouvoir des syndicats médicaux va s'en trouver considérablement réduit. L'Assurance maladie étant devenue un « sleeping partner », chaque médecin aura à décider individuellement, en dehors de toute négociation collective, de tel ou tel contrat pour entrer dans les filières de soins pilotées et labellisées par chaque assureur complémentaire. C'est ce qui s'est passé aux Etats-Unis où les vingt dernières années ont vu s'écrouler la jadis toute puissante et hégémonique American Medical Association parallèlement à la montée en puissance des assureurs privés et de leurs filières de soins (Health Maintenance Organization) qui ont imposé directement leur diktat sur les médecins.



1. Dépassement d'honoraires pour exigence du malade. Cette codification de la convention médicale permet de demander exceptionnellement des tarifs supérieurs à ceux fixés dans le cadre des accords conventionnels.





Résumé : La « réforme » de l'Assurance maladie que le gouvernement entend mettre en œuvre à l'automne est analysée à travers les propositions du rapport Chadelat ; cette « réforme » est en fait un « changement radical » avec l'abandon d'un système de gestion tel qu'il est exercé depuis 1945 par les partenaires sociaux et l'introduction des organismes complémentaires dans la gestion et la régulation du système de soins. Le rapport préconise une diminution du champ pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire avec report sur les complémentaires : mutuelles mais aussi assurances privées aboutissant ainsi à une privatisation progressive de l'Assurance maladie et à une restriction de l'accès aux soins.

Assurance maladie : réforme ou changement radical ?

Marie Kayser
et Hélène Girard

Médecins généralistes
membres de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale

Le gouvernement compte présenter à l'automne une « réforme » de l'Assurance maladie. L'étude du rapport du « groupe Chadelat »⁽¹⁾ dont la mission était de travailler sur « la répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et complémentaires en matière de dépense de santé » nous permet d'avoir une idée des intentions gouvernementales.

Contenu du rapport Chadelat

Analyse de la situation actuelle

- Le contexte financier avec l'augmentation des dépenses de santé et l'accroissement de leur part dans le PIB :
- La nature des organismes de prise en charge :
 - les organismes de sécurité sociale ont mission de service public et sont donc exclus du champ d'application du droit communautaire de la concurrence ;
 - les régimes complémentaires sont au contraire tous soumis aux mêmes règles de concurrence qu'il s'agisse de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou d'assurances privées.

- Les modalités des prises en charge :
 - les régimes obligatoires prennent en charge un peu plus des 3/4 des dépenses de santé, l'Etat et les collectivités locales 1 %, les organismes de couverture complémentaire 12 %, les ménages 11 % ;
 - le coût des dépenses de santé est inégalement réparti : 5 % des malades représentent 50 % des dépenses de soins et 70 % des dépenses proviennent des 6 derniers mois de la vie ;
 - il y a de grandes inégalités dans la prise en charge selon la nature des dépenses : les dépenses en médecine ambulatoire ne sont couvertes qu'à 54 % par l'assurance maladie avec actuellement un forfait de remboursement minimal fixe et indépendant du prix, constituant « un panier de soins » ;
 - la couverture par le régime obligatoire est généralisée, mais ne suffit pas à garantir un accès satisfaisant aux soins et doit être complétée par une couverture complémentaire mais 10 % des français n'ont pas cette couverture ;
 - il existe une très grande diversité dans le niveau des prestations fournies par les couvertures complémentaires ; les contrats collectifs pris par les entreprises pour leurs salariés représenteraient

50 % de l'ensemble des contrats de complémentaire : la négociation de ces contrats permet aux entreprises d'avoir des tarifs avantageux et les entreprises bénéficient dans ce cadre de réduction d'assiette des charges sociales et les salariés de déductions fiscales.

Dans ce système de co-paiement, les assurances complémentaires ne sont pas associées aux mécanismes de régulation, ce que le rapport analyse comme déresponsabilisant.

Objectifs et propositions du rapport

Outre une « meilleure prise en charge globale », une « optimisation des dépenses », et « une responsabilisation accrue »... il s'agit surtout de faire des choix entre ce qui doit relever de la solidarité nationale, des assurances complémentaires et de la charge des ménages.

- La solution d'emblée retenue est une architecture à 3 niveaux :
 - mise en place d'une Couverture Maladie dite Généralisée dans le rapport (CMG) qui regroupe l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie Complémentaire dite de Base (AMCB). Contrairement à ce qui se passe pour la CMU complémentaire, l'Assurance maladie ne pourra être le fournisseur de l'AMCB. Il est précisé que la définition du contenu de la CMG est une compétence de l'état, qu'elle n'a pas vocation à la gratuité totale, que grossièrement son champ correspondrait à celui actuellement couvert par l'addition de l'actuelle Assurance maladie obligatoire et des contrats de complémentaires « les plus standard » ;
 - la répartition à l'intérieur de la CMG des champs de l'AMO et de l'AMCB ira selon les catégories de dépenses d'une prise en charge totale à l'absence totale de prise en charge dans le régime obligatoire ;
 - l'AMCB ne sera pas obligatoire mais facultative son contenu sera défini par un cahier des charges et s'imposera aux organismes complémentaires

- le principe de la CMU complémentaire sera maintenu avec la gratuité totale de la prise en charge ;
- il y aura un troisième étage de couverture complémentaire totalement à la charge des assurés.

- Les coûts et les financements :

- les organismes complémentaires ont la liberté de leurs tarifs en ce qui concerne l'AMCB, mais pour ce contrat de base ils doivent respecter les principes des contrats dits « solidaires » : pas de période probatoire, pas de questionnaire santé, pas de majoration pour état de santé ; cependant reste possible, comme actuellement pour ce type de contrat, une majoration pour âge que le rapport propose d'encadrer ;
- il est créé une aide à l'achat de la complémentaire de base : aide personnalisée à l'achat attribuée sous condition de ressources ; cette aide serait maximale au niveau du plancher qui serait celui de la CMU complémentaire (562 € pour une personne seule) et dégressive pour être nulle au niveau d'un plafond qui est envisagé à 1000 € (légèrement au-dessus du SMIC) ; son montant dans cette hypothèse serait de 300 €. Une autre hypothèse est envisagée avec un plafond plus haut.

L'aide à la prise d'une complémentaire sera financée par l'état avec l'argent provenant d'actuelles exonérations fiscales et sociales s'exerçant dans le cadre des contrats d'entreprise et des contrats « loi Madelin ».

- La co-régulation : le rapport envisage un mécanisme de co-régulation dans lequel les assurances complémentaires seraient associées aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie ; selon les cas le rôle pilote pourrait être confié à l'assurance obligatoire ou aux complémentaires, celles-ci devenant, à titre expérimental dans un premier temps, acteur pilote pour certaines catégories d'actes.

Analyse critique du rapport Chadelat

Pour analyser ce rapport, il faut le replacer dans son contexte

- contexte politique d'une volonté de l'état de diminuer les impôts et de baisser les dépenses publiques ;
- contexte économique d'une faible croissance du PIB et d'une augmentation des dépenses de santé ;
- contexte d'une forte pression des acteurs sociaux et économiques : du milieu soignant, médical en particulier, pour une augmentation des honoraires et l'instauration d'un espace de liberté tarifaire ; des organismes complémentaires qui réclament un droit de regard sur ce qu'elles remboursent et sur les pratiques des soignants en particulier des médecins ; pressions des milieux financiers (assurances privées et MEDEF) pour qui le marché du soin est un marché considérable ;
- contexte général de privatisation des services dans le cadre de l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) et de l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce).

Critiques des propositions du rapport

Dans ce rapport, les termes soins et santé sont employés indifféremment, introduisant une confusion entre le soin qui est le domaine du curatif et la santé qui dépend de bien d'autres facteurs d'environnement (logement, travail...). Ce rapport rejette d'emblée l'alternative d'un système de couverture collective complète obligatoire et solidaire car « cela augmenterait les prélèvements obligatoires et mettrait la France en difficulté au regard de ses obligations européennes » ; mais cet argument est faux : les accords de Maastricht et le pacte de stabilité font obligation de ne pas augmenter les déficits des dépenses publiques et non de limiter les prélèvements obligatoires ; l'augmentation des prélèvements permettrait d'équilibrer le régime d'une

assurance maladie réellement solidaire, mais le gouvernement français a choisi de diminuer les prélèvements et les services publics.

- Le rapport propose un système qui en diminuant la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire renforcera les inégalités d'accès aux soins :
 - La notion d'un cahier des charges qui sera défini par les pouvoirs publics pour la part couverte par l'AMCB est positive mais les champs de couverture, « panier de soins » pour l'AMO et « contrat standard » pour les complémentaires ne sont pas précisés ; dans la logique actuelle de réduction des dépenses publiques cela permettra le transfert progressif des charges de l'AMO vers le 2^e étage qu'est la complémentaire de base, puis de celle-ci vers le 3^e étage du système : celui de la complémentaire non encadré ; ce système entraînera une augmentation de la charge des ménages et une restriction de l'accès aux soins pour tous ceux qui ne pourront se payer une couverture complémentaire ;
 - On peut se réjouir que le rapport préconise le maintien de la CMU complémentaire qui sera le filet de sécurité pour les plus défavorisés, mais il faut souligner que la complémentaire de base sera facultative et qu'il y aura toujours des personnes qui ne pourront y avoir accès, même avec les mécanismes d'aide financière prévus au-delà du seuil permettant d'accéder à la CMU complémentaire ;
 - S'il y a un transfert des charges de l'AMO vers les complémentaires, celles-ci vont augmenter leur prix ; les experts de l'assurance maladie estiment que 1 % d'économie des dépenses d'assurance maladie entraînent 40 % d'augmentation pour les cotisations des mutuelles. Il faut noter que contrairement aux cotisations pour l'Assurance maladie obligatoire qui dépendent des revenus, celles pour les complémentaires sont inégalitaires car (sauf dans le cas des mutuelles gérant régime obligatoire et complémentaire) indépendantes des revenus, dépendantes le plus souvent de



l'âge et dépendantes de l'état de santé (sauf pour les contrats solidaires). Leur tarif sera libre, même s'il est « encadré ».

- Le rapport propose un système qui transforme radicalement les principes de notre système d'Assurance maladie.

L'introduction des assurances complémentaires dans la co-gestion et la co-régulation de l'Assurance maladie est une remise en cause fondamentale de la nature de notre système de protection sociale fondé en 1945 sur la gestion conjointe par les partenaires sociaux.

Le rapport compte sur le mécanisme de co-régulation avec les complémentaires pour arriver à une régulation des dépenses de soins : l'État se défait ainsi sur les complémentaires d'un rôle qu'il n'a, sous aucun gouvernement, jamais su et pu faire jouer à l'Assurance maladie. Ceci modifiera complètement l'organisation du système de soins pour les patients et les soignants avec la mise en place de filières de soins : les prises en

charge dépendront des agréments donnés par des organismes complémentaires dont une part est à but lucratif et qui entre eux seront soumis à la concurrence. Par ailleurs, la question des tarifs des professionnels et de leur caractère « opposable » ou non est totalement passée sous silence.

Conclusion

Le rapport Chadelat sous couvert de « réforme », introduit un changement radical dans les caractéristiques du système de l'Assurance maladie : il remet en cause le mode actuel de gestion par les partenaires sociaux, prévoit une diminution de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et met ainsi en place tous les éléments d'une privatisation progressive de l'Assurance maladie.

1. Rapport Chadelat : site du secrétariat à la santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/>

Quelques indices
... privatisation de
l'Assurance maladie...



Résumé : La fluctuation des règles en matière de financement nuit à la qualité du débat public ; si les dépenses augmentent, le déficit actuel est lié en grande partie à une diminution des recettes en rapport avec la dégradation de l'emploi ; la discussion doit porter sur l'utilisation des sommes que la collectivité affecte au système de soins.

Le déficit de la CNAM : un débat faussé

Pierre Volovitch

Chercheur en économie à
l'Institut de recherches
économiques et sociales (IRES)

Le déficit de la CNAM pour 2002 devrait être de - 6,1 milliards d'euro. Il succède à des déficits de - 1,6 milliards d'euro en 2000 et - 2,1 milliards d'euro en 2001. Le déficit prévisionnel pour 2003 est affiché à - 9,7 milliards⁽¹⁾.

Partir du déficit est-il le bon point de départ pour se poser la question de l'Assurance maladie ? Deux remarques doivent être faites ici.

Un déficit n'a pas de sens en lui-même. Il faut le comparer à l'ensemble des ressources de la CNAM. Le calcul fait alors apparaître que le déficit pour 2002 représente 5,5 % de l'ensemble des ressources de la CNAM, après en avoir représenté 1,6 % en 2000 et 1,9 % en 2001 et que le déficit prévisionnel pour 2003 représenterait 8,4 %

des ressources. Il apparaît alors que les déficits de l'Assurance maladie sont, en proportion des ressources, beaucoup moins importants que ceux enregistrés pour le budget de l'Etat⁽²⁾ : les déficits d'exécution⁽³⁾ des budgets de 2001 et 2002 ont affiché des déficits représentant respectivement 13,7 % et 21,7 % des recettes budgétaires. Le budget 2003 a été voté en affichant un déficit prévisionnel, sans doute optimiste, représentant près de 20 % des recettes.

Un déficit n'est qu'un solde qui résulte de l'évolution différenciée des recettes et des dépenses. Le déficit en lui-même n'apprend donc rien si on ne rend pas compte des évolutions des recettes et dépenses dont il est le résultat.

Evolution des dépenses et des recettes de la CNAM – 2000/2003

	2000	2001	2002	2003
Prestations en services en milliards d'euros	89,5	94,9	101,8	108,5
Part dans le total des dépenses	86,2 %	85,5 %	86,8 %	87,2 %
Progression sur un an		+6,1 %	+7,3 %	+6,6 %
TOTAL des dépenses en milliards d'euro	103,9	111,0	117,3	124,3
Progression sur un an		+6,9 %	+5,6 %	+6,0 %
Cotisations sociales en milliards d'euro	52,0	55,2	56,3	58,1
Part dans le total des recettes	50,9 %	50,7 %	50,7 %	50,7 %
Progression sur un an		+6,2 %	+2,1 %	+3,2 %
CSG en milliards d'euros	33,9	37,5	38,0	38,7
Part dans le total des recettes	33,2 %	34,4 %	34,2 %	33,8 %
Progression sur un an		+10,6 %	+1,3 %	+1,9 %
Impôts et taxes affectés en milliards d'euros	3,9	2,1	1,8	2,3
Part dans le total des recettes	3,8 %	2,0 %	1,6 %	2,0 %
Progression sur un an		-44,3 %	-15,4 %	+27,8 %
TOTAL des recettes en milliards d'euro	102,2	109,0	111,2	114,7
Progression sur un an		+6,6 %	+2,8 %	+3,1 %

Sources : Commission des comptes de la Sécurité sociale – mai 2003

IRES
16, boulevard du Mont-d'Est
93142 Noisy-le-Grand Cedex
pierre.volovitch@ires-fr.org

Le déficit de la CNAM est le résultat d'une accélération des dépenses et d'un ralentissement des recettes.

De 2001 à 2002, les dépenses totales de la CNAM ont progressé de 5,6 %, en particulier sous l'effet d'une progression des prestations (remboursements des dépenses de soins) de + 7,3 %.

Sur la même période, les recettes totales de la CNAM n'ont progressé que de + 2,8 % entre 2001 et 2002, alors qu'elles avaient progressé de + 6,6 % entre 2000 et 2001. Ce ralentissement est le résultat combiné d'un net ralentissement de l'évolution des cotisations sociales : + 2,1 % entre 2001 et 2002, alors que les recettes issues des cotisations sociales avaient progressé de + 6,2 % entre 2000 et 2001, d'un ralentissement encore plus net des recettes issues de la CSG : seulement + 1,3 % entre 2001 et 2002, et d'un recul des recettes issues des impôts et taxes affectés.

Il faut donc, pour comprendre quelque chose au déficit, examiner de plus près les évolutions qui touchent les recettes d'une part et les dépenses d'autre part.

Des recettes qui ralentissent sous l'effet de la dégradation de l'emploi

Le rythme de progression des recettes est fortement ralenti entre 2001 et 2002. Ce ralentissement est le résultat direct de la dégradation de l'emploi. Sous l'effet de la remontée du chômage, le nombre de cotisants diminue et les salaires, base des cotisations et de la part majoritaire de la CSG qui repose sur les revenus d'activité, progressent moins rapidement.

Alors que l'évolution de la masse salariale avait été supérieure à + 6 % en 2000 et 2001, elle est à peine supérieure à + 3 % en 2002 et sera sans doute encore inférieure en 2003.

Une évolution de la masse salariale ralentie, cela veut dire une moindre progression des cotisations sociales et de la part de la CSG payée par les salariés⁽⁴⁾. Si on ajoute que la chute de la bourse a entraîné une chute de la part des recettes de la CSG reposant sur les revenus du capital, on a les principaux éléments expliquant le ralentissement des recettes entre 2001 et 2002.

Mais au-delà de cette explication centrale de l'évolution des recettes, il faut revenir sur la

construction même des recettes de la CNAM en particulier et de la Sécurité sociale en général. La crédibilité des recettes affichées pour la Sécurité sociale souffre au moins de deux faiblesses : la question des exonérations de cotisations sociales, la question de l'affectation des impôts et taxes affectés à la Sécurité sociale⁽⁵⁾.

Les exonérations de cotisations : au prétexte d'agir pour l'emploi, les pouvoirs publics ont multiplié les exonérations de charges en faveur des employeurs. Il existe aujourd'hui 36 mesures d'exonération des charges au titre de l'emploi. Certaines sont anciennes et en voie de disparition, d'autres sont nouvelles. « Le montant des cotisations exonérées a été multiplié par six entre 1993 et 2002, passant d'environ 3 milliards d'euro à près de 19,5 milliards pour l'ensemble du régime général⁽⁶⁾.../... En 2002, les exonérations de cotisations patronales de Sécurité sociale représentent environ 20 % de l'ensemble des cotisations patronales de Sécurité sociale des actifs, alors qu'en 1993, ce pourcentage ne dépassait pas 4 % »⁽⁷⁾.

Cette politique d'exonération est totalement discutable quant à ces effets sur l'emploi. Côté recettes de la Sécurité sociale, elle est un facteur incontestable d'obscurcissement des comptes. Il est, malheureusement, peut-être illusoire de vouloir y trouver une solution au manque de recettes.

Depuis 1994, toute mesure d'exonération de cotisations de Sécurité sociale doit être compensée par le budget de l'Etat à la Sécurité sociale. Depuis 1999, cette mission de compensation repose principalement, mais pas exclusivement, sur le FOREC⁽⁸⁾. Seules les mesures d'exonérations antérieures à 1994, qui sont toujours en vigueur aujourd'hui, ne font donc pas l'objet d'une compensation financière à la Sécurité sociale.

D'après la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, « en 2002 les trois-quarts des exonérations étaient prises en charge par le FOREC, et 14 % environ par l'Etat directement. Seules 12 % des exonérations de cotisations de Sécurité sociale de l'année 2002 ne faisaient pas l'objet d'une compensation financière à la Sécurité sociale ».

6,1 milliards de déficit en 2002 pour la seule CNAM, 19 milliards d'exonérations de cotisations la même année pour l'ensemble de la protection

sociale, il est évidemment tentant de résoudre le problème du déficit en proposant de supprimer l'ensemble des dispositifs d'exonération. Cette prise de position n'est pas illégitime, il ne faut pas la transformer en solution miracle. Si les dispositifs d'exonération disparaissent, on peut penser que les « compensations » versées par le FOREC et l'Etat disparaîtraient elles aussi. Ce ne sont donc pas l'ensemble des exonérations que la Sécurité sociale récupérerait, mais uniquement celles qui ne sont pas aujourd'hui compensées, évaluées, on l'a vu, à 12 % de l'ensemble par la Commission des comptes. Même si on peut discuter les calculs sur la compensation, cela veut dire un supplément de recettes de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euro. Important, mais pas forcément suffisant.

L'affectation des impôts et taxes : plus de douze impôts et taxes, très divers dans leurs rendements et leurs assiettes, participent au financement de la protection sociale. Les pouvoirs publics ont pris la très mauvaise habitude de modifier, en fonction de choix d'équilibrage de tel ou tel compte, les affectations de ces impôts et taxes. Ainsi, entre 2001 et 2002, la CNAM a perdu au profit du FOREC⁽⁹⁾ le bénéfice d'une taxe portant sur les assurances automobiles (perte de recette de 0,9 milliards d'euro pour la CNAM) tandis qu'elle récupérerait, cette fois encore avec le FOREC, mais dans un circuit financier inversé, une part plus importante des droits sur les tabacs (gain de 0,55 milliards d'euro pour la CNAM). Ce genre de manipulations est permanent dans le champ du financement de la protection sociale. Au-delà de ces aspects parfois anecdotiques, c'est surtout un

obstacle important à un réel débat public sur les recettes de la protection sociale.

C'est d'abord l'évolution de l'emploi qui pèse sur les recettes de la Sécurité sociale en général et de l'Assurance maladie en particulier. Au-delà, la fluctuation des règles en matière de financement nuit à la qualité du débat public. Il faut donc, à ce titre, remettre en cause les modalités actuelles du financement (exonération de charges, affectations de taxes). Mais le déficit de l'Assurance maladie n'est pas uniquement une question de recettes, c'est aussi une question de dépenses.

Des dépenses qui augmentent rapidement sans que l'on puisse affirmer que cette augmentation conduise à une meilleure satisfaction des besoins de soins.

Depuis 1996 l'ONDAM voté par le parlement a régulièrement été dépassé. On peut s'en réjouir car cela prouve que les bases même du calcul de l'ONDAM n'avaient guère de sens. Mais, parce que les dépenses de soins intégrées à l'ONDAM sont des dépenses socialisées dont l'objectif devrait être de permettre à tous d'accéder aux soins, il faut aussi essayer de comprendre le pourquoi de cette progression.

Entre 2001 et 2002, les soins de ville et les établissements se partagent, presque moitié/moitié la contribution dans la croissance des dépenses. A l'intérieur des soins de ville, les honoraires contribuent pour près de la moitié (21,7 sur 51,3) à l'évolution de la dépense. Et pour continuer sur ce partage moitié/moitié, il est intéressant de constater que les dépenses supplémentaires d'honoraires relèvent pour une petite moitié des

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM entre 2001 et 2002.

Part des différents domaines de la dépense dans l'évolution d'ensemble.

	Evolution entre 2001 et 2002	Contribution à la croissance des dépenses
Soins de ville	+7,9	51,3 %
Dont honoraires	+7,5	21,7 %
Dont médicaments, indemnités journalières et dispositifs médicaux	+8,5	29,6 %
Etablissement	+6,3	45,3 %
Dont établissement sous dotation globale	+6,4	33,8 %
Cliniques privées	+7,5	6,4 %
Etablissements médico-sociaux	+9,0	8,8 %

revalorisations tarifaires intervenues en 2002 et pour une moitié, un peu plus forte, de l'évolution en volume (nombre d'actes).

L'ensemble des autres dépenses liées aux soins de ville (médicaments, indemnités journalières, dispositifs médicaux...) continue de croître rapidement malgré un léger ralentissement de l'évolution des dépenses de médicaments : baisses de prix et montée en charge des génériques⁽¹⁰⁾.

Pour les établissements hospitaliers, ce sont les établissements sous dotation globale⁽¹¹⁾ qui sont à l'origine de la plus grande part de la croissance des dépenses. Cette part plus importante est directement liée à la part prééminente que ces établissements ont dans le secteur de l'hospitalisation. Une moitié de cette progression est liée à la mise en place des 35 heures.

Entre 2001 et 2002, les Français ont collectivement affecté près de 7 milliards d'euros supplémentaires à la prise en charge des soins. Si cette dépense à été affectée en fonction des besoins et avec l'objectif des réduire les inégalités, c'est une excellente nouvelle. Si elle a été affectée en fonction des rapports de force des différents groupes de professionnels et d'industriels agissant sur le marché de la santé, c'est une moins bonne nouvelle. La question centrale posée par les dépenses de santé est bien la suivante : a quoi sont utilisées les sommes que la collectivité affecte au système de soins ? Et les comptes ne répondent pas à cette question. C'est pourquoi, s'il peut être utile de comprendre la pourquoi du déficit de l'Assurance maladie, ce n'est sans doute pas en se focalisant sur lui que l'on avancera dans le sens d'une Assurance maladie efficace et solidaire.

1. Commission des comptes de la Sécurité sociale – mai 2003.

2. Si l'on veut tenter d'expliquer les différences « d'émotion » provoquées par les déficits dans le domaine de la protection sociale et par les déficits budgétaires, il faut se souvenir que le budget de l'Etat est régulièrement voté avec un déficit, qui apparaît comme une grandeur « voulue », « maîtrisée », alors qu'il n'y a pas, pendant longtemps eu de « budget » pour la

Sécurité sociale, l'ONDAM n'est voté par le parlement que depuis 1996, et qu'au contraire de l'Etat, la Sécu est censée fonctionner en équilibre.

3. Quand on vote le budget de l'Etat, on vote un déficit prévisionnel, souvent optimiste. Et puis, l'année étant écoulée, on enregistre le déficit d'exécution. L'écart entre le déficit prévisionnel et le déficit d'exécution peut-être important. En 2002, le budget avait été voté avec un déficit prévisionnel de 30,5 milliards d'euro. Une fois le budget exécuté le déficit réel était de 49,3 milliards.

4. Les auteurs du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale mesurent « qu'un accroissement ou une baisse de 0,1 point de la masse salariale conduit à une variation de plus de 150 millions d'euro de l'ensemble cotisations et CSG pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ».

5. D'autres éléments obscurcissent la question des recettes de la Sécu. Si on voulait être complet, il faudrait ajouter les débats autour des « transferts » entre régimes de Sécurité sociale, la question du recouvrement des créances (les « dettes des employeurs »), le problème des frais financiers supportés par les caisses de Sécu en cas de déficit...

6. L'ensemble de régime général, c'est la CNAM pour la maladie, mais aussi la CNAV pour la vieillesse de base et la CNAF pour les prestations familiales.

7. Commission des Comptes de la Sécurité sociale – mai 2003.

8. Le Fonds de financement de la Reforme des Cotisations patronales de Sécurité sociale (FOREC) ne participe à aucune « réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale » mais à pour fonction de compenser, au profit des régimes de Sécurité sociale, les pertes de cotisations liées aux exonérations de cotisation sociales en lien avec les bas salaires et la réduction du temps de travail. Il est financé par une dizaine de taxes dont certaines sont également affectées à telle ou telle caisse de sécurité sociale (taxe sur le tabac, les alcools, sur les activités polluantes, sur les contrats d'assurance automobile...).

9. On voit donc que la question des affectations de taxes est liée à celle des exonérations.

10. « Au cours de l'année 2002, la vente de médicaments génériques a fortement augmenté. La part des génériques dans le répertoire des médicaments pour lesquels il existe au moins un générique est passée de 35 % en nombre de boîtes vendues en début d'année 2002 à près de 50 % en février 2003 ». Cependant, « les médicaments génériques ne représentent encore qu'une part limitée du marché des médicaments en France. Sur le total des ventes de médicaments remboursables, le générique représente 10 % des boîtes vendues en officines en février 2003 (contre 8 % en janvier 2002) et seulement 5 % du chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique ». Commission des Comptes de la Sécurité sociale – mai 2003 – extraits.

11. C'est à dire les hôpitaux publics et la plus grande part des hôpitaux privés à but non lucratifs.



Quelques indices

... opacité des chiffres...



Résumé : Une nouvelle de science-fiction où l'on voit la banque-assurance en charge de la couverture sociale, et comment par une manœuvre législative astucieuse, elle se sort avec brio et cynisme de cette situation hautement profitable.

ARS 2008 : une avancée sociale

Jacques Richaud

Neurochirurgien

Les alternances successives avaient échoué à contenir l'évolution des dépenses de santé. Ni la maîtrise comptable, ni la maîtrise médicalisée, ni le déremboursement massif des soins et la privatisation de la Sécurité sociale n'avaient empêché l'explosion des dépenses et surtout l'engorgement des structures de soins entre 2003 et 2006. Plusieurs facteurs avaient participé à l'effondrement du système : d'abord la crise boursière mondiale succédant à la guerre avait entraîné l'effondrement des fonds de pension qui venaient pourtant d'être généralisés sur directive européenne ; les vieillards de plus en plus nombreux étaient aussi de plus en plus démunis après la faillite du système de retraites privatisé qui leur avait été imposé. Ensuite, le coup de grâce fut porté par l'apparition de nouvelles thérapies anticancéreuses véritablement efficaces, mais extrêmement coûteuses.

Des manifestations géantes de « nouveaux vieux pauvres », puis bientôt de « nouveaux vieux pauvres malades » s'étaient déroulées en 2004 et 2005. En 2006, l'inflation des suicides et des demandes d'euthanasie révoltait l'opinion.

La génération soixante-huitarde vieillissante et désespérée, moins de quarante ans après la chute de ses utopies, voyait ses propres enfants porter en 2007 au pouvoir L'Union Libérale Populaire (ULP) pour un « renouveau

humaniste » annoncé par cette formation. Le slogan de campagne avait été « Pour la relève » et dans le programme social était précisé « Pour la relève des générations ».

L'essentiel du programme avait été rédigé par le « Club Alexis Carrel », inspirateur du consortium de banque-assurance auquel venait d'être confiée la gestion de la CSGF (Caisse de Soutien aux Générations Futures), qui avait remplacé en 2006 la vieille Sécurité sociale.

Des mesures spectaculaires furent vite annoncées pour « rendre enfin la dignité à nos vieux » et pour « protéger les générations futures ». L'euthanasie fut à nouveau interdite à la grande satisfaction de l'Eglise et de l'ordre des médecins, après une vague d'inflation de demandes sans précédent. Une loi fut votée et bien accueillie pour pallier l'effondrement des retraites et qui instaurait le MSD (Minimum Sénilité Dépendance). Aux patients de tous âges atteints d'affections désormais curables, mais à des prix bien peu accessibles, avait été promis une réforme d'une ampleur sans précédent : l'ARS.

Le texte de l'ARS a été enfin dévoilé en séance à l'Assemblée nationale au début avril 2008. Il fut voté dès la première lecture par L'Union Libérale Populaire, occupant 98 % des sièges depuis la réforme électorale d'après guerre ayant exclu de la représentation nationale les partis pacifistes,



humanistes et droit de l'hommes qui s'étaient compromis avec le terrorisme au début du nouveau siècle. Chacun savait que, au Sénat, le « cercle des démocrates disparus » déposerait quelques amendements qui seraient rejetés et que la « réforme pour la relève » s'imposerait à tous.

L'ARS venait de naître, texte législatif composé de 8 articles précédés d'un court préambule :

Loi pour la protection des générations futures

Préambule :

Le gouvernement, par ce texte, est conscient d'avoir franchi un pas dans l'histoire sociale de notre pays.

En substituant à l'engagement de vaines dépenses une logique qui privilégie, pour la première fois et par la dotation de moyens substantiels, la qualité de vie des vieillards et la qualité de survie des malades, est enfin mis en œuvre dans le respect de la dignité de tous le principe positif de « relève des générations ».

Cette évolution n'a été rendue possible que par l'abrogation préalable de tous les contrats d'assurance vie-invalidité, sans remboursement et en contrepartie de l'engagement de la CSGF et de ses partenaires régionaux de la banque-assurance pour la mise en œuvre et le financement de ce dispositif innovant.

Par ce nouveau partenariat positif, ce secteur de la banque-assurance joue désormais un rôle cen-

tral dans l'amélioration de la vie de tous et particulièrement du bien-être résiduel de nos concitoyens les plus souffrants ou les plus démunis.

Texte de loi :

Art. 1 : L'accès aux soins est garanti à tous les nationaux selon les principes fondateurs de la CSGF adoptés en 2006. Il est confirmé pour cela le rattachement de chaque citoyen français à une filière médico-bancaire régionale, seule prestataire et seule garante du remboursement fixé à 20 % des dépenses engagées, sauf dérogations prévues aux articles suivants.

Art. 2 : Les avantages ci-dessus proposés ne concernent désormais que les citoyens actifs et leurs ayants droit directs, sous réserve d'un revenu au moins égal à la somme engagée remboursable. Cette somme sera réintégrée en majoration des cotisations obligatoires à la CSGF versée à la banque régionale accréditée, dans un délai de un à trois ans selon le taux de revenus.

Art. 3 : Pour toutes les personnes non concernées par l'article 2, ou pour toutes les personnes concernées par cet article, mais porteuses de pathologies susceptibles d'induire des soins coûteux dont la liste est révisée annuellement par la CSGF, ainsi que pour tous les sujets sans emplois et non soumis à la cotisation à la CSGF et enfin pour tous les sujets retraités déjà bénéficiaires du



MSD et atteints de quelque pathologie que ce soit, sont définies des dispositions nouvelles. A l'ensemble de ces catégories sera proposé, en lieu et place de l'accès au soin, une « Allocation de Renoncation au Soin » (ARS).

Art. 4 : L'ARS garantit, dès la signature du contrat de renoncation au soin, le versement d'un capital pour la première année déterminé selon trois catégories. **Catégorie A :** 100 % du dernier salaire annuel pour les sujets actifs atteints d'affections immédiatement invalidantes imposant l'arrêt de l'activité. **Catégorie B :** 30 % du dernier salaire annuel pour les sujets renoncent au soin, mais pouvant temporairement poursuivre une activité rémunérée productive. **Catégorie C :** 300 % du MSD (minimum sénilité dépendance) pour les sujets âgés déjà bénéficiaires de cette allocation et porteurs de quelque pathologie qui entraînerait des soins coûteux. Le même taux est proposé pour tous les sujets concernés par l'article 3.

Art. 5 : Lorsque après un an, le bénéficiaire de ces avantages est encore en vie, il est renouvelé annuellement dans les catégories A, B ou C, le versement d'une allocation de renoncation au soin égale alors à 100 % du MSD quel que soit l'âge et la pathologie.

Art. 6 : Aucun sujet ne peut sortir de ce dispositif une fois signé le contrat de renoncation au soin. Aucune innovation médicale en particulier, ni intervention d'un tiers ne peuvent justifier la révi-

sion de l'attribution de cette allocation ou la réintégration dans le système de soins.

Art. 7 : Dans les cas d'incapacité, même temporaire du fait de l'état de santé, à consentir à l'engagement dans ce dispositif avantageux, un tiers proche, sauf avis contraire motivé par décision de justice de la majorité des ayants-droits, peut se substituer à l'incapable pour signer à sa place et de façon irrévocable le contrat de renoncation au soin. Cette modalité s'impose également pour les mineurs même en l'absence d'incapacité ainsi que pour toutes les affections reconnues génétiquement transmissibles et ce dans le but de protéger les générations futures. L'allocation est alors réduite à celle de la catégorie C.

Art. 8 : A la survenue du décès, les sommes versées au titre de l'ARS pour l'année en cours restent propriétés de l'ensemble des ayants-droit en cas de consentement initial du sujet, ou propriété de celui d'entre eux à l'initiative de l'entrée dans le dispositif selon les modalités de l'article 7.

Dans tous les cas les générations futures seront exonérées des droits de succession sur les sommes perçues au titre de la réversion de l'ARS.

Fait à Paris, le 1^{er} avril 2008

Denis Kiseleure, Ministre de la santé des générations futures du gouvernement d'union libérale populaire.

Résumé : La Mutualité française a pris, à son congrès de Toulouse au mois de juin dernier, des positions qui vont dans le sens des propositions gouvernementales de changement radical de l'organisation de l'Assurance maladie avec mise en place d'une privatisation progressive ; ces positions sont en contradiction avec sa longue tradition de solidarité et sa lutte pour l'accès aux soins pour tous.



La Mutualité française à la croisée des chemins

Nous sommes à un moment crucial pour l'avenir de la protection sociale : le gouvernement prépare un changement radical de l'Assurance maladie en tirant argument du déficit de celle-ci ⁽¹⁾. Porteuses d'une longue tradition de solidarité et fortes de leur poids dans le marché de la complémentaire⁽²⁾, les mutuelles par leur positionnement seront un acteur déterminant pour l'avenir du système de soins.

Dans cet article, c'est la position de la Mutualité française qui est étudiée ; elle regroupe actuellement les deux grandes fédérations de mutuelles : la Fédération Nationale de la Mutualité française (FNMF) et la Fédération des Mutuelles de France (FMF) ; elle fédère 95 % des mutuelles santé en France et couvre 36 millions de personnes ; elle s'est réunie en congrès à Toulouse en juin 2003 sur le thème : « Réduire les inégalités sociales : de l'Assurance maladie à l'Assurance santé⁽³⁾ ».

Le mouvement mutualiste : une longue tradition de solidarité

Sous l'Ancien Régime existaient les organisations d'entraide ; après la Révolution française, les sociétés de secours mutuel se sont mises en place assurant à la fois défense du monde du travail et prise en charge des besoins sociaux ; puis avec la législation impériale de 1852, la mutualité se spécialise dans la maladie puis les retraites ; en 1945, la création d'une assurance maladie couvrant à 100 % est envisagée remettant en question la place de la mutualité, mais finalement celle-ci se maintient dans un rôle de complémentaire à l'Assurance maladie obligatoire.

Les mutuelles ont aussi d'autres champs d'intervention : ce sont la gestion d'établissements de soins et de services (dentaire, pharmacies, optique...), les interventions de prévention en santé publique et la prévoyance (épargne retraite, assurances en cas de maladie ou décès).

Organismes à but non lucratif, dans le cadre de leur activité de complémentaire, les mutuelles proposent des contrats couvrant de façon plus ou moins complète la part laissée à la charge des assurés ; leurs contrats ne comprennent pas de questionnaire santé, mais les tarifs augmentent cependant le plus souvent avec l'âge.

Avec l'application récente des directives européennes, le mouvement mutualiste a perdu en France sa spécificité aux yeux de la loi et il est soumis aux mêmes règles que les assurances.

Les mutuelles ont connu un mouvement de concentration qui s'est amplifié ces dernières années en lien avec les nouvelles règles européennes et en concurrence avec les assurances.

Analyse de la position de la Mutualité française

La Mutualité réaffirme son attachement à une véritable Assurance Santé en se prononçant pour - une politique de santé visant à une réduction des inégalités sociales de santé ; l'élargissement du champ d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à la prévention et à la prise en charge du handicap et de la dépendance ; la généralisation des services de santé au travail et le renforcement de leur indépendance ; le développement d'une politique de santé publique dentaire ; l'accès des usagers à des prises en charge précoces ; une

Marie Kayser

*Médecin généraliste
membre de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale*

meilleure coordination du système de soins en développant le travail en réseau de santé de proximité ; la sortie d'un mode de rémunération des professionnels de santé exclusivement basé sur l'acte ; une politique du médicament indépendante de l'industrie pharmaceutique.

Ces principes sont dans la ligne de politique de santé et de solidarité qui a toujours été défendue par la Mutualité.

La Mutualité prend position pour une nouvelle organisation de la régulation du système de soins.

Création d'une Haute Autorité en Santé indépendante dont la composition n'est définie ni dans la résolution finale, ni dans le texte préparatoire mais dont le rôle serait capital puisqu'elle serait chargée de déterminer

différentes interventions préventives curatives ou de compensation », en clair de déterminer le « panier de soins ». Mise en place de trois nouvelles instances

: Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie, instance représentative des mutuelles, instance représentative des professionnels de santé.

Il faut noter que, dans sa contribution au congrès, la FMF tout en critiquant le mode de pilotage et l'absence de marge de manœuvre de l'actuelle Assurance maladie ne semblait, pour sa part, pas partisan d'une telle réorganisation de la protection sociale en santé. La Mutualité passe ici curieusement sous silence un des acteurs du système de soins : ce sont les assurances privées qui demandent, elles aussi, une place accrue dans la gestion du système de soins ; la co-régulation leur est proposée dans le rapport Chadelat au même titre qu'aux mutuelles en tant que com-

plémentaires facultatives.

Pour ne plus être des « payeurs aveugles », la Mutualité se prononce pour une organisation qui remet en cause la place centrale de l'Assurance maladie obligatoire et son mode de gestion par les partenaires sociaux et qui entraînera l'introduction des assurances privées à but lucratif dans la gestion du système de soins.

Libre fixation des prestations.

La Mutualité propose de « laisser le soin à l'Assurance maladie obligatoire et aux mutuelles (et donc fatalement aussi aux assurances privées) de fixer leurs prestations respectives... » et « d'instaurer un crédit d'impôt égal, quels que soient les niveaux des revenus, pour faciliter l'accès de tous aux garanties mutualistes solidaires et viagères... »

Il est très dangereux que le niveau respectif des prestations de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires ne soit pas fixé ; il n'y a là aucun garde fou car la résolution finale ne reprend pas la position de la FMF qui préconisait dans sa contribution de garantir un « plus haut niveau de couverture obligatoire à tous les assurés sociaux ».

Il y a là le risque majeur qu'un désengagement progressif de l'Assurance maladie obligatoire ne rencontre pas d'obstacle de la part des mutuelles. Le principe de financement de l'Assurance maladie obligatoire est celui d'une participation solidaire qui ne dépend ni de l'état de santé, ni de l'âge et qui augmente avec les revenus (qu'il s'agisse de cotisations ou de la CSG).

Les cotisations aux couvertures complémentaires (sauf pour les mutuelles qui, comme la MGEN, gèrent régime obligatoire et régime complémentaire) ne sont pas modulées selon les revenus, elles augmentent pratiquement toujours avec l'âge ; dans le système assurantiel, lorsqu'il ne s'agit pas de contrats dits « solidaires »⁽⁴⁾, elles dépendent aussi de l'état de santé des assurés ; le prix des contrats de complémentaires ne peut-être fixé par l'Etat, même si un certain encadrement est possible dans le cadre des contrats solidaires ; le report de charges de l'Assurance maladie obligatoire sur les complémentaires entraînera une augmentation



du prix de celles-ci. Le crédit d'impôt égal pour tous demandé par la mutualité représente un transfert d'argent public vers le système mutualiste et assurantiel sans garantir l'accès aux soins pour tous : il y aura toujours des assurés qui ne pourront pas se payer ces complémentaires facultatives ce qui est contraire au principe d'universalité. Il faut souligner que ni le rapport introductif au congrès ni la résolution finale de la Mutualité ne mentionnent l'exigence du maintien de la CMU complémentaire alors que la Mutualité jusqu'à présent s'est fortement impliquée dans la gestion de celle-ci ; la FMF pour sa part s'élève dans sa contribution contre la remise en cause actuelle de la CMU par le gouvernement. La Mutualité se prononce là pour un système qui pourra être utilisé par le gouvernement pour diminuer la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, et mettre en place une privatisation progressive, renforçant ainsi les inégalités d'accès aux soins.

Au niveau de la médecine ambulatoire, le conventionnement des médecins ne serait pas systématique, mais fonction d'agrément et d'habilitation ; cela pose la question des critères d'agrément et de la qualification de celui qui agréé.

On voit se profiler ici le risque de la mise en place de filières de soins liées aux agréments par les différents organismes complémentaires mutualistes ou assurantiers : le patient affilié à telle mutuelle ou assurance risque de n'être pris en charge correctement que s'il va consulter un médecin agréé par sa complémentaire.

La Mutualité demande que les complémentaires aient accès aux « données de santé issues de la gestion administrative »

Cela soulève la question de l'utilisation qui en sera faite en matière de contrôle et celle du respect de la vie privée ; cette question est aussi posée par la mise en place d'un carnet de santé électronique. Au niveau de l'hôpital : la FNMF évoque la restructuration des établissements de santé et la régionalisation de l'organisation de l'offre de santé. Elle n'aborde ni la question public-privé, ni l'actuel transfert au privé des activités dites rentables.

En conclusion

La Mutualité française demande de pouvoir contrôler la pertinence des dépenses en les corégulant avec l'Assurance maladie ; en ne présentant aucune exigence sur le niveau de remboursement par le régime obligatoire, en demandant la co-gestion au même titre que les assurances privées, la mutualité dans les résolutions du congrès de Toulouse va dans le sens du rapport Chadelat (même si elle le critique officiellement).

On peut penser que la Mutualité pense ainsi sauver son existence : les difficultés des mutuelles dans le système de soins actuel sont indéniables, elles sont selon leurs termes « les payeurs aveugles » des dépenses dans un système basé uniquement sur le curatif, leur trésorerie est mise en difficulté par la croissance des dépenses d'Assurance maladie et par les reports de charge pratiqués par le système d'Assurance maladie obligatoire.

Mais si la Mutualité persiste dans ces positions, elle va contribuer à la privatisation de l'Assurance maladie sans être même sûre de garantir sa survie, vu sa situation de concurrence avec les assurances privées.

Dans le débat qui aura lieu à l'automne sur l'avenir de l'Assurance maladie, il est important pour l'avenir de l'Assurance maladie que le mouvement mutualiste choisisse le camp qui a toujours été le sien : celui de la solidarité.

1. cf. l'article sur le rapport Chadelat qui préconise une limitation des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire et un accroissement du rôle des complémentaires, mutuelles et assurances, en matière de prise en charge et de régulation.

2. En France, le chiffre d'affaire des mutuelles représente 61 % du marché de la complémentaire pour 22 % aux assureurs et 17 % aux institutions de prévoyance.

3. Cette analyse a été menée à partir de trois documents : le rapport de lancement du congrès, le texte de contribution de la FMF et la résolution en 25 points adoptée à Toulouse à la quasi-unanimité des délégués. Ces rapports sont consultables sur les sites de la FNMF, de la FMF et de la Mutualité française.

4. Les organismes d'assurance complémentaire sont exonérés de la taxe de 7 % sur les contrats mutuels ou assurantiers qui ne comportent ni questionnaire santé, ni tarification en fonction de l'état de santé de l'assuré.





Résumé : Toute proposition de réforme de l'Assurance maladie doit être examinée sous l'angle de trois principes : un financement solidaire, un haut niveau de prise en charge des dépenses et des tarifs opposables.

Trois principes pour asseoir une Assurance maladie solidaire

Pierre Volovitch

*Chercheur en économie à
l'Institut de recherches
économiques et sociales (IRES)*

Le débat sur l'Assurance maladie se joue autour de questions nombreuses et assez diverses. Question du financement : qui va payer ? Question de pouvoir : qui doit décider ? L'Etat ou l'Assurance maladie ? Et quelle place donner aux mutuelles, aux usagers ? Questions d'organisation du système de soins : faut-il, ou non, mettre en place des filières ou toute autre forme d'organisation de l'accès aux soins ? Questions de rémunération : comment et à quel niveau rémunérer les professionnels du soin ? Question de la qualité des soins...

Toutes ces questions, et la liste n'est pas close, sont importantes. La défense d'une Assurance maladie solidaire peut-elle cependant, au-delà de la variété des problèmes, au-delà des divergences qui peuvent apparaître sur tel ou tel point, prendre appui sur quelques points forts, sur un « noyau dur » ? Il me semble que oui. Une Assurance maladie solidaire a besoin pour exister de s'appuyer sur trois principes : un financement solidaire, l'amélioration du niveau de prise en charge, l'existence de tarifs opposables.

Un financement solidaire

La Sécurité sociale n'est pas une assurance. Certes comme les assurances, elle a pour objectif de protéger contre un risque. Mais elle le fait sur la base d'un financement totalement différent.

Le coût de l'assurance est lié au risque assuré. Plus vous représentez un risque important plus votre

assurance sera coûteuse. Regrouper les personnes en fonction de leur « classe de risque » est même la fonction principale de l'assureur.

Avec la Sécurité sociale, on change de monde. Chacun paye en fonction de son revenu sans tenir compte du risque qu'il représente. Ce n'est pas une question de technique assurantielle, c'est une question d'égalité. Les plus pauvres, les plus fragiles, et tout spécialement dans le monde de la santé et des soins, sont ceux qui présentent le risque le plus important. Financer l'Assurance maladie en fonction du risque reviendrait donc à faire payer plus cher aux plus pauvres et aux plus fragiles alors que ce sont justement ceux-là qui auront le plus de mal à payer. La Sécurité sociale en faisant reposer son financement sur le revenu et non sur le risque permet à tous d'être assurés. Mieux, elle permet à tous d'être assurés de la même façon. Car la question n'est pas seulement d'assurer tout le monde, la question est bien d'assurer la même couverture à tout le monde.

Les assureurs commerciaux sont capables « d'assurer » tout le monde. Mais ils le font à leur façon : ils font payer moins aux plus pauvres... en leur proposant une couverture de moins bonne qualité. Déjà aujourd'hui, la qualité des couvertures complémentaires maladie est très directement liée au niveau de revenu des personnes protégées. Moins bien protégées, les catégories sociales les plus modestes n'accèdent pas aux soins de la même façon que les catégories plus aisées. Les plus modestes ont moins recours à la

IRES
16, boulevard du Mont d'Est
93142 Noisy-le-Grand Cedex
pierre.volovitch@ires-fr.org

prévention, moins recours aux spécialistes, mais ... plus recours à l'hôpital. Moins bien couverts, les plus modestes se soignent moins bien, plus tard, et ont donc recours à des soins plus lourds⁽¹⁾. Seule la Sécurité sociale peut apporter à chacun la même couverture.

Le financement solidaire ne peut évidemment exister que s'il est obligatoire. Car pour que tous soient assurés, pour que chacun puisse bénéficier de la même couverture, l'adhésion au système collectif d'assurance doit être obligatoire.

A l'inverse, les couvertures maladie complémentaires ne sont pas obligatoires. Il leur faut donc « attirer le client ». Elles sont dès lors soumises à une très forte pression dans le sens d'une différenciation des risques. La cotisation des personnes âgées peut alors être supérieure à celle des personnes plus jeunes, la cotisation d'une famille nombreuse sera plus élevée que celle d'un couple sans enfants...

L'affirmation du principe d'un financement basé sur le revenu et non sur le risque est importante, elle n'épuise pas la question de la forme concrète de ce financement. Faut-il une cotisation calculée en pourcentage du salaire ? Une CSG, toujours proportionnelle au revenu, mais s'appuyant sur une base plus large ? Un impôt qui introduirait des éléments de progressivité ? Un financement des employeurs qui ne prendrait pas en compte les seules rémunérations, mais s'appuierait sur la valeur ajoutée ? Toutes ces questions peuvent être posées, mais la base d'un financement de la Sécurité sociale qui ne prend pas en compte le risque ne doit pas être remise en cause.

L'amélioration du niveau de prise en charge

La Sécurité sociale dans le domaine du soin n'a de sens que si les dépenses de soins supportées par les ménages sont effectivement prises en charge. Les évolutions dans ce domaine sont loin d'être toutes positives. Certes, de plus en plus de personnes sont prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée (ALD), certes la mise en place de la CMU a amélioré le niveau de couverture des personnes les plus pauvres, enfin le développement du « tiers payant », en particulier dans le domaine du médicament, fait dispa-

raître, pour ceux qui peuvent en bénéficier, l'obstacle que représente la nécessité d'avancer les frais. Mais dans l'autre sens, les pouvoirs publics prennent régulièrement des mesures de réduction du niveau de prise en charge pour de nombreux médicaments, certains types de soins continuent à être pris en charge de façon clairement insuffisante : les soins dentaires ne sont pris en charge qu'à 35 % par la Sécurité sociale⁽²⁾ ! Enfin, certains équipements dans des domaines où les besoins se développent, on peut penser aux audioprothèses, sont très peu pris en charge par la Sécurité sociale.

Le niveau de prise en charge des dépenses de soins par le régime obligatoire, celui qui est assis sur un financement solidaire, doit donc être amélioré pour tous.

L'idée à la mode, développée en particulier dans le rapport Chadelat, serait d'améliorer le niveau de prise en charge en combinant l'action de l'Assurance maladie obligatoire et l'action des Assurances maladies complémentaires. Cette idée a l'apparence du réalisme : « puisqu'aujourd'hui presque tout le monde est couvert par une complémentaire le plus simple et le moins coûteux est d'assurer la couverture complémentaire de la faible part de la population qui n'en profite pas. » Quelle est la consistance réelle de cette idée ? S'il s'agit d'offrir à tous une couverture identique quel est l'intérêt de faire assurer cette couverture par des organismes différents ? Si l'objectif est bien d'offrir à tous une couverture identique, la prise en charge de cette couverture par l'Assurance maladie obligatoire est bien la meilleure solution et on ne voit pas pourquoi la couverture apportée étant définie, le fait de faire assurer cette couverture par un seul organisme pourrait avoir le moindre effet sur son coût global⁽³⁾. A l'inverse, le seul intérêt d'avoir des organismes différents, c'est qu'ils puissent proposer des couvertures différentes... à des prix différents. Et alors quelle égalité ? (pour plus de détails sur les propositions du rapport Chadelat voir l'analyse de ce rapport dans ce même numéro de *Pratiques* page 28).

C'est la Sécurité sociale qui doit prendre en charge l'ensemble des soins nécessaires à la popula-

tion. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Le niveau de prise en charge des dépenses de soins par la Sécurité sociale doit donc être amélioré.

Si vous affirmez cette nécessité d'améliorer la prise en charge des soins par la seule Sécurité sociale, les partisans d'une prise en charge conjointe des soins par l'Assurance maladie obligatoire et par les complémentaires vous opposent un argument qu'ils croient fort. La prise en charge des soins par la Sécurité sociale, disent-ils, ferait disparaître les mutuelles.

Il faut répondre à cet argument. Réduire les mutuelles à leur seule fonction de remboursement des prestations n'est pas très valorisant pour les mutuelles. A l'inverse de cette vision réductrice, on peut redire que les mutuelles sont, de par leur histoire, des regroupements d'hommes et de femmes qui entendaient agir ensemble, de façon solidaire, sur les questions de santé. A ce titre elles sont, ou pourraient être, des structures démocratiques de débat collectif sur les questions de santé et elles sont gestionnaires de structures de soins souvent innovantes⁽⁴⁾. Pour ces deux raisons (débat démocratique et gestion de structure de soins), les mutuelles ont sans doute toute leur place dans le futur d'une Assurance maladie où les soins seraient financièrement pris en charge par la Sécurité sociale.

Au-delà de cette exigence forte, des débats importants nous attendent. Qui doit définir les

soins qui doivent être pris en charge ? Quelle place ici pour les professionnels et quelle place pour les pouvoirs publics ? Quelle place ici pour les syndicats, pour les mutuelles, mais aussi pour les associations d'usagers ? Faut-il refuser d'entrer dans une logique de définition d'un « panier de soins » parce que l'on peut craindre que toute définition d'un « panier de soins » soit nécessairement restrictive ? Faut-il au contraire penser que la définition d'un « panier de soins » explicite, débattu collectivement, est préférable à l'actuelle définition, de fait, d'un « panier de soins » implicite qui existe bien, certains soins sont pris en charge alors que d'autres ne le sont pas ou très peu, mais sans être jamais débattu nulle part ?

L'existence de tarifs opposables

La prise en charge des dépenses de soins par l'Assurance maladie n'a de sens que si les tarifs qu'elle affiche correspondent à la réalité des tarifs appliqués par les professionnels. Il faut donc tout à la fois que les tarifs de la Sécurité sociale assurent une rémunération correcte aux professionnels et que les professionnels respectent ces tarifs. On dit que les tarifs de la Sécurité sociale sont « opposables » quand ils s'imposent aux professionnels. Chacun connaît le mauvais exemple des soins dentaires. Dans le domaine dentaire, il y a deux types de soins. Les soins conservateurs (les soins sur les caries par exemple) et les prothèses. Les



tarifs des soins conservateurs ne permettent pas une rémunération correcte des professionnels. Les dentistes ont cependant accepté leur opposabilité « en échange », c'est un échange de fait qui n'a jamais été officiellement débattu, d'une liberté de tarifs sur les prothèses. Résultat : les prix réellement pratiqués dans le domaine des prothèses n'ont rien à voir avec les tarifs de la Sécurité sociale. Les prothèses sont très mal remboursées par la Sécurité sociale ce qui conduit à des inégalités fortes dans ce domaine.

En acceptant, dans le cadre de la convention de 1980, que certains médecins restent conventionnés tout en pratiquant librement des tarifs supérieurs à ceux affichés (ce sont les médecins dits de secteur II), l'Assurance maladie a laissé se créer un précédent très dangereux⁽⁵⁾.

Les généralistes qui, au printemps 2002, ont facturé, de façon sauvage, leur consultation à 20 € et les spécialistes qui revendiquent aujourd'hui, eux aussi sous la forme d'augmentation sauvage des honoraires, une « liberté tarifaire » agissent consciemment ou non, contre une protection sociale solidaire.

Dans le cadre d'une Sécurité sociale solidaire, les tarifs que définit cette Sécurité sociale doivent correspondre effectivement aux prix pratiqués par les professionnels. Dans le cas contraire, elle est gravement en danger. Cette affirmation ne réduit en rien la possibilité pour les professionnels du soin d'agir pour obtenir d'autres tarifs. Elle revient simplement à affirmer que les professionnels ne peuvent obtenir cette hausse de tarifs dans le cadre du « colloque singulier » avec leur malade, cadre dans lequel le rapport de force est à l'évidence totalement déséquilibré. L'impératif d'avoir des tarifs opposables laisse cependant entières d'autres questions très importantes. Comment les professionnels du soin doivent-ils être rémunérés ? A quel niveau ? Quels écarts peuvent, ou doivent, exister entre différentes formes d'exercice : hôpital et ambulatoire, entre

différentes catégories professionnelles : médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...

Sans financement solidaire, sans un haut niveau de prise en charge des dépenses et sans tarifs opposables, il n'y a pas d'Assurance maladie. Toute proposition de réforme devrait donc être examinée sous l'angle de ces trois principes. S'ils ne sont pas respectés, elle est à rejeter absolument. S'ils sont respectés, on peut aller vers d'autres débats, et on a vu qu'ils étaient nombreux.

1. Si l'on donne la valeur 100 à la consommation moyenne en médecine de ville, les cadres ont une consommation de 112 tandis que les ouvriers non qualifiés ont une consommation de 101. A l'inverse, pour la consommation hospitalière, pour une consommation moyenne de 100 l'indice de consommation des cadres est de 58, mais celui des ouvriers non qualifiés de 131. Source Etudes et Résultats 182 – DRESS – Ministère des Affaires Sociales.

2. Si les « soins conservateurs » (caries) sont correctement pris en charge, ce n'est pas le cas des prothèses. Le niveau de prise en charge affiché ici est la moyenne de ces deux niveaux très différents de prise en charge – cette question est développée ci-dessous dans le paragraphe sur l'opposabilité des tarifs.

3. Le rapport Chadelat justifie l'action combinée de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et des complémentaires (AMC) en expliquant que le financement de l'AMO repose sur des « prélèvements obligatoires » alors que le financement des complémentaires, auxquelles, l'adhésion demeurerait facultative avec cependant l'objectif que tout le monde y adhère, ne rentrerait pas dans le cadre de ces fameux « prélèvements obligatoires ». Le formalisme statistique est-il un bon moyen de comprendre la réalité ?

4. On peut noter que dans la Résolution (page 34) de son dernier congrès, la FNMF donne deux bases à légitimité des mutuelles. « La représentation des assurés... les sociétés de personne... fonctionnent sur un mode démocratique » ; « La non lucrativité ».

5. Alors que les médecins en secteur II ne représentaient que 7 % de l'ensemble des libéraux en 1980, ils en représentaient 26 % en 1990. Depuis, leur nombre avait légèrement régressé pour s'établir autour de 24 %.





Résumé : Médecin généraliste en milieu rural, l'auteure ausculte les particularités de la protection accidents et maladies professionnelles des exploitants agricoles. Entre public et privé, quelle prévention par quelle MSA ? Les exploitants agricoles ont un statut particulier : depuis le 1^{er} avril 2002, le risque maladies professionnelles-accidents du travail est passé du domaine assurantiel à celui de la protection sociale obligatoire. Pour cette nouvelle ATEXA, comme pour leur protection Maladie Maternité Retraite, ces non salariés agricoles ont le choix de leur gestionnaire : Mutualité Sociale Agricole ou groupement d'assureurs privés. Entre public et privé, le flou perdure. Heureusement, la Mutualité Sociale Agricole, cette Sécu du monde agricole, n'agit pas en simple gestionnaire : pour elle, la santé est un capital fragile qu'il faut préserver, et elle a une politique originale de prévention des risques professionnels spécifiques à ses mutualistes.

Les agriculteurs entre MSA et assureurs privés

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste
membre de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale

Pourquoi cette intégration dans la protection sociale ?

Avant le 1^{er} avril 2002, beaucoup d'agriculteurs n'étaient pas assurés contre les accidents du travail et de la vie privée alors que cette couverture était obligatoire. Non incluse dans la protection sociale, l'ATEXA était soumise aux aléas du marché assurantiel : contrats globaux flous, primes non tarifées, contrôle médical confié à des médecins choisis par les assureurs (et reversant souvent les dossiers accidents en maladie donc en MSA !). Depuis le 1^{er} avril 2002, le changement de statut (la couverture assurantielle devient une protection sociale obligatoire) transforme la donne : la nouvelle assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA) peut être souscrite auprès de la MSA ou d'Assureurs privés (dont le plus connu est Groupama). Mais les cotisations et prestations sont tarifées nationalement, le contrôle médical et la prévention sont assurés par la MSA pour l'ensemble des exploitants (MSA et privés). Voyons l'exemple de la Dordogne.

La liberté de choix et la nouvelle assurance ATEXA en Dordogne

En Dordogne, sur 9056 chefs d'exploitation, seulement 30,8 % ont choisi la MSA comme organisme gestionnaire de l'ATEXA. Cette prééminence du Groupement des Assurances privées est liée

à l'histoire de la mutuelle agricole et, localement, au fait que, lors de la campagne d'information, la MSA s'est, à mon avis, complètement et outrageusement effacée derrière les assureurs privés en n'intervenant que bien après eux dans le temps : priorité et champ libre au privé qui en a grandement profité. Le flou était de mise, pas d'information réelle permettant aux agriculteurs d'analyser l'importance de ce renversement de statut de leur assurance : d'une couverture assurantielle individuelle (avec une prestation fonction du montant de la prime souscrite) à une protection sociale garantie par la collectivité. Le choix « démocratique » débouche sur un partage d'obligations inégalitaire : si la prime d'assurance est ici versée soit à la MSA soit au groupement d'assureurs privés, l'obligation de contrôle médical et de prévention des risques accidents et maladies professionnelles incombe à la seule MSA, il est vrai la seule crédible en la matière !

La prévention en plus : la MSA, l'essentiel et plus encore⁽¹⁾

Experte auprès des salariés agricoles depuis 26 ans, la MSA met en place en direction de tous les assurés le volet prévention des risques agricoles, en particulier ceux liés à la mécanisation et à l'utilisation des pesticides. L'équipe « Santé-Sécurité au Travail », avec ses conseillers de prévention et médecins du travail, a choisi des objec-

tifs prioritaires : sensibiliser aux risques professionnels les scolaires, puis les jeunes lors d'une première installation et enfin les handicapés et / ou victimes d'AT-MP. Elle fait des interventions sur ce sujet et offre également son savoir-faire aux exploitants à titre individuel.

Les moyens informatifs collectifs sont classiques (réunions d'information décentralisées dans les chefs lieu de canton, interventions dans les établissements scolaires, mais aussi informations données aux délégués cantonaux de la MSA), et également originaux (formations en prévention sur des thèmes choisis suivant les besoins exprimés : le mal de dos, les pesticides, les machines dangereuses, les risques liés à l'élevage, la conception des lieux de travail).

Sont aussi proposés des services à la demande avec accompagnement individuel des projets personnels, des consultations type médecine du travail pour les exploitants nouvellement installés ou ceux qui désirent un aménagement ou financement AGEFIPH, des visites d'exploitation par un conseiller en prévention donnant la situation initiale des risques, des informations et conseils sur l'organisation du travail et la conception des lieux de travail, des documentations techniques. Enfin, les médecins du travail font la liaison avec le réseau de toxicovigilance agricole mis en place par la MSA.

En conclusion, il faudrait demander aux agriculteurs eux-mêmes ce qu'ils pensent de cette MSA, qui non seulement se soucie de prévention, mais

encore accroît, à l'heure où son existence est menacée, son champ de protection sociale en y incluant accidents et maladies professionnelles des exploitants : serait-elle un modèle au moins pour sa conception de la prévention ? Je me pose quelques questions principalement sur les stratégies de la MSA : dangers de la liberté de choix de l'assureur, validité actuelle des relais locaux que sont les délégués MSA (relais entre agriculteurs du canton et conseil d'administration et vice-versa ou simples chambres d'enregistrement du CA) ? D'autres questions sur les articulations concrètes entre l'équipe MSA de prévention et les agriculteurs et les médecins généralistes, sur le fonctionnement du réseau de toxicovigilance agricole. Le contact individuel, au cas par cas, est très facile (exemple : une après-midi de travail sur un problème d'intoxications chroniques associant l'agriculteur concerné, le médecin du travail et le médecin généraliste). Mais comment mettre en place « officiellement » et rendre opérationnels ces échanges de savoirs individuels ?

Comment allons-nous améliorer et rendre plus efficace et démocratiquement communicante cette MSA ? Son approche de la santé par le biais de la prévention des risques pourrait elle servir de modèle pour la sclérosée Sécu ?

1. Sources :

- 1- Documents techniques sur la MSA obligeamment donnés par le Dr Duprat, médecin du travail à la MSA de la Dordogne que je remercie bien vivement.
- 2- *Paysan Demain*, janvier 2002, n°68 p.6 à 10.





Résumé : Le Directeur de l'Union départementale des Mutuelles de l'Indre, membre de l'Union Nationale des Groupements Mutualistes Solidaires se prononce pour une couverture à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire ; il estime que le rôle des mutuelles se situe seulement dans la prévention et les œuvres sociales et dans la fourniture des prestations non essentielles pour l'accès aux soins.

Une autre mutualité est possible

Entretien avec
Christian Boistard

Directeur de la Mutuelle
Familiiale de l'Indre

La Mutuelle Familiale de l'Indre fait partie de l'Union Départementale des Mutuelles de l'Indre, elle est adhérente à la Fédération des Mutuelles de France (FMF) depuis 1984 et affiliée à l'Union Nationale des Groupements Mutualistes Solidaire. Cette union a déposé ses statuts il y a 1 an : le socle commun des mutuelles qui en font partie est de faire valoir les droits à la santé, le « droit pour tous à des soins de qualité » ; ceci est intitulé d'un manifeste lancé par l'Union et qui a déjà reçu de nombreuses signatures. L'Union fédère des mutuelles réparties dans toute la France, elle est minoritaire au sein de la FMF.

Pratiques : Quelle est votre conception de la place des mutuelles dans le système de soins ?

M. Boistard : Nous avons une autre conception du financement et de l'organisation du système de soins que la FNMF⁽¹⁾. Nous ne pensons pas que le rôle des mutuelles est de co-gérer l'Assurance maladie. Nous pensons que c'est le rôle de l'Assurance maladie d'assurer la prise en charge de la couverture maladie ; la Sécurité sociale est porteuse d'une solidarité inter-génération qui est fondamentale et que les mutuelles ne peuvent

assurer : les cotisations mutualistes même si elles ne dépendent pas de l'état de santé des assurés dépendent de leur âge et leur coût est élevé pour les personnes âgées en particulier. Le rapport Chadelat a été écrit en collaboration avec la FNMF et il n'est pas étonnant que les positions de celle-ci rejoignent les propositions du rapport.

Vous êtes partisan d'une couverture à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire ; mais dans une telle hypothèse, que va devenir le mouvement mutualiste lui-même : n'est-ce pas sa disparition comme le dit le rapport Chadelat ?

Tout d'abord le mouvement mutualiste ne doit pas exister pour lui-même, il a pour rôle de permettre un meilleur accès aux soins des citoyens ; son travail de prestataire de complémentaires n'est pas son travail essentiel, il y a un travail considérable à faire au niveau de la prévention, et des œuvres sociales : structures d'hébergement, intervention dans des domaines tels que l'optique qui devraient proposer des équipements à des prix abordables... Par ailleurs, il y aura toujours une intervention des complémentaires pour des prestations non essentielles pour l'accès aux

Mutuelle familiale des
travailleurs de l'Indre
B.P. 294 - 80, boulevard
Georges-Sand
36006 Chateauroux Cedex

soins : par exemple supplément chambre seule, supplément personne accompagnante. A titre d'exemple dans la mutuelle que je dirige, il y a 2 salariés qui s'occupent de la gestion des prestations complémentaires et 12 ou 13 qui travaillent pour les œuvres sociales ; d'une manière générale, pour les cotisations de complémentaires mutuelles, 85 % des cotisations sont reversés, 15 % vont aux frais de gestion.

Ensuite, l'emploi au niveau des mutuelles a déjà été remis en cause par le décret du 2 mai 2002, ce décret a fixé un seuil au-delà duquel les mutuelles sont obligées d'avoir un montant de réserves important ; le seuil défini par les accords européens était de 5 millions d'euros, mais le gouvernement Jospin l'a abaissé à 1 million d'euros, ce qui a obligé les petites mutuelles à avoir des réserves importantes que certaines n'ont pas pu constituer entraînant des concentrations de mutuelles et des licenciements. Ces concentrations sont encouragées par la FNMF puisqu'elle se place dans une optique de cogestion de l'Assurance maladie qui n'est possible que pour des organismes complémentaires puissants. Ces concentrations sont une cause de licenciements : en 2004, la FMF et la FNMF auront totalement fusionné avec pour conséquences de nouvelles disparitions de petites mutuelles.

Peut-il y avoir cogestion de l'Assurance maladie par les mutuelles sans cogestion par les assurances privées ? N'ont-elles pas le même statut en droit européen ?

La démarche des dirigeants mutualistes est bien imprudente dans la mesure où il serait tout à fait illusoire que soit refusé à l'un ce qui est accordé à l'autre, d'autant que le nouveau code de la mutualité ressemble singulièrement au code des assurances.

Cette revendication est d'autant plus dangereuse qu'elle crée là une faille dans laquelle vont s'engouffrer ceux qui demandent depuis des lustres, l'ouverture à la concurrence de la Sécurité sociale.

Vous parlez de couverture par les mutuelles de prestations supplémentaires au-delà d'un socle de base nécessaire : en clair on parle là d'un « panier de soins » pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. D'après vous, comment serait-il défini et par qui ?

Avant toute chose il faut revisiter l'ensemble de la nomenclature de la Sécurité sociale et la cotation des actes. Cela passe avant tout par une négociation entre la CNAM et les organisations de professionnels de santé, afin que le coût des soins soit revu à sa juste valeur. Il est anormal que des actes ne soient pas réévalués, depuis plus de 10 ans pour certains, ne prenant pas en compte les évolutions législatives et le coût de la vie. La pratique actuelle, si elle devait perdurer, remettrait en cause à terme la qualité de la médecine dans notre pays en ne faisant reposer la réponse à la revalorisation des honoraires que sur une augmentation du productivisme médical.

Le : « si vous voulez gagner plus, travaillez plus » n'est pas acceptable en général et encore moins dans le domaine médical, car il s'agit d'intervention sur des vies humaines et non pas sur une quelconque marchandise.

Pour nous, la revalorisation des actes médicaux doit, par ailleurs, s'accompagner d'une contrepartie interdisant tout dépassement d'honoraires dans les secteurs public et privé.

Ce serait là un moyen de ramener une médecine égalitaire pour tous, quelle que soit la place qu'occupe le patient dans la société.

L'Assurance maladie connaît actuellement un déficit que le gouvernement utilise comme justification pour diminuer le niveau de prise en charge des prestations. Vous œuvrez au contraire pour une Assurance maladie qui couvrirait mieux les assurés, comment pensez-vous qu'elle pourrait faire face à la charge financière ?

Tout d'abord, il est faux de dire que le régime de protection sociale est déficitaire, la Cour des comptes, elle-même, a été amenée à faire le

constat que les sommes prélevées par l'Etat pour l'Assurance maladie sur le tabac, l'alcool, les taxes automobiles, la publicité pharmaceutique, n'ont pas été reversées et que les baisses de cotisations sociales octroyées aux entreprises au titre de l'emploi ne sont jamais compensées.

Cela représente 16 milliards d'euros auxquels il faut rajouter 30 milliards d'euros qui ne rentrent pas dans les caisses de la Sécurité sociale du fait du chômage. Ne sont pas ici comptabilisés les impayés des cotisations des entreprises. Tout cela représente beaucoup d'argent pour un budget supérieur de 30 % à celui de l'Etat, lequel s'est clôturé fin 2002 par un déficit de 30 milliards d'euros.

Au-delà de ces faits, il faut que soit prise en compte notre demande d'un autre financement, non seulement de la Sécurité sociale mais de la protection sociale dans son ensemble. Il est anormal que l'on continue de la financer uniquement à partir de la masse salariale, alors que depuis 1945 le processus de production s'est terriblement modifié à partir de l'évolution technologique et scientifique. Le financement, tel qu'il est opéré aujourd'hui, est dangereux pour un certain nombre d'entreprises mettant en cause leur compétitivité dès lors que leur production repose essentiellement sur une forte utilisation de main d'œuvre.

C'est en ce sens que nous demandons un prélèvement identique sur tous les produits financiers issus de la spéculation de tous ordres.

Quelle analyse faites-vous de l'organisation actuelle du système de santé et de soins et quelles seraient vos propositions à ce niveau ?

Le réseau actuel de soins ne répond plus aux besoins, par le manque de professionnels de santé, issus d'un *numerus clausus* ayant diminué de manière considérable le nombre de formations médicales, comme a été diminué le nombre de lits en milieu hospitalier.

Nos gouvernements qui se sont succédés depuis plusieurs décennies, ont cru en diminuant l'offre faire baisser la demande. Cette appréciation

arithmétique s'est révélée inexacte, à l'épreuve du temps, car il s'agit d'une intervention sur l'humain et non sur un objet quelconque que l'on façonne à sa guise.

A partir de ce constat, le mode de paiement est fonction de la médecine que l'on souhaite, une médecine qui réponde aux besoins des populations ou une médecine purement comptable comme ce fut le cas lors de la mise en place de l'option médecin référent.

En ce qui nous concerne nous optons pour la première formule, d'autant que la consultation du médecin généraliste selon notre conception ne doit pas exister que sur le curatif, mais doit être repensée à partir du préventif. Sur ce point nous pensons que le travail du généraliste devrait être plus en relation avec la médecine scolaire et la médecine du travail, mais également avec les CPAM, les associations pratiquant la prévention, le comité départemental d'éducation à la santé, il devrait exister des groupes de travail à raison de 2 heures par mois ou plus qui seraient rémunérées au tarif de la consultation basée sur 4 actes par heure. Cela devrait être la base d'une médecine en réseau que nous souhaitons pour des questions d'efficacité en matière de suivi médical. Il est évident qu'à partir de cette modification d'intervention du médecin généraliste, au niveau du préventif, plutôt que sur le curatif, sa rémunération doit être repensée. Tout d'abord, les consultations du week-end doivent être maintenues par les généralistes avec des tours de garde et un paiement à l'acte revalorisé. Mais pour aller au bout de la démarche, cela demande que l'on supprime la barrière de l'argent, à savoir que le patient ne doit plus avoir de paiement direct à effectuer au professionnel de santé. C'est en ce sens que nous souhaitons une prise en charge à 100 % des dépenses de santé par les régimes obligatoires.

Contrairement à certaines idées reçues, faciliter l'accès aux soins en travaillant sur le préventif, à la longue cela coûte moins cher et est humainement beaucoup plus confortable.

Vous dites que les mutuelles ont aussi pour mission d'être un lieu où s'exerce la démocratie ; comment celle-ci pourrait-elle aussi s'exercer au sein de l'Assurance maladie que vous appelez de vos vœux ?

Il est anormal que le budget de la protection sociale soit géré par des administrateurs désignés et non élus, n'ayant aucun compte à rendre à personne, où tout se discute en vase clos.

C'est comme si demain chaque formation politique désignait ses députés pour gérer le budget de l'Etat qui est, comme cela a été évoqué, inférieur de 30 milliards d'euros à celui de la protection sociale. Ce serait une levée de boucliers dans le pays et cela serait normal.

Nous demandons que les différentes composantes

gérant le budget de la Sécurité sociale soient élues au suffrage universel par ses ressortissants.

Quelles sont vos perspectives en tant qu'Union nationale des Groupements Mutualistes solidaires ?

Nos perspectives au niveau de notre union, c'est en tout premier lieu de ramener le mouvement mutualiste dans le rôle qui est le sien en matière de droit à la santé et non pas de vouloir devenir des sociétés financières et commerciales où seul l'intérêt lucratif serait de mise.

Dans une société où la précarité, l'exclusion, l'individualisme font des ravages considérables sur les populations mettant parfois en cause la vie en société, le mouvement mutualiste doit rester ce point de repère de proximité par rapport à l'entraide, la solidarité, la fraternité, sur des bases de reconquête de citoyenneté et non pas d'assistanat ou de charité où l'on voudrait nous enfermer.

**Propos recueillis
par Marie Kayser**

1. La FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française et la FMF : Fédération des Mutuelles de France sont maintenant regroupées au sein de la mutualité française.



Quelques indices
... prise en charge
à 100 %...



Résumé : L'auteur explore une proposition de stratégie pour agréger nombre de mutualistes, héritiers d'une longue pratique de solidarité, à participer et à réclamer un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie prenant en charge tous les soins nécessaires, conformes aux données actuelles de la science et à nos exigences d'assurer la dignité de vie de chacun. L'entrée des vraies mutuelles dans ce RO, dont l'organisation est garantie par l'Union Européenne, permettrait d'en exclure les assurances lucratives. Et cela prendrait à revers les propositions du rapport Chadelat, avec ses différents étages de prise en charge de paniers de soins et sa définition de Couverture Maladie Généralisée. Pourquoi s'en priver ?

Les mutuelles dans le régime obligatoire

Hubert Sage

Membre du bureau national de l'UFAL (union des familles laïques), Hubert Sage est un médecin-conseil du régime général d'Assurance maladie qui a participé ces dernières années à la réorganisation d'un schéma sanitaire d'une collectivité territoriale d'Outre-mer, et est un ancien responsable national d'une centrale syndicale pour sa catégorie professionnelle.

Préambule

La position qui est défendue dans cet article ne peut être comprise que si l'on est adepte :

Des principes républicains laïcs suivants, fondements de l'Union des Familles Laïque :

- L'Égalité en droit pour chacun, donc la revendication des mêmes droits et devoirs pour tous.
- La Liberté individuelle dans ce cadre de l'égalité en droit, ce qui implique la destruction des contraintes et privilèges communautaristes.
- La Fraternité sociale, véritable aboutissement social de cette égalité en droit ce qui signifie l'établissement d'une solidarité entre tous les citoyens faisant disparaître toute forme de discrimination, et donc aussi toute apparence de charité.

Que la traduction de ces principes républicains laïques en terme d'objectifs dans le domaine de l'accès aux soins se fait par la recherche d'un égal accès aux soins et à des soins de qualité pour tous, c'est-à-dire conforme aux données actuelles de la science et avec une offre de soins suffisante. Que pour parvenir à ces objectifs, il est nécessaire d'élaborer une stratégie de lutte qui tienne compte de la possibilité de mobiliser des forces sociales sur des objectifs intermédiaires qui leur paraissent réalisables.

Une conception de l'Assurance maladie

Si un égal accès aux soins et à des soins de qualité, doit être assuré à toute la population, il apparaît indispensable de définir un seul panier de

soins à fournir à la population, c'est-à-dire celui qui sera considéré comme nécessaire pour apporter le meilleur état de santé à toute la population en général et à chacun en particulier.

Les modalités pour le définir ne font pas l'objet de cet article, mais disons que cette définition est nécessaire pour éviter les consommations inutiles (qui enrichissent les fournisseurs et prescripteurs et appauvrissent la collectivité), qu'elle doit se faire dans la transparence sur des avis scientifiques et après contrôle démocratique.

Si ce panier de soins est défini de cette manière, pour assurer un égal accès aux soins pour tous, alors il n'y aura qu'un Régime Obligatoire d'Assurance maladie à organiser et à garantir à la population.

La situation actuelle entre Régime Obligatoire et mutuelles

Rappelons succinctement que la situation actuelle est le résultat historique du refus de nombreuses organisations professionnelles (commerçants, artisans, agriculteurs, régimes spéciaux des salariés) d'intégrer à l'époque le Régime Unique d'Assurance maladie prévue par les Ordonnances de 1945.

Ce refus a permis la survivance des mutuelles qui avait rejoint cette opposition, car forte d'une tradition de solidarité ouvrière de plus d'un siècle, elles ne pouvaient concevoir de se saborder, et très vite elles ont joué le rôle d'assurances complémentaires pour les salariés, vu l'insuffisance

des prises en charge de l'assurance maladie obligatoire.

L'extension progressive de la Sécurité sociale à ces corps professionnels qui l'avait refusée au départ à travers le régime unique, mais mise en œuvre ensuite dans les années suivantes par le moyen de la création de caisses spécifiques (AMPI, MSA...) n'a pas ébranlé l'existence des mutuelles, mais au contraire les a confortées dans le rôle de l'assurance complémentaire.

C'est alors la généralisation du co-paiement (l'assurance maladie obligatoire prend en charge 80 %, 70 %, ou autre pourcentage du montant des prestations fournies, et les mutuelles le reste). Et les adhésions à des mutuelles de corps professionnels, facilitées financièrement par des accords d'entreprises, s'accroissent jusqu'à il y a une vingtaine d'années. Les mutuelles sont devenues à l'aube de 1980, une force certes non universelle, mais largement répandue et incontournable de protection sociale dans notre pays.

La situation se gâte pour elles à partir des années 1970-1980 :

– Pour combler le déficit de l'Assurance maladie obligatoire, les gouvernements successifs de droite et de gauche déremboursent des prestations, partiellement ou totalement et par vagues, sous tous les prétextes (dont celui du « confort » pour des médicaments) et les mutuelles ne font que combler le coût à chaque fois de cet élargissement sans fin du ticket modérateur en augmentant les cotisations ; le processus continue jusqu'à maintenant.

– L'Union Européenne, sous prétexte de permettre « la libre circulation des biens et des services », ne garantit aux Etats que l'organisation du Régime Obligatoire de Sécurité sociale (et donc, de ce fait, garantit le monopole des organismes sociaux seulement dans ce cadre) et impose, par toute une série de mesures, la libre concurrence entre les mutuelles (spécificité de la forme française dans le co-paiement) et les assurances commerciales lucratives dans un système totalement concurrentiel d'assurances complémentaires. Les responsables des différentes fédérations de la Mutualité Française acceptent finalement dans les années 1992 et suivantes d'entrer dans ce système d'assurances complémentaires

concurrentielles (alors que les organisations de retraites complémentaires ARRCO, AGIRC, dans le même temps se sont battues pour rentrer dans le Régime Obligatoire donc pour échapper au régime concurrentiel, et ont obtenu en grande partie gain de cause dans les directives de l'Union Européenne).

Les mutuelles-maladie se trouvent ainsi prises au piège : elles doivent être attractives pour tous vis-à-vis des assurances privées qui sélectionnent plus ou moins ouvertement les risques, et elles doivent avoir désormais des fonds de réserve considérables (comme les assurances lucratives).

Et le rapport Chadelat est arrivé en ce mois d'avril 2003

En effet, le rapport Chadelat, pour réduire les prélèvements obligatoires et se conformer aussi aux directives de la gouvernance mondiale de privatiser et marchandiser au maximum les prestations de santé (voir les recommandations de la BM et de l'OCDE, entre autres), se saisit de cette situation pour proposer jusqu'à réellement 4 étages de prise en charge :

1 – un étage pour lesquelles les organismes sociaux de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) doivent être les seuls financeurs (en clair les soins pour maladies graves relevant actuellement de l'exonération du ticket modérateur) ;

2 – un étage où l'AMO et les AMC (Assurances Maladies Complémentaires) par le jeu du co-paiement assureront la prise en charge (cas actuel de la plupart des soins où les assurances complémentaires couvrent la part du ticket modérateur, qui s'élargit sans cesse) ;

3 – un étage où les AMC « peuvent » et « doivent » être les seuls financeurs, mais où les prestations à prendre en charge sont reconnues comme nécessaires pour une bonne santé.

Les trois premiers étages sont la somme des garanties de la Couverture Maladie Généralisée (CMG) que définit le rapport Chadelat, donc devant assurer des prestations prétendument reconnues comme nécessaires pour offrir à tous les moyens d'assurer une bonne santé (mais seuls le premier étage est totalement garanti pour sa prise en charge, le second seulement partielle-

ment grâce à la part du régime obligatoire, et le troisième pas du tout !) ;

4 – le dernier étage étant l'étage dit plus ou moins « de confort », hors CMG, donc laissé évidemment aux AMC et/ou à la charge directe des « ménages ».

Dans cette CMG, on comprend que la part des assurances complémentaires sera de plus en plus importante au fil des ans pour cette CMG : soit par l'élargissement du ticket modérateur dans l'étage 2 (le co-paiement), soit par l'augmentation du contenu du panier de soins dans l'étage 3 laissé aux seules assurances complémentaires, au détriment de celui de l'étage 2. On voit bien là la perversion du système du co-paiement. Il doit donc disparaître à terme.

Pour un égal accès à des soins de qualité nécessaires et suffisants

Si on est adepte de cet objectif, on ne peut, face à la définition de la CMG du rapport Chadelat, que proclamer avec force : si la CMG est la somme des prestations nécessaires que la Nation garantit à chacun de ses citoyens, cette CMG doit faire partie du RO (Régime Obligatoire). La logique de la lutte de ceux qui veulent assurer cet égal accès aux soins est alors on ne peut plus évidente ; c'est :

- soit la revendication d'intégrer cette CMG dans le RO aboutit à en écarter les mutuelles pour donner totalement la prise en charge aux caisses d'Assurance maladie de la Sécurité sociale (et nous retournons à la situation de 1945 avec la tentative d'institution du Régime Unique et de sabotage des mutuelles) ;
- soit la revendication d'intégrer cette CMG dans le RO aboutit à intégrer les mutuelles dans ce RO, et donc en conséquence à en écarter les assurances des grands groupes financiers, mais en imposant une forme de prélèvements obligatoires pour ces mutuelles, qui échappent alors aux contraintes du régime concurrentiel défini de l'Union Européenne.

Et là un choix de stratégie de lutte se présente :

- soit on opte pour la première solution, et on se coupe des mutualistes qui ne voient pas l'intérêt de revendiquer le sabotage de leurs mutuelles pour promouvoir un objectif qui n'a

aucune chance de triompher dans la situation actuelle, alors qu'ils ont toujours conscience de promouvoir une organisation assurant une forme importante de solidarité ;

- soit on opte pour la deuxième solution, et on peut agréger dans le combat nombre de ces forces mutualistes, héritières d'un long passé de mise en œuvre d'actions de solidarités ouvrières, et soumises actuellement à la pression du marché.

Or l'Union Nationale des Groupements des Mutuelles Solidaires, scission de la FMF, représentant 110 000 adhérents (au moins), est pour l'extension du Régime Obligatoire par la Sécurité sociale.

Autre point à évoquer et qui va de soi si on veut assurer l'égalité de l'accès aux soins dans les faits : il ne peut y avoir de ticket modérateur pour les prises en charge du RO, au moins pour les soins entrant dans les prescriptions et filières d'un médecin généraliste « référent ».

Le choix de proposer l'intégration des mutuelles au RO

Partons du constat que les mutuelles ont développé depuis longtemps des actions efficaces dans plusieurs domaines.

D'une part, le domaine de la prévention, que ce soit dans le cadre de l'éducation à la santé et dans celui du dépistage, a souvent été bien mieux développé par des mutuelles que par les organismes sociaux d'Assurance maladie qui n'arrivent pas toujours bien à trouver leur place dans cette orientation, englués par leurs missions difficiles et complexes d'assurer les prises en charges des soins curatifs nécessaires. L'attribution de missions obligatoires de prévention peut donc être dévolue à des organismes mutualistes (avec des rémunérations au forfait plus adaptées pour les professionnels de santé, mais avec la garantie de conventions nationales).

D'autre part, la prise en charge des prestations, dites d'accompagnement de soins, que ce soient les prothèses externes, dentaires, auditives, d'optique et autres du TIPS, non seulement n'a jamais été assurée à un bon niveau par les organismes sociaux, mais en plus, ceux-ci ne se sont pas toujours donnés les moyens de négocier avec les

fournisseurs des prestations de qualités avec des prix correctes et non spéculatifs. Il n'est pas interdit de penser à la possibilité de laisser aux mutuelles le soin de gérer cet aspect de l'offre de soins, car en se spécialisant là-dessus, elles peuvent aboutir à fournir de meilleures prestations et à des coûts plus raisonnables.

Peut être aussi attribuée aux mutuelles, dans le même ordre d'idées, la gestion des institutions de réadaptation et de prévoyance pour les soins de suivis, de postcures et de prévention, où la part du social a autant d'importance, sinon plus, que la part des soins thérapeutiques. Car si les organismes sociaux n'ont jamais su ou pu les prendre en charge d'une manière vraiment cohérente, de nombreuses mutuelles les gèrent déjà avec efficacité et efficience.

Tout ce champ d'intervention des prestations dites d'accompagnement qui fait parti du maillon faible de la prise en charge des organismes sociaux, est d'ailleurs dans la ligne de mire du rapport Chadelat qui veut en déposséder totalement les organismes sociaux.

Il est alors possible de dire : chiche, mais à condition qu'il rentre de toute manière dans le cadre du Régime Obligatoire d'Assurance maladie, et que les prestations soient prises en charge sans ticket modérateur.

Et la, une constatation paraît évidente : si toutes ces attributions sont dévolues aux mutuelles dans

le cadre du Régime Obligatoire d'Assurance maladie, il est nécessaire pour elles de revendiquer un nouveau Code de la Mutualité ou un code bis spécifique entrant exclusivement dans ce cadre du Régime Obligatoire, donc en excluant les assurances concurrentielles à vocation de marchandisation de la santé. Cela suppose, bien sûr, le choix obligatoire d'une mutuelle par un assuré, mais avec la liberté du choix et le refus de la sélection à l'entrée de chacune d'elles (comme en Belgique). Et ces mêmes mutuelles, ne serait-ce que pour satisfaire les directives de l'Union Européenne, devront alors faire le choix, elles, de se retirer du champ concurrentiel hors RO, mais en bénéficiant des prélèvements obligatoires.

Et, à ce stade, les propositions d'actions en direction des mutuelles pourraient être de leur dire à partir de maintenant : ou vous rejoignez cette stratégie et vous revendiquez cette place dans le Régime Obligatoire d'Assurance maladie, ou vous risquez :

- soit de disparaître à terme sous la pression continue des grands groupes financiers d'assurances,
- soit de disparaître lors d'un prochain mouvement social qui imposera ses vues à la représentation politique, c'est-à-dire le régime unique qui n'aura alors plus besoin de vous.

Telle est la position proposée par l'Union des Familles Laiques.



Quelques indices
 ... intégrer
 les mutuelles dans
 le régime obligatoire...



Résumé : Malgré les historiques disparités régionales et les traditionnels tickets modérateurs, le système de soins italien, constitué pour l'essentiel d'un service sanitaire national, assure encore une relative égalité d'accès aux soins : régionalisation et privatisation larvée sont les enjeux actuels lancés à un système toujours marqué par un déficit chronique de qualité.

Ailleurs, en Italie

Périodisation contemporaine du système de soins italien.

1941-1977	Assurances sociales professionnelles (Bismarck)
Réforme 1978	Service sanitaire national : universalisme (Beveridge)
Réforme 1992-93	Managérialisme et régionalisation du Service sanitaire national universaliste
Réforme 1999	Réaffirmation de l'universalisme et/mais fédéralisme sanitaire
Berlusconi	Programme de privatisation avorté 1994 Privatisation camouflée et larvée 2001-2003 ?

Jean-Olivier Mallet

Épidémiologiste

Une assurance maladie universelle encore largement intégrée à la production de soins.

Créé en 1978 sur les débris d'un dispositif d'assurances sociales, le service sanitaire national italien, articulé en Régions et en Unités sanitaires locales, avait l'ambition de fournir une couverture maladie universelle financée par des cotisations, puis fiscalement depuis 1999. Depuis les années 1980, par déficit de régulation sur l'offre de soins, pèsent sur la demande les tickets modérateurs et franchises portant sur la médecine spécialiste, la pharmacie, les examens diagnostiques et maintenant le recours non justifié aux urgences hospitalières, tandis que la médecine à rémunération privée se développe, à la fois pour éviter les files d'attente et parfois induite à leur profit par des médecins à double exercice public et privé. Seule la médecine générale payée à la capitation (à part le paiement direct récent pour l'activité hors panier) et le recours approprié aux urgences hospitalières demeurent entièrement gratuits, ainsi que l'hospitalisation publique dans la plu-

part des cas. La réforme du système de soins « économiste » et régionalisatrice de 1992, puis reprise en 1999 dans la réaffirmation de l'universalisme, a débouché sur la timide mise en place d'assurances privées complémentaires d'entreprise notamment, voulus par les syndicats, mais qui tarde à se concrétiser. Parallèlement au retard de l'investissement dans le secteur public de la production de santé, le financement public de fonctionnement destiné à des prestations produites dans le secteur privé conventionné ou dans le secteur public est resté longtemps stable en Italie (dépense publique de santé 5,8 % du PIB en 1998 contre 6,2 % en 2002 pour une dépense totale de 8,1 % en 2000) : la part privée de financement des dépenses de santé augmentait progressivement dans les statistiques, témoignant progressivement d'une contribution accrue des ménages, par l'intermédiaire d'assurances privées encore réduites et surtout de paiements directs. Bien sûr, le recours important à la « médecine au noir » sous-évalue ces données.

Financement et production de soins de santé : un entrecroisement particulier

Financement/production soins	Public	Privé
Public	50 %	25 % secteur privé conventionné puis privé accrédité
Privé complémentaire	5 % complémentaire couvrant tickets et franchises	20 % assurances substitutives et « out of the pocket » dans le secteur privé autorisé

(Elaborations datées de chercheurs allemands sur données italiennes, Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung, Cologne, années 1990) : on voit au moins la place importante des acteurs privés de la production de soins financés sur fonds publics, ce qui distingue historiquement les services sanitaires nationaux des pays d'Europe du Sud de ceux anglo-saxons ou scandinaves à prédominance de production publique.

Des différences régionales par principe

La régionalisation dès 1992 transformée en « fédéralisme sanitaire » à partir de 1999 s'articule avec les tendances précédemment décrites. La mise en place progressive de niveaux élémentaires de soins, c'est-à-dire un panier de biens et de services déterminé par des groupes d'experts et garanti par l'Etat central, correspond à une dotation de base nationale d'origine fiscalisée, hier centrale, aujourd'hui progressivement substituée par des impôts régionaux corrigés par un système de péréquation pour tenir compte des variations territoriales selon le revenu, l'âge et la situation sanitaire. Les Régions, selon leur mode de régulation et leur objectif de service en volume et en qualité de prestations, peuvent déterminer des variations supplémentaires de tickets modérateurs et de franchises. Dans le secteur de la pharmacie, après une nouvelle classification des médicaments selon le service médical rendu au début 2002, cette possibilité a été laissée aux Conseils régionaux. Le résultat constaté lors du premier trimestre 2003 est apparemment paradoxal : les Régions « de gauche » (notamment Toscane, Ombrie, Campanie) à la régulation plus administrative et qui n'ont pas réintroduit en 2002 de tickets modérateurs pharmaceutiques, ont connu une diminution de la consommation publique plus forte que celle des Régions « de droite » à la régulation davantage marchande et aux tickets régionaux récemment réintroduits (notamment Latium), sans que semble croître la consommation pharmaceutique privée ni apparaisse une dégradation qualitative des soins (Service d'Information sanitaire du

ministère de la Santé, mai 2003). A stratégie promotionnelle apparemment similaire des firmes pharmaceutiques, le contrôle médico-économique pour encadrer les prescriptions serait plus efficace que le copaiement des patients.

La protection maladie et l'organisation des soins entretiennent des relations étroites polarisées autour de deux modèles régionaux. Dans le modèle lombard repris aujourd'hui au niveau national par Girolamo Sirchia, le ministre de la Santé du gouvernement Berlusconi, autrefois maire-adjoint à la santé de Milan, la santé est perçue comme un bien marchand, où la demande individuelle du patient doit avoir toute liberté de s'exprimer et c'est la concurrence, qui est privilégiée comme instrument de régulation entraînant en un apparent paradoxe, selon la logique spécifique du secteur santé, la prédominance de l'offre de soins. La référence étrangère est la réforme britannique de Margaret Thatcher de 1989-1991, inspiratrice des lois de 1992-93. A l'opposé dans le modèle toscan, l'accent est mis sur la coordination comme instrument de régulation : la santé est affirmée comme un bien collectif planifié voire négocié. L'instance publique régionale négocie avec les collectivités locales comme avec le « tiers secteur » (secteur associatif à but non lucratif), moins qu'avec les associations de malades ou de consommateurs en développement. La présence d'acteurs de la demande organisée relativiserait le pouvoir d'induction de l'offre industrielle et professionnelle de soins. La référence étrangère est l'inflexion de la réforme britannique par Tony Blair en 1997, inspiratrice de la loi de 1999. Le

fédéralisme sanitaire permet ainsi en Italie la coexistence de différents modèles insistant chacun sur une valeur des sociétés contemporaines : la liberté (apparente ?) du consommateur et la solidarité face aux risques de santé. Coexistence fragile plus liée à des rapports de force nationaux et régionaux qu'à des évaluations permettant un classement selon des critères scientifiques et éthiques.

Un service sanitaire sous influence

L'Italie, deux ans après la seconde arrivée au pouvoir de l'équipe de Silvio Berlusconi, a donc encore un service sanitaire national à objectif universaliste (les problèmes d'accès aux soins primaires dans le secteur public et privé conventionné sont presque inexistantes dans un dispositif universaliste où les difficultés se situent au niveau des listes d'attente pour les soins secondaires et de la qualité technique et surtout relationnelle des prestations. Seuls les étrangers en situation irrégulière rencontrent des obstacles auxquels les associations s'efforcent de répondre.

Mais aux tensions traditionnelles des systèmes nationaux à fonctionnement imparfait dans les pays d'Europe du Sud s'ajoutent les défis nouveaux d'aujourd'hui. D'importants mécanismes de copaiement ont été installés depuis les années 80, même modulés par des mécanismes d'exemption par l'âge, le revenu et la pathologie parfois manipulés par les bénéficiaires dans les Régions méridionales, ce qui a été mis en valeur complaisamment par la presse, les différenciations régionales historiques en matière d'offre de soins provoquant des migrations sanitaires internes : du Sud, au secteur public souvent dégradé et à secteur privé important, mais souvent de réputation médiocre pour le privé congrégationniste et en expansion pour le privé marchand (voir le cas des Pouilles dans le Sud-Est in *Médecine Démocratique*, Milan, septembre-décembre 2002) vers les hôpitaux publics du Centre (Latium et surtout Toscane et Emilie-Romagne) et dans une moindre mesure du Nord (et évidemment la Suisse et la France) se sont pour-

suivies, mais de plus on observe depuis peu des inégalités régionales en matière de couverture maladie dans le cadre du « fédéralisme sanitaire » introduit dès la fin des années 1990.

Des assurances privées complémentaires (d'entreprise et/ou mutualistes) ont donc été autorisées depuis 1999, mais leur mise en place qui pourrait générer une régulation collective sociale nouvelle parallèle à la régulation collective publique (à la toscane) est encore en discussion.

En revanche, des assurances privées substitutives « à partir du premier euro » développées parmi les couches sociales septentrionales aisées existent pour 4 millions d'assurés, mais restent encore limitées et (malgré l'inclination des gouvernements Berlusconi 1994 et 2001) pas encore alternatives au service sanitaire national à financement obligatoire ; elles sont plutôt utilisées encore dans les niches d'inefficacité du service public : listes d'attente, examens diagnostiques, soins de confort en cabinet ou cliniques privées non conventionnées... Par exemple, la multinationale française Axa a développé dans le Latium sur fond d'un service sanitaire régional à réputation médiocre un réseau de soins attractif pour les couches sociales moyennes. D'autres opérateurs se sont déployés en Lombardie ou dans d'autres Régions du Nord.

Une médecine privée légale non conventionnée (dentisterie, mais aussi autres spécialités...) contournant les files d'attente et affichant une image de qualité continue à se développer à côté d'une « médecine au noir » dans la logique traditionnelle de l'évasion fiscale, après une relative limitation sous le gouvernement de centre-gauche 1996-2001, elle est l'objet aujourd'hui d'une indulgence affichée de la part du gouvernement Berlusconi.

Plutôt qu'une attaque frontale du service sanitaire national, il pourrait s'agir d'une stratégie d'effritement et de contournement visant à le délégitimer et à le redimensionner : le fédéralisme sanitaire semble autoriser pour le moment des expérimentations de privatisation du financement (vouchers) et de la production des soins et le maintien d'un service public innovant.

Quelques indices

...inégalités régionales pour la couverture maladie...





Résumé : Les politiques qui prétendent réduire les mesures sociales au nom de la lutte contre l'inflation ne sont pas des politiques conservatrices, mais des politiques extrémistes. Les analyses d'Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998, le montrent clairement : loin de manifester une rationalité économique, « l'extrémisme antidéficit » se présente comme un fanatisme des chiffres. Il détruit ainsi non seulement les existences les plus vulnérables, mais la réalité même du tissu social, au nom d'une comptabilité purement abstraite. Et sacrifie, à un fantasme d'équilibre, la réalité d'une équité.

Rationalité économique et réalité sociale

L'un des arguments des politiques actuelles de réduction des mesures sociales est de faire appel au « bon sens », au « réalisme », pour faire accepter la nécessité d'une diminution des dépenses publiques, en vue de lutter contre le déficit budgétaire de l'Etat. Il s'agirait en quelque sorte de gérer en bon père de famille les ressources nationales. Argument de la juste mesure face aux « extrémismes » politiques, mais aussi argument rationnel de l'expertise économique.

Prix Nobel d'économie en 1998, et donc peu soupçonné a priori d'un défaut d'expertise, Amartya Sen montre, dans un petit ouvrage traduit et publié en 2003 aux éditions de La Découverte, que cet argument est en réalité non seulement irréaliste, mais issu d'une idéologie authentiquement extrémiste. Il dit ainsi clairement comment ce qu'il appelle « l'extrémisme antidéficit » conduit non seulement à des appréciations irrationnelles, parce que purement abstraites, de la situation réelle des pays, mais à des décisions politiques effectivement destructrices et meurtrières.

Cet ouvrage, constitué de deux essais publiés respectivement en 90 et 96, et explicitement intitulé *L'Economie est une science morale*, nous semble

ainsi fournir des outils précieux pour l'analyse des attaques menées actuellement par le gouvernement français contre le système de Sécurité sociale et, au-delà, évidemment, contre les acquis sociaux sur lesquels se fonde le régime démocratique dont nous sommes issus.

Un point de vue international sur la technocratie

Amartya Sen, d'origine indienne, est lié à la culture italienne, enseigne en Angleterre et intervient aux Etats-Unis. C'est donc à partir d'un point de vue largement international que s'est construit son travail. Il ne mentionne du reste que très allusivement la politique intérieure française, pour désigner, dans les grèves de 95, la riposte d'un corps social vivant à une politique unilatérale, représentative de cet extrémisme technocratique dont toute son œuvre dénonce les conséquences.

Or ce point de vue international est éclairant à deux niveaux. D'une part, il montre comment les décisions publiques qui ont présidé à l'union de l'Europe ne relèvent nullement d'une fatalité économique, mais d'un choix idéologique qui, dès les années cinquante, a privilégié des considérations abstraites de déficit budgétaire à l'encontre

Christiane Vollaire

Philosophe

des considérations sociales : le « fonctionnalisme » du français Jean Monnet, à l'encontre du « constitutionnalisme » de l'italien Altiero Spinelli. Prétendre s'aligner sur les normes européennes (qui ne sont pas naturelles, mais intentionnellement instituées, c'est-à-dire critiquables et susceptibles de changements), c'est donc s'obliger systématiquement à faire le choix d'une politique anti-sociale. Mais c'est, bien davantage, avaliser cette politique et la conforter en la légitimant.

D'autre part, ce choix politique, qui a présidé aux accords de Maastricht comme à ceux de Schengen, est le même qui est à l'origine de l'institution du Fonds Monétaire International et a contribué, à l'encontre même de ses intentions affichées, à étrangler concrètement les pays pauvres par l'obsession mathématique de la dette. Ce parallèle nous montre à quoi tendent des décisions qui, se prétendant modérément conservatrices, s'avèrent en réalité politiquement extrémistes.

Définition de l'extrémisme politique

En quoi cette politique est-elle extrémiste ? En ce qu'elle impose un véritable dogmatisme théorique, au nom d'un calcul unilatéral purement mathématique et abstrait, en ignorant délibérément une double réalité. Réalité politique de la nécessité d'un lien social, c'est-à-dire d'une authentique communauté d'intérêts mettant en œuvre des systèmes institués de solidarité, sans lesquels il ne peut y avoir ni ordre ni paix sociale.

Mais aussi réalité psychologique du besoin de lien, de relation, qui fait de la solidarité non pas seulement une nécessité collective, mais un besoin intérieur. Sen montre qu'il est totalement irréaliste de penser l'individualisme comme la seule valeur humaine : même le capitalisme, qui prétend valoriser l'enrichissement individuel, présume en réalité l'interdépendance économique et politique entre les sujets. Il évoque du reste la personnalité d'Adam Smith, fondateur du libéralisme au XVIII^e, pour rappeler qu'il est aussi

l'auteur d'une *Théorie des sentiments moraux* mettant en évidence les déterminants psychologiques de la relation entre les hommes et refusant de réduire l'échange à sa stricte dimension mathématiquement commerciale. Ainsi des politiques qui reposent sur le présupposé de l'individualisme ne sont précisément pas réalistes : un économisme réduit à la balance des calculs mathématiques n'est en fait qu'une forme de fanatisme du chiffre parfaitement irrationnel.

L'économie authentiquement rationnelle est celle qui prend en compte la réalité incontournable des aspirations humaines. Et celles-ci, dit Sen, ne sont en rien exclusivement égoïstes, mais au contraire parfaitement conscientes de l'interdépendance entre les hommes : le souci des autres est une des passions universelles. Et l'on peut dire aussi que la capacité d'identification à l'autre est l'un des moteurs de notre existence.

Réalisme économique et responsabilité sociale

Le véritable « réalisme économique » est donc celui qui revendique la responsabilité sociale de la communauté, en particulier sur ce qui conditionne au premier chef la vie publique et privée des individus, leurs comportements physiques et affectifs, sociaux et mentaux, à savoir leur santé.

Et il est clair à ce propos que la richesse des nations consiste moins dans le calcul mathématique de leur PNB, que dans celui de leur taux de mortalité. Or, Sen le rappelle, il arrive que les deux soient radicalement dissociés, comme c'est le cas aux Etats-Unis, seconds pour le PNB par habitant et douzièmes *ex aequo* pour l'espérance de vie. Quelle logique creuse cet écart ? Celle du démantèlement du système de santé publique, qui aliène objectivement la vie des citoyens à un marché assurantiel privé, et coupe de ce fait une large part de la population de tout ou partie de l'accès aux soins. Il est à noter sur ce point que cette privation concerne largement aussi les classes moyennes. Il suffit par exemple de se représenter le coût de la prise en charge d'un

cancer, assumé à cent pour cent par le système public en France, pour comprendre qu'il puisse être inaccessible à un salaire moyen aux Etats-Unis. Qu'après un tel constat puisse être évoqué le « modèle américain », ne doit pas cesser de nous étonner.

Economie de marché et politique sanitaire

Mais Sen prend aussi l'exemple de la Chine de 1979, au moment de l'ouverture à l'Occident, pour mettre en évidence ce paradoxe : « Le mouvement en faveur d'une économie de marché, qui a marqué depuis les réformes de 1979 l'économie rurale en Chine, a provoqué d'une part un accroissement majeur de la productivité agricole, mais a conduit d'autre part au déclin du système très étendu de soins publics de santé ». Et il montre que la conséquence très concrète en a été une remontée du taux de mortalité. Ainsi la santé des personnes n'est-elle pas fonction de la richesse du pays, mais exclusivement de la politique sociale qui y est menée. Non seulement la courbe mathématique du profit n'épouse pas celle de la survie, mais elle peut lui être inversement proportionnelle, par une série de chocs en retour. La dérégulation du marché, qui permet l'accroissement de la productivité autant que celui des ressources financières, produit corrélativement une dérégulation de la politique sociale porteuse d'un creusement des écarts économiques, d'une montée du chômage et, par-là même, d'une misère endémique qui accroît les risques sanitaires. Mais cette dernière est aussi porteuse d'un désintérêt pour la solidarité sociale, d'une montée en puissance de l'individualisme, et par-là corrélativement d'un désengagement de l'Etat à l'égard de sa responsabilité sociale et sanitaire.

Si l'économie doit être, aux yeux de Sen, une « science morale », c'est précisément parce qu'elle n'a pas seulement une fonction descriptive, mais aussi une fonction normative : celle de prescrire des finalités éthiques à la décision politique.

Le corps affamé comme spectre politique

Un spectre hante le début de ce livre : celui de la famine de 1943 au Bengale, au cours de laquelle trois millions de personnes sont mortes. Amartya Sen avait neuf ans et se souvient de l'irruption d'une, puis de cohortes de personnes affamées dans son village où il n'y avait pas de pénurie. Le traumatisme, c'est tout-à-coup, dans son propre pays, la visibilité du gouffre social : trois millions de personnes meurent de ce qu'il appelle « un échec social », dans un pays où, les statistiques le montreront implacablement, la quantité de nourriture était suffisante. De même que la morbidité croît dans un pays dont le PNB est en extension.

« Si l'on veut expliquer la famine, dit-il, (...) ce sont les droits dont sont dotés les groupes vulnérables qu'il faut considérer ».

C'est ainsi exclusivement en termes juridiques, en termes de décision politique, que se déterminent les questions de la santé, c'est-à-dire de la vie dans tous les sens du terme, et de la mort des personnes : la vraie rationalité est celle qui impose d'assumer cette responsabilité sociale de la puissance publique.

Que signifie l'écart entre l'augmentation du produit national brut et la diminution de l'espérance de vie ? Que le renoncement d'un Etat à sa responsabilité sociale se traduit nécessairement pour sa population en termes de dégradation de la santé, et en définitive de mortalité.

La vraie insécurité

Ainsi l'« extrémisme anti-inflationniste », qui pousse à la réduction des dépenses publiques, aussi bien sur le plan de l'emploi que sur celui de la santé, est-il vecteur d'une véritable insécurité économique et sanitaire.

Insécurité qui affecte en réalité toutes les couches sociales, et dont le symptôme est précisément la montée des discours sécuritaires.

Mais c'est précisément prendre à l'envers la question de la sécurité, que de commencer



par désécuriser l'espace social par l'injustice et l'inégalité sanitaire. Il faut alors prendre par son autre bout la question économique du déficit budgétaire : où a-t-on vu qu'une politique sociale ait mené un pays à la ruine ? La faillite économique de l'Argentine, pour prendre un exemple récent, est-elle due à un excès de générosité de l'Etat à l'égard des plus pauvres, à des lois sociales trop égalitaires ou à une politique sanitaire trop scrupuleuse ? Le naufrage des pays africains est-il dû à un poids excessif des mesures sociales dans le budget des Etats ?

En préface au livre d'Amartya Sen, Marc Saint-Upéry donne l'information suivante : « En septembre 1998, La Réserve fédérale dut organiser un plan de sauvetage de 5 000 millions de dollars pour venir en aide à la LTCM, société américaine de fonds de couverture, qui avait perdu 19 000 millions de dollars. »

Il semble qu'à ces hauteurs de compte, la prise en charge du remboursement d'un anti-histaminique par un système public de Sécurité sociale

puisse apparaître comme une cause majeure d'inflation.

Sen montre ainsi avec force que, si les échecs économiques des systèmes de planification communistes se sont avérés destructeurs, la question à laquelle ils prétendaient répondre, celle de la justice sociale et du droit à la santé, n'en reste pas moins plus tragiquement présente que jamais. Peut-être est-il alors nécessaire, ici, face à ce que l'on appelle les « échéances européennes », de citer sa propre formule : « Si le projet d'unité européenne s'assimile de plus en plus à un programme technique destiné à réaliser l'union monétaire et à respecter des calendriers de coupes budgétaires, il est important de rappeler que cet appel à l'union est aussi motivé par des objectifs plus vastes qui incluent la responsabilité sociale envers le bien-être et les libertés fondamentales des populations concernées ».

C'est en ce sens précisément que le renoncement à une politique sanitaire et sociale digne de ce nom est non seulement humainement inacceptable, mais apparaît toujours comme le symptôme, sinon la cause, d'un échec économique.



Résumé : Il y a deux ans, dans le n° 17 de *Pratiques*, nous nous étions penchés au chevet de l'Assurance maladie faisant le constat que notre système de soins était très malade de « sa Sécu » et réciproquement. Nous avons étayé notre diagnostic par de solides arguments et proposé des orientations thérapeutiques. Qu'en est-il aujourd'hui du diagnostic, des traitements et du pronostic de guérison dans cette période politiquement cruciale pour l'avenir du financement, de la régulation du système de soins et de l'avenir de notre protection maladie socialisée avec le vote parlementaire de la réforme de l'Assurance maladie prévu cet automne ?

Hallali ou renaissance pour l'Assurance maladie ?

Il y a deux ans nous diagnostiquions les maux suivants : « *L'Assurance maladie est doublement malade : des coups de boutoir de ceux qui œuvrent en commun pour la mort de notre système de soins socialisé : le Medef et ses alliés du côté des assurances privées (AXA and co), de la droite politique et médicale ultralibérale (SML et autre CSMF) et d'autre part, elle souffre d'un dépérissement interne lié à sa gestion de type technocratique et centralisatrice, très éloignée de la réalité du soin. Ne nous faisons aucune illusion : actuellement, l'Assurance maladie, en charge de l'accès aux soins de la population, n'est en fait responsable de l'état de santé de cette population que pour une part minimale. Elle est très loin de pouvoir corriger les inégalités sociales de santé. Pour les professionnels du soin que nous sommes, elle ne remplit aujourd'hui qu'un rôle de gestionnaire, autocratique et aveugle, laissant aux usagers une participation fictive. Les outils qu'elle s'est donné jusqu'ici sont au service d'une gestion qui tente d'être rigoureuse avec les dérives que chacun connaît.* »

Etat des lieux

Aujourd'hui les ennemis avancent de façon concertée, à visage découvert. Dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, les assureurs privés ⁽¹⁾ se sont dits « prêts à prendre en charge dès le premier euro les remboursements de certaines prestations (optique, dentaire, prothèses audi-

tives, petits appareillages, etc.), indépendamment de la Sécurité sociale » et plus loin, ils déclarent : « Déjà présents dans le domaine de la santé avec une part de marché de 2,4 % du financement des dépenses de soins en France en 2002, les assureurs (privés) souhaitent « contribuer » auprès de l'État et de la Sécurité sociale à améliorer le système de santé... » Les médecins ultralibéraux, eux, attendent le feu en prônant le déconventionnement et la liberté tarifaire (cf. dans ce numéro article p. 27). Pour ce qui est de la gestion techno-centralisatrice de l'Assurance maladie, rien n'a changé. Les dernières valse-hésitations en matière de déremboursement de médicaments à Service Médical Rendu (SMR) jugé insuffisant en sont la triste illustration⁽²⁾. Les professionnels du soin, eux, sont de plus en plus mécontents de leurs conditions de travail. Globalement, ils souffrent à la fois d'avoir une charge de travail trop importante et d'un travail dont le contenu s'est appauvri : moins de temps passé auprès du malade, de plus en plus de tâches administratives. La profession d'infirmière libérale est particulièrement sinistrée de ce point de vue. Le gouvernement Raffarin sort en 2003 les rapports Chadelat et Babusiaux⁽³⁾ qui définissent la ligne politique très cohérente qu'il choisit et les indispensables moyens qui permettront de la mettre en application : la diminution de la part

Patrice Muller

Médecin généraliste,
membre de la Commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale

remboursée par l'Assurance maladie (A.M.) au profit du marché de l'assurance complémentaire (A.C.) individuelle. Le donnant-donnant de ce transfert de charges financières étant l'attribution du pilotage à terme de l'ensemble du système de soins par l'A.C. avec les indispensables moyens informatiques de ce pilotage dont les A.C. ont besoin techniquement pour la gestion financière du système assurantiel complémentaire et le contrôle du comportement de « leurs » professionnels du soin (ceux qui, individuellement, auront contracté avec telle ou telle mutuelle ou assurance privée et de « leurs » personnes assurées. C'est dans ce but que le rapport Babusiaux ne retient que deux modalités de transmission des données médicales informatisées du patient vers les caisses complémentaires parmi d'autres possibles techniquement. La première a fait consensus dans le panel d'experts consultés : la transmission systématique de toutes les données médicales informatisées des assurés sous une forme anonymisée vers leurs assureurs complémentaires. La deuxième a été soutenue par le seul représentant de la FFSA⁽⁴⁾ et cependant retenue par le rapporteur et le ministre comme solution envisageable : la transmission en clair des données médicales par le professionnel de santé avec le consentement exprès de l'assuré. Le tour est joué pour ces assureurs. Au minimum ils pourront, avec la première modalité, déterminer des groupes de risques socioprofessionnels et ajuster leurs tarifs de souscription en conséquence et avec la deuxième hypothèse — la meilleure pour eux — évaluer le risque précis de leur client à la souscription du contrat en

demandant avec leur accord que le médecin traitant leur communique les données médicales les concernant⁽⁵⁾.

Pourquoi sauver l'Assurance maladie et son corollaire, un système de soin assis sur des missions de service public ?

M. Chadelat, en cinq lignes de son rapport, condamne l'Assurance maladie à rester

dans son statu quo en lui déniait toute capacité d'évolution pour améliorer l'accès aux soins⁽⁶⁾. Nous disons doublement non à cette condamnation. D'abord pour des raisons de conception du soin et de la santé. Seuls les systèmes de santé assis sur la notion de service public sont recevables pour leur philosophie de non-sélection des patients et d'une accessibilité pour tous à l'ensemble de l'offre de soins. Toutes les propositions introduisant au sein d'un secteur public la logique individuelle et commerciale aboutissent inéluctablement à la sélection des patients selon le risque statistique assurantiel qu'ils représentent ainsi qu'à une différenciation dans l'offre de soins selon la solvabilité des uns et des autres. Qui plus est ces systèmes sont plus onéreux que les systèmes fonctionnant sur des missions de service public⁽⁷⁾. Une alternative aurait pu être proposée, mais elle n'a eu les faveurs de personne : élargir le champ d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à l'ensemble des prestations aujourd'hui servies par les assurances maladie complémentaires et qui sont indispensables à un bon accès aux soins.

Comment sauver l'Assurance maladie⁽⁸⁾ ?

Une budgétisation démocratique et décentralisée.

Quelles que soient les origines des fonds publics servant à financer l'Assurance maladie (prélèvements fiscaux et/ou prélèvements assis sur les salaires), il est nécessaire qu'un choix explicite, discuté et voté démocratiquement permette de définir un budget alloué aux dépenses de soins et de santé publique, budget qui doit être décliné au plan régional et au niveau infra-régional à définir (cf. ci-après). Dans la période actuelle, il s'agit de favoriser des espaces et des modalités nouvelles de concertations et de régulation des soins et de la santé publique pour les acteurs volontaires qui voudront y participer sans y être contraints par « le haut ». Cela passe par la remise en place d'élections dans les diverses instances de l'A.M. dont il faudra définir les modalités techniques.

Affirmer la primauté des soins primaires.

Nous ne sommes pas satisfaits en tant que professionnels de santé des paradigmes du soin et



de santé publique entretenus par nos financeurs publics : hospitalo-centrisme, modèle bio-technique hégémonique du soin et gestion technico-administrative des structures et du personnel soignant. L'usager citoyen bien que destinataire et bénéficiaire du dispositif Assurance maladie est notoirement absent des instances décisionnaires. Il s'agit d'affirmer la primauté des soins primaires, au niveau de la dispensation, de l'organisation et du financement des soins. D'autres formes de pratiques médicales sont à mettre en place qui n'ont pas pour l'instant d'espaces reconnus et institutionnalisés. Ces nouvelles pratiques supposent une rémunération qui prenne en compte une fonction du soignant qui inclut, en plus du soin, la formation professionnelle continue et des activités de santé publique et de prévention.

D'un système de soins vers un système de santé.

Si l'on fait le choix politique de passer d'un système de soins tel qu'il est avec ses cohérences et incohérences fortes, pour aller vers un système de santé, alors il faut, en plus du niveau national où sont définies les grandes orientations budgétaires des dépenses et recettes pour les soins et la santé publique, qu'au plan local et régional les rôles et attributions des trois acteurs principaux que sont les usagers, les professionnels du soin du secteur sanitaire et social et les gestionnaires participent à une régulation et à une gestion tripartite des dépenses de soins et de santé entièrement repensée pour ce qui est de leurs modalités. qu'au plan local et régional les rôles et attributions des trois acteurs principaux que sont les usagers, les professionnels du soin du secteur sanitaire et social et les gestionnaires participent à une régulation et à une gestion tripartite des dépenses de soins et de santé entièrement repensée pour ce qui est de leurs modalités.

Le niveau local : tenant et aboutissant de toutes les réformes souhaitables pour l'Assurance maladie.

Pour les médecins généralistes cela signifie améliorer le contenu de leur travail quotidien. Le travail du médecin généraliste doit évoluer vers une rémunération globale de ses activités. De telle sorte que durant sa

semaine de travail, puissent se trouver combinées de façon harmonieuse, ses activités de soin (ce qu'il fait déjà dans son cabinet médical) mais aussi des activités de concertation et de coordination avec les autres professionnels du secteur médical et social avec qui il a à collaborer lors de la prise en charge des personnes qu'il soigne. Il faut aussi que dans le temps de travail du médecin généraliste sa formation professionnelle continue soit reconnue. Ces nouvelles tâches nécessitent la sortie du paiement à l'acte curatif exclusif pour aller vers une rémunération globale du médecin. A terme, l'Assurance maladie devrait pouvoir proposer aux médecins généralistes volontaires de travailler entièrement sur la base d'un salaire qui inclurait contractuellement les tâches de soins, de formation médicale continue et de santé publique.

Un niveau local de gestion et de concertation à créer.

L'Assurance maladie doit être le chef d'orchestre de la gestion loco-régionale des dépenses de santé socialisées, tous financeurs confondus. Entreraient dans le panier gestionnaire, les fonds de la Sécurité sociale, mais aussi ceux venant de l'Etat et des collectivités locales. Pour ce faire, un préalable indispensable réside dans la définition de budgets locaux et régionaux pour le fonctionnement de l'ensemble des structures et des personnels soignants pour chaque zone territoriale considérée : la région certes, niveau consensuel dans le champ politique, mais aussi un niveau plus périphérique qui reste à créer, de la taille approximative d'un canton, correspondant à une zone d'habitation d'environ 200 à 300 000 personnes en moyenne.

L'Assurance maladie doit être l'outil permettant de recueillir et de faire circuler les informations concernant l'état de santé de la population vivant dans la zone considérée.

A partir de données constamment réactualisées, il s'agira pour l'Assurance maladie avec d'autres partenaires institutionnels, d'organiser la concertation et les actions au plan local en matière de santé publique.

Pour la création de chambres de santé.

Une gestion-régulation tripartite des budgets en matière de santé publique s'impose. Elle permettra

de suivre au mieux les effets du financement des actions de santé publique entreprises au niveau local parce que le recueil d'informations fait sous l'égide de l'Assurance maladie les aura considérés comme prioritaires pour la zone géographique considérée. Dans cette gestion tripartite au plan local doivent être représentées transversalement toutes les professions de santé du secteur en question : ambulatoires et hospitaliers, secteur libéral et salarié, médicaux et paramédicaux, secteur social. Il est nécessaire dans cette optique de créer de véritables chambres de santé ouvertes aux professionnels comme aux non-professionnels et qui seraient des lieux où les débats, la réflexion sur les évolutions des métiers du soin et de la santé, des travaux de recherche pourraient s'accomplir. De belles occasions de transmutations — facilement réalisables de surcroît — pour nos dispendieux et inutiles ordres professionnels... La place du citoyen-assuré social à redéfinir. Certes, il existe déjà une représentation des assurés sociaux au sein des caisses mais elle a été vidée de tout pouvoir décisionnaire et d'efficacité face à la gestion technocratique hyper centralisée sous la houlette d'un Etat omniprésent. Une redémocratisation de l'édifice Assurance maladie s'impose. Elle passe par la remise en place d'élections aux différents échelons des instances de la Sécurité sociale. Des questions importantes restent à discuter et à proposer quant aux modalités précises de ces nouvelles élections. En plus de la représentation syndicale actuelle, faut-il introduire par le biais des élections d'autres représentations des usagers : association de consommateurs, de malades, individualités qui se présenteraient pour des compétences particulières ?

La convalescence et la guérison de l'Assurance maladie va nécessiter un chemin long avec une dynamique politique citoyenne forte qui seules permettront de s'opposer au rouleau compresseur libéral qui nous conduit tout droit à la régression dans le soin et la santé.



Quelques indices

... Le niveau local, la place du citoyen...

1. Conférence de presse de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) : communiqué AFP du 4/06/03.

2. Alors que l'Assemblée nationale a voté, mercredi 16/07/03, un amendement visant à rendre inopérants les recours des laboratoires face aux remboursements décidés par le gouvernement, le ministre de la santé, Jean-François Mattei, a soumis le même jour à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps), pour avis, la liste de 80 médicaments dont le remboursement par la Sécurité sociale devait être supprimé au mois d'août. www.lemonde.fr/17.07.03

3. - La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé, groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale présidé par M. J.-F. Chadelat, rapport disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_030408.htm - Rapport Babusiaux sur l'accès des assureurs complémentaires aux données des feuilles de soins électroniques disponible sur le site :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/babusiaux/sommaire.htm>

4. cf. note 1

5. Cette situation nous est déjà familière lorsque les patients viennent nous supplier de rompre le secret professionnel qui nous lie à eux pour remplir les dossiers médicaux réclamés par les compagnies d'assurance en vue d'un emprunt bancaire.

6. Cf. page 19 du chapitre « 3^e partie : les pistes de solutions ». Est éliminé le scénario où le champ d'intervention de l'AMO (assurance maladie obligatoire) serait élargie à l'ensemble des prestations aujourd'hui servies par les AMC (assurances maladies complémentaires) à l'instar de ce qui se fait déjà pour la CMU complémentaire où l'opérateur prédominant est l'A.M.

7. Le n° 214 de janvier 2003 de la revue de la D.R.E.S.S. Etudes et Résultats est consacré à une étude comparée des systèmes de santé danois, suédois et finlandais. Ces trois pays ni plus, ni moins capitalistes que le nôtre sont (je cite) « caractérisés par des principes communs : une couverture et un accès aux soins universels, une offre de soins et un financement essentiellement public. Ce dernier couvre 75 à 82 % des dépenses contre 74% en moyenne dans l'Union européenne. Les dépenses de santé restent inférieures dans ces pays à la moyenne européenne, avec des taux de croissance relativement modérés... » Il y a d'autres facteurs qui concourent — selon les auteures Sandrine Chambaretaud et Diane Lequet-Slama — aux bonnes performances de ces systèmes de santé : en particulier les formules mixtes de rémunération des médecins (salaire, capitation et paiement à l'acte) et une forte décentralisation dans l'organisation des soins.

8. Je renvoie sur la question à l'article plus détaillé dans le n°17 de *Pratiques*.





Counter-Strike :
images captées

Résumé : Quand le jeu Counter Strike, qui fait fureur chez les jeunes passionnés des jeux vidéo en réseau sur Internet, devient le mode de narration télévisuelle de la « vraie » guerre d'Irak, la déréalisation de cette dernière atteint des sommets d'efficacité. L'auteure dissèque la mise en scène de ces images pour en permettre une lecture critique.

7 avril 2003. France 2 diffuse au journal télévisé du soir des images « captées la veille, un peu avant 13 heures ». La caméra filme de l'intérieur d'un véhicule, à travers un pare-brise sale, la camionnette jaune qui précède. Le drame qui suit n'est compréhensible que par un visionnement de la séquence au ralenti. La camionnette stoppe ; des soldats sautent de la benne. La caméra chute. L'image bascule. Contre-plongée accentuée : en une séquence fugitive, subliminale apparaît le visage d'un homme : menton, nez, lunettes. Capté « par en dessous ». Puis un disque rouge, comme soleil couchant sur fond de drapeau blanc. Image inhabituelle au journal du soir. Le disque, soudain, se déforme d'une coulure rouge s'allongeant vers le bas. Cruelle ironie : le commentaire off annonce une bavure. Le convoi vient d'être atteint par un *friendly fire* américain au voisinage de la ville de Dibagha dans le Kurdistan irakien. Le cameraman a été blessé, légèrement. Son sang fait tache sur l'objectif. La caméra tremble en tous sens. Il reprend le contrôle de la prise de vue ; essuie grossièrement la goutte. L'image se stabilise. C'est à travers le filtre de son sang que surgit l'apocalypse : les corps étendus, les voitures en flamme, les volutes sombres. L'objectif rougi capte maintenant un rideau de fleurs jaunes. Bucolisme ambigu : la caméra a été posée dans l'herbe et continue de filmer. Son propriétaire, parti porter secours, revient. Il est à l'image, on le reconnaît : robuste silhouette aux cheveux blancs, filmé, de nouveau, par son propre appareil. On recensera, conclut le commentaire, dix-huit morts kurdes, plusieurs morts américains ou anglais, dont un journaliste, et cinq blessés. L'identification des téléspectateurs avec le journaliste est profonde : ils sont ensemble au cœur de la bataille, subissent de conserve le bombardement. A une différence près : le corps du spectateur n'est pas engagé. Mais pour lui, la goutte de sang a fait surgir la mort dans l'univers des possibles. La guerre a quitté temporairement le statut de spectacle consommé comme une affaire bouleversante, mais lointaine. Le double du téléspectateur, journaliste à la BBC,

Monique Sicard

Chercheur au CNRS en histoire et esthétique de l'image et du regard.

La goutte de sang, du jeu au réel

a été blessé alors qu'il filmait une camionnette jaune. La tragédie, dérangeant le bel ordonnancement des dispositifs télévisuels, a généré de dramatiques autoportraits. Non seulement, le visage et la silhouette de l'opérateur image furent présents à l'image, mais la matière même de son corps (le voile de sang), son trouble psychique (les tremblements de la caméra) furent visiblement constitutifs de la scène télévisée. Indiscrétion de l'image qui prétend nous informer brièvement sur l'épisode d'une guerre et nous en dit tant sur l'être humain.

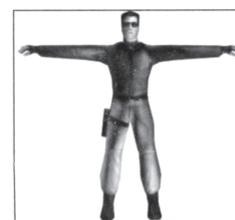
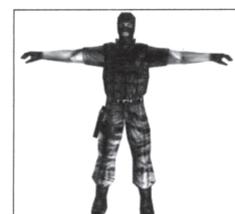
Le téléspectateur pressé n'aura vu là qu'une image choc parmi tant d'autres : diffusée à 25 images par seconde, la séquence, pour lui, n'a pas duré deux minutes.

Le souhait de se démarquer des politiques d'intervention en Irak, celui de dénoncer l'irresponsabilité américaine, n'explique pas seuls cette pointe de rouge baveuse sur la lentille d'une caméra instable. L'organisation filmée du drame est si voisine de celle d'un jeu vidéo qu'il est légitime de se demander si nous ne percevons pas les événements du monde par le filtre des images 3D, de l'Internet, du haut débit et de l'ordinateur individuel. Nous savions déjà que les jeux de Web-bars empruntent aux stratégies militaires. Mais la guerre elle-même, en représentation dans les grands médias, mimerait-elle en retour les combats ludiques conduits en salle par écrans interposés ? Nombreux furent ceux qui comparèrent spontanément cette guerre d'Irak à un jeu vidéo. En témoignent les résultats de l'Observatoire du débat public. L'analogie fut ressentie sur le terrain même. « Pour ces marines, » affirme Agnès Vahramian, envoyée spéciale, « cette guerre est un jeu vidéo. Ils n'ont pas croisé d'ennemi ni participé à une bataille. »

Counter Strike, par son réalisme prononcé, par le nombre de ses joueurs, peut être choisi comme paradigme des jeux de combat en réseau. A en croire les données en ligne, trente mille serveurs (soit trente mille « tables de jeu ») regroupant chacun au maximum trente-deux joueurs ont été

créés en Europe et au Canada (formant le réseau dit « européen »). A un instant t, le réseau comporterait ainsi plusieurs centaines de milliers d'« actifs ». Certes, ces chiffres sont bien éloignés des audiences des journaux télévisés du soir, mais ils ne concernent que Counter Strike. Nul doute que les jeux en ligne, touchant en masse un public jeune par ailleurs peu fasciné par la télévision, ne soient à prendre en compte comme éléments constitutifs de nos représentations et de nos regards occidentaux.

Dans cette guerre d'Irak, l'impossibilité de s'identifier totalement à l'un ou l'autre des belligérants (américains et anglais d'un côté, irakiens de l'autre) a conduit le public français à s'appropriier plus que de coutume la figure du journaliste. Les caméras rendues subjectives (caméras-je) par les dispositifs de la prise de vue ont facilité l'identification. Pour la première fois, les journalistes ont été officiellement incorporés aux convois américains ; leurs appareils installés au cœur des dispositifs militaires. La lente remontée des blindés, de la frontière koweïtienne vers Bagdad, a renforcé la posture du cameraman sujet accompagnant le mouvement d'ensemble. Que donner à voir, sinon sa propre avancée ? Que filmer, au cœur du désert, sinon son propre point de vue sur les



Terroristes
et contre-terroristes

équipes en partance, certes premières à y aller, mais dernières à savoir ? Qu'offrir d'autre, en l'absence d'informations, que son propre espace projectif ?

Le journaliste en militaire, avec treillis et gilet pare-balles, a joué, pour le téléspectateur, le rôle d'avatar, palliant le déficit de la télévision hertzienne en matière d'interactivité.



[Steyr TMP]



[UMP]



[Mactô]



[FN PRO]



Les armes

zienne en matière d'interactivité.

L'utopie d'une télévision où l'individu spectateur interviendrait lui-même, selon ses désirs, sur le cours des programmes, va de pair avec un marché s'adressant massivement à chacun. Force est cependant de constater que l'idéal de la « foule individuelle », tant commercial que démocratique, est bien mal atteint par les télévisions classiques. La présence à l'écran de faux publics, le zapping, l'apparition du médiateur, la lecture du courrier des téléspectateurs, ne constituent qu'une pâle réponse à cette absence de feed-back. En première analyse, la télévision hertzienne obéit plus à un schéma linéaire à sens unique de type émetteur-

récepteur qu'à celui, circulaire, des boucles de rétroaction de la cybernétique. Elle fonctionne en spectacle, soit en action déroulée à distance excluant le téléspectateur.

Le jeu vidéo numérique, à l'opposé, met en œuvre des interactions visibles entre l'observateur et l'ob-

servé, entre le corps (du téléspectateur) et la machine (le réseau d'ordinateurs). Confronté à un milieu mouvant aux caractéristiques aléatoires, le joueur en reçoit des informations qui l'invitent à réajuster en permanence ses comportements et ses actes, en vue du but à atteindre (ici, tuer).

En quête d'interactivité, la télévision s'éloigne du spectacle, se rapproche du jeu : écrans multiples rendant compte de pseudo-simultanéités, prolongements à l'image des canons des tanks, tentatives de pénétrer au cœur de la bataille et de capter l'impact précis des projectiles... Comme dans un jeu vidéo, le blessé de Dibagha ne fut pas vraiment atteint. Il put reprendre en main son arme (sa caméra) rapidement. Comme dans un jeu, il y eut des scènes d'horreur, des explosions, des morts à l'image, mais on n'aperçut guère l'ennemi. Comme dans un jeu, l'émotion se calma quand l'écran s'éteignit ; le corps du joueur conserva son intégrité. L'écran devint, pour un temps un espace effrayant, n'offrant en corollaire rien à voir. Un lieu où, comme le suggère Jacques Derrida, le spectateur qui se donne lui-même en spectacle, n'est plus ni voyant ni voyeur, où s'efface la différence entre observant et observé, entre l'être humain et la machine.

La mort y fut certes effective, mais bien cachée. Car la télévision ne cesse de s'éloigner de la réalité même – et surtout – lorsqu'elle se revendique d'une « télé-réalité ». Mais après tout, la corrida, quand elle subsiste, modifie également ses règles et rituels : s'il convenait autrefois d'honorer l'ennemi et d'offrir au taureau une « belle mort », il importe aujourd'hui d'être « bref à l'épée » et de ne pas tacher la soie de sang. Si la goutte de Dibagha a pu être conservée au journal du soir, c'est que la scène a fonctionné comme s'il n'y avait pas eu de morts : la partie en cours semblait sans conséquence. Tout pouvait recommencer à zéro. Ce sang, loin d'appartenir aux belligérants, n'était que celui, fictif, d'un téléspectateur, par avatar interposé. Soit celui d'un joueur qui aurait, comme le propose Counter strike, coché la case *friendly fire*.

Le double masque du pantin

Jean-Louis Gross

*Médecin généraliste, membre
de la Commission exécutive du
Syndicat de la Médecine Générale*

La déclaration de Monsieur Chirac à la télévision pour le quatorze juillet vient renforcer les craintes exprimées depuis plusieurs mois concernant les projets gouvernementaux sur la santé.

Aux tendances ultra-libérales, vient s'ajouter une duplicité dans la communication et la présentation de ces réformes.

Le président nous affirme qu'il n'y aura pas de réforme, mais une adaptation pour préserver notre système d'Assurance maladie. Puis, dans les paragraphes suivants, il nous confirme les principaux points développés dans le rapport Chadelat.

Ses propos sont si alambiqués que la lecture peut se faire à plusieurs niveaux, ce qui est le propre du discours politicien. Si leurs intentions étaient claires et nettes, pourquoi le discours ne le serait pas ?

Responsabilisations des acteurs de la santé :

Les malades : il s'agit, ni plus ni moins, de continuer les déremboursements identiques à ceux de mai 2003.

Les professionnels de santé : il s'agit de négocier une augmentation de rémunération en échange d'une restriction des soins prescrits (ce qui se fait depuis quelques mois pour la visite et qui est réclamé par les syndicats libéraux de médecins).

Les gestionnaires (en incluant les mutuelles, et en omettant de parler des assureurs privés) : il s'agit de généraliser la participation, progressivement, des assurances complémentaires à la prise en charge et à la sélection des frais de santé.

Refuser l'augmentation des cotisations, mais prendre des mesures fiscales pour aider à la couverture complémentaire revient très exactement à faire passer des finances publiques vers le secteur marchand.

Ce double langage ne sert qu'à masquer leurs objectifs : seule une forte mobilisation contre le démantèlement de l'Assurance maladie pourra empêcher la privatisation rampante annoncée par le gouvernement et confirmée par le président de la République dans son discours. Après les retraites, l'assurance chômage, c'est le troisième volet de leur plan de précarisation d'une partie importante de la population.

Les intermittents et la Sécu

Depuis septembre, le cortège de mauvaises nouvelles sociales ne cesse de s'allonger : les menaces à l'encontre de l'aide médicale et de la couverture maladie, les décisions concernant les retraites, la mise à mal de l'Education nationale, les diminutions drastiques concernant les crédits de la recherche... La dernière sommation concerne les intermittents du spectacle. Le projet de restructuration des droits à l'assurance chômage expose des artistes pour la plupart déjà précaires à l'un des plus grands licenciements économiques jamais opérés dans la profession (estimé à environ 30 000 personnes). Cette disparition d'artistes se serait faite sans douleur si la période estivale n'avait pas permis les grandes manœuvres, certes terribles, mais nécessaires d'annulation des plus grands festivals français (Avignon, Aix, Francofolies...). Les citoyens qui sifflent actuellement les artistes et diabolisent l'action de la CGT oublient sans doute que seules ces actions d'annulation ont permis de faire connaître ce statut et les difficultés que rencontrent les gens du spectacle vivant depuis de nombreuses années... On vient également de comprendre par le vide ce que peut rapporter la culture à l'économie d'une ville... Les dérives de ce fameux statut s'avèrent nombreuses notamment dans le secteur de l'audiovisuel, mais aussi par exemple dans l'achat de spectacles (par exemple par les municipalités) bien en dessous de leur coût réel. Doit-on pour autant comprendre que ce sont les subventions versées à des compagnies ainsi que la caisse Assedic qui financent, d'une certaine mesure, les cachets de certains spectacles ? Doit-on reconnaître que bien des artistes payent de leur temps et travaillent pour de misérables cachets, de l'argent non déclaré, voire gratuitement, dans l'espoir du prochain spectacle qui sera mieux financé ?

Si l'annulation pure et simple des festivals a empêché d'organiser des forums politiques à l'intérieur des représentations, elle marque un signe fort pour tous les citoyens. Ces tristes événements annoncent-ils le prochain festival de l'horreur, organisé par l'État, concernant les acquis sociaux de notre Sécu ? On espère que les citoyens veilleront eux-mêmes à le faire périr. Dans le cas contraire, nous rejoindrions le modèle américain, télé, coca-cola, obésité et assurances privées.



Françoise Ducos

Musicienne

Convergence des luttes

« Culture, santé, éducation, même combat », voilà un slogan qui a animé les manifestations réunissant intermittents et autres professionnels lors du festival de théâtre de rue d'Aurillac. Et pourtant, si nous sommes nombreux à protester contre les politiques actuelles qui considèrent la culture, la santé ou l'éducation non pas comme des biens publics, mais plutôt comme des lieux de profit et de rentabilité, nous ne sommes pas toujours d'accord sur nos stratégies de lutte.

Une majorité d'intermittents du spectacle ont choisi d'annuler les festivals de l'été, pour protester contre le démantèlement de l'aide à la création artistique. D'autres artistes étaient, eux, pour maintenir les festivals, mais en leur donnant une autre forme, jugeant que la grève était une manière de se saborder et de se réduire au silence.

De même, certains soignants concentrent leurs efforts sur la pénurie et le manque de moyens ; certains pensent qu'il est aussi indispensable de réfléchir à la conception du soin et à la manière dont les soignants s'articulent avec les soignés.

Comment nous alerter mutuellement sur ce qui nous paraît en danger ? Comment défendre les valeurs de la solidarité à partir de chacun de nos métiers ? Comment inventer ensemble les moyens de dire notre révolte et aussi nos raisons d'espérer et de vivre, malgré tout ?

Elisabeth
Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

Résumé : Martin Winckler tenait une chronique à France-Inter le matin ; il a été prié de rester chez lui deux semaines avant la fin de son contrat, vraisemblablement à la suite de pression d'une firme pharmaceutique, Pfizer, en raison des critiques sérieuses qu'il avait émises sur son action en direction du grand public.

Petite bête noire

Marc Zaffran/Martin
Winckler

Médecin généraliste et écrivain

Entre septembre 2002 et juillet 2003, j'ai assuré sur l'antenne de France Inter, du lundi au vendredi à 7 h 51, une chronique scientifique de 3 minutes intitulée « Odysée ». Cette chronique a été brutalement interrompue le 4 juillet 2003 alors qu'elle devait se terminer le 11. Les circonstances de cette suppression, inhabituelle par sa brutalité sur une chaîne de radio publique française, méritent qu'on s'y intéresse.

Jean-Luc Hees me confie la chronique en septembre 2002. En décembre, il me fait venir pour me dire que « c'était exactement ce qu'il voulait », qu'il fallait simplement que je ne fasse « pas trop de sujets médicaux ». En mars, il m'a appelé à l'occasion d'une divergence de vues : je m'étais exprimé sur la page Internet de ma chronique contre la suppression des chroniques dans la tranche d'information 7-9 au profit d'un journal « tout Irak » ; il m'a dit que « ce n'était pas correct » (sous-entendu : par rapport aux journalistes du 7-9) ; je lui ai proposé ma démission, il l'a refusée ; je lui ai proposé d'écrire un mot à la rédaction pour lui exprimer mon soutien, il l'a accepté. Puis, plus rien. En avril et en mai, j'ai consacré plusieurs chroniques à l'industrie pharmaceutique et au médicament, d'abord pour parler de la campagne de « prévention contre le cholestérol » de Pfizer, ensuite pour exposer les annonces d'image du LEEM (diffusées en rafale sur Radio-Classique, France Info et France Inter entre mai et juin 2003) à la lumière du *Grand Secret de l'industrie pharmaceutique*, de Philippe Pignarre (Ed. La Découverte). Quelques jours après la chronique sur le cholestérol, une auditrice me confie qu'un e-mail circule sur l'intranet de Pfizer. On peut y lire, après une mise en cause de *Prescrire*, « Plus récemment, Martin Winkler, dans sa chronique sur France Inter, s'en est violemment pris à la campagne d'information sur le médicament lancée par le LEEM⁽¹⁾. Sachez que le LEEM est d'ores et déjà en train d'engager des mesures lourdes contre ses attaques. »

Fin juin, alors que je n'ai reçu ni mandat d'huissier, ni lettre du LEEM, Jean-Luc Hees m'appelle pour me dire « Je vais prendre un autre chroniqueur l'an prochain. » Alors que je m'appête à lui dire « Pas de problèmes, c'est la loi du genre », il ajoute : « Je ne voulais pas d'un chroniqueur médical. » Je me défends : moins de 30 des 200 chroniques sont proprement médicales. Il élude la discussion et ajoute « Je ne me suis pas ennuyé en vous écoutant » et « Je vous aime bien ». Drôle de manière de congédier un collaborateur. Je prépare tranquillement mes dix dernières chroniques, mais voilà que le 4 juillet, alors que je pense avoir encore une semaine devant moi, on m'intime

l'ordre de cesser d'émettre. Le 7, l'équipe en studio me confirme que je ne parlerai plus. Ils n'ont rien à diffuser à la place. Patrice Drouelle, qui vient d'annoncer qu'un autre chroniqueur est en vacances, ne prononce même pas mon nom en lançant une chanson de Gainsbourg. Le 11 juillet vers 9 heures, Christian Lehmann m'appelle pour m'annoncer qu'à l'heure de ma chronique, France Inter a diffusé un communiqué du LEEM qui, manifestement, est un droit de réponse à ce que j'ai dit dans ma chronique mais qui, curieusement, ne mentionne pas mon nom à l'antenne. L'industrie pharmaceutique, par l'intermédiaire du LEEM, a-t-elle fait pression sur France Inter pour que ma chronique soit supprimée ? La question se pose. Non parce que je suis particulièrement paranoïaque, mais parce qu'il est totalement inhabituel qu'une entreprise se voit attribuer sur une chaîne de radio un droit de réponse à un chroniqueur - c'est à dire à une opinion !

Ensuite, parce que les arguments avancés par le LEEM (dans Libération du 22 juillet 2002) ont de quoi surprendre :

Pour Blandine Fauran, directrice des affaires juridiques du LEEM (...), la chronique de Winckler du 15 mai : « (...) contenait des affirmations attentatoires à l'honneur et à la réputation du LEEM, nous avons donc demandé un droit de réponse qui devait être diffusé dans un espace similaire à celui de la chronique de départ. Ça s'est passé très simplement, car notre droit de réponse n'a pas été contesté. » Un peu trop simplement ? Bien sûr, Blandine Fauran nie toute pression ou tout chantage au retrait de la pub exercé sur France Inter : « Ce n'est clairement pas le cas, nous sommes respectueux de la liberté d'expression, de toute façon quand nous avons décidé de diffuser cette campagne sur France Inter, nous savions que Martin Winckler faisait cette chronique. » Pourquoi attaquer la chronique de Winckler et pas le livre de Pignarre dont il s'est inspiré ? « C'est la liberté d'expression de Philippe Pignarre, son point de vue d'auteur, » répond Blandine Fauran, « et puis les termes utilisés par Winckler étaient à la fois plus forts et plus flous que ceux de Pignarre. »

Autrement dit, quand Pignarre publie un livre sur l'industrie, c'est sa liberté d'expression. Quand Winckler en parle sur les ondes, la même liberté n'existe pas... Ça serait drôle si ça n'était pas sinistre.

Ce que ces braves gens ne disent pas, c'est que la parution de *Mort in vitro* (en janvier 2003 au Fleuve Noir), qui parle d'un médicament dangereux commercialisé deux fois, les avait déjà beaucoup irrités... Alors, imaginer qu'« Odyssée » - diffusée sur la chaîne publique la plus écoutée de France entre deux spots publicitaires maison - soit devenue leur (petite) bête noire, est-ce vraiment de la mégalomanie ? Et penser que Radio-France préfère passer un droit de réponse plutôt que de se retrouver en procès avec un de ses annonceurs, est-ce vraiment paranoïaque ?

Que j'aie ou non été licencié sur demande exprès du LEEM ou après un simple coup de fil « amical », au fond, ça n'a pas grande importance, mais le droit de réponse accordé par France Inter laisse rêveur : on ne peut pas imaginer que ceci n'a rien à voir avec la campagne (payante) de pub de l'industrie, et on est en droit de s'inquiéter pour l'indépendance future des journalistes. La montée au créneau de l'industrie est préoccupante, non seulement par la volonté affichée de se refaire une image dans le public (le site du LEEM l'exprime clairement), mais aussi celle de se poser en « principal acteur (et interlocuteur de choix) » en matière de santé - et d'abord aux yeux des médias.

Quand on m'a confié « Odyssée », je me suis dit qu'à l'ère de l'Internet, c'était l'occasion de faire la chronique de service public dont je rêvais. Les centaines d'auditeurs qui m'ont écrit pendant l'année (j'ai dû recevoir 2 500 à 3 000 messages...) m'ont montré que c'était possible. « Odyssée » n'est plus une émission, mais ce sera un recueil de textes (aux Éditions du Cherche-Midi) et ceux qui les découvriront à cette occasion pourront constater qu'il n'y a pas que le LEEM dans l'univers, et que l'information n'est jamais un discours univoque mais un partage.

1. Les entreprises du médicament anciennement Syndicat national de l'Industrie pharmaceutique (SNIP).

Larzac 2003

Florence Gaudard

Médecin généraliste

Nous étions deux cent mille, trois cent mille (?) à nous tenir chaud au cœur, à dénoncer, échanger, réfléchir, colporter les idées, les perspectives, les projets, à résister à la pensée unique, à imaginer, imaginer... un autre monde.

Nous étions une douzaine du Syndicat de la Médecine Générale plus particulièrement occupés à discuter au stand de Pratiques à l'ombre de la tente, à participer aux Points santé, à intervenir dans le forum sur l'Assurance maladie et la marchandisation de la santé, à animer un débat sur le vécu des soignants....

L'expérience du Larzac n'était pas seulement intellectuelle, elle était aussi physique : plusieurs jours sous la canicule sans pouvoir nous laver ni dormir correctement. Cela aussi nous l'avons partagé.

Mais au delà de tout, le Larzac fut une intense émotion, un enthousiasme, une synergie. Ceux qui l'avaient déjà vécu n'en tiraient aucune amertume, au contraire.

Le Larzac est un éternel recommencement.

Le Larzac est une façon d'ancrer les révoltes et les projets dans cette terre afin qu'ils soient plus forts, plus solidaires.

Il y a avant et il y a après

Jean-Louis Gross

Médecin généraliste

Avant, c'est l'échec du mouvement contre la privatisation rampante des retraites, c'est l'arrogance du pouvoir face aux intermittents.

Après, c'est d'autres mondes possibles à construire : variés, colorés, solidaires, révoltés, respectueux des autres.

Et entre les deux, Le Larzac 2003. Plus de trois cent mille personnes, militants, spectateurs, curieux ou nostalgiques des luttes d'après 68. Beaucoup de jeunes, de très jeunes qui sont là pour dire NON.

Malgré les entraves mises par le pouvoir, refus du site initialement pressenti pour imposer deux lieux de part et d'autre d'une autoroute (au risque de provoquer un accident), autorisation d'un teknival sauvage pour créer un amalgame, absence de réponse de la préfecture à une demande de réquisition supplémentaire d'eau ; les « autorités » ont dû plier car dans la nuit, devant l'affluence, elles ont coupé l'autoroute, démonté les glissières de sécurité, les grillages de l'autoroute et, à quatre heures du matin, 100 à 150 000 militants sont rentrés au village associatif à pied sur l'autoroute.

Des Palestiniens aux Kurdes en passant par les associations militantes, une ville éphémère et bouillonnante. A chaque coin de stand, une interpellation sur un problème de société, une fraternité étrange et inhabituelle. Une forte mobilisation positive des anarchistes, pour une fois plus participative que critique vis-à-vis du

mouvement altermondialiste... Proletaires de tout...

Ce tableau serait incomplet sans parler de la galère. Galère pour tenir le coup sous le soleil. Galère des rendez-vous manqués. Galère de la voiture garée à plus de 8 km en raison des embouteillages. Galère des heures à marcher pour aller d'un lieu à l'autre, etc.

Le débat sur la santé se déroulait sous le chapiteau « Porto Allegre » au centre du village associatif. Le SMG a pu s'exprimer sur ses principaux thèmes aux côtés de Act-Up et de Attac-santé devant 2 à 3000 personnes avec trois heures d'exposé-débat.

A deux heures du matin, après avoir tenu un poste de secours à partir de 21 heures, je suis allé sur la grande scène (à plus de 2 km). En chemin, j'ai croisé une foule compacte qui quittait le concert de Manu Chao, je pensais donc trouver l'esplanade vide. En fait, je suis arrivé à 3 heures du matin dans une foule de plus de 150 000 personnes participant à un meeting improvisé d'un José Bové (aphone) dopé par une foule militante capable en partant de respecter la consigne de chacun participer au nettoyage du lieu. Hallucinant, qui a dit que la foule est bête ?

Chacun de nous n'a vu et participé qu'à une minime partie de ce rassemblement, mais chacun de nous est reparti en mesurant l'ampleur de l'événement historique.

Dates à retenir sur vos agendas :

3 Campagne nationale d'information d'ATTAC contre le démantèlement de l'Assurance maladie, septembre et octobre 2003

Après l'université d'été à Arles, et après la journée de formation le 6 septembre à Paris, l'association ATTAC organise une campagne de défense de l'Assurance maladie, grâce à différents outils :

- intervention et réunion publique dans de nombreux comités locaux ;
- organisation de week-ends de formation pour formateurs (4 et 5 octobre à Rennes, 11 et 12 octobre à Toulouse, 18 et 19 octobre à Paris) animés notamment par un certain nombre d'auteurs de ce numéro ;
- envoi d'un 4 pages « Lignes d'ATTAC ».

Pour connaître les dates et s'inscrire : cl@attac.org

3 Le Forum Social Européen du 13 au 15 novembre à Paris et à Saint-Denis

Le SMG et la revue *Pratiques* seront bien sûr présents dans cette manifestation importante pour que le courant dont nous sommes porteurs ici en France, celui d'une médecine dégagée de toute logique commerciale alliée à une conception de la santé qui s'attaque aux vraies causes des maladies, puisse échanger avec le reste du monde européen : comment résister ensemble à l'emprise de l'industrie pharmaceutique, comment proposer des systèmes de protection sociale ou le soin et la santé soient des missions de service public de qualité et accessible à tous les citoyens du monde... Des questionnements et des réponses à débattre dans le *in* et le *off* du forum.

3 Le congrès du SMG, les 13 et 14 décembre 2003, à Paris, au SNUIPP, 12 rue Cabanis, 75014 Paris

Le métier de Médecin Généraliste, entre plaisir et difficultés, entre cauchemars et rêves.

Réfléchir ensemble, à partir de nos pratiques actuelles, pour penser avec les citoyens usagers et les professionnels du domaine médico-social, les nécessaires transformations du système de santé.

La place du médecin généraliste dans l'organisation des soins : est-il le pivot comme on veut parfois le dire ? Qu'est-ce qui permet, qu'est-ce qui donne la possibilité, le courage, de s'installer comme médecin généraliste ? Et qu'est-ce qui permet de « tenir » ? Qu'est-ce qui nous fait plaisir ?

Les limites, comment prendre la distance nécessaire, comment garder l'énergie ?

Comment s'articulent nos engagements citoyens et notre fonction ?

Quel rôle nous fait-on jouer, et quel rôle acceptons-nous ? Quelle place reste-t-il à la clinique dans le métier ?

Comment fonctionner avec incertitudes, et prendre des décisions ?

Que va devenir ce métier, vers quel mode de rémunération voulons-nous aller ? Quelle place dans le service public ? Et dans la santé publique ?

Comment la profession elle-même peut-elle s'évaluer, pour s'améliorer ? Comment les usagers peuvent-ils l'évaluer ?

Pour échapper au « burn-out », partager ce qui fait la richesse du métier, et imaginer l'avenir, venez à la journée du 13 décembre, de 10 heures à 18 heures, elle sera consacrée aux interventions et aux débats sur ce thème. Le 14 décembre, de 9 heures à midi trente, ce sera l'Assemblée générale du SMG.

Doctor

José Bové,

I presume

Denis Labayle

*Médecin
gastro-entérologue hospitalier*

Il y a vingt ans, qui aurait mis le feu à un dépôt de farines animales aurait fait œuvre de salut public. Et pourtant, loin de le remercier, la société l'aurait immédiatement appréhendé, jugé, incarcéré pour atteinte au bien d'autrui. Les hommes politiques de droite auraient traité cet activiste d'inconséquent, d'archaïque et réclamé l'application pleine et entière de la loi, car « Non de Dieu, on est dans un Etat de droit, oui ou non ? » Les hommes politiques de gauche, conseillés par leurs énarques économistes et leurs scientifiques raisonnables, tout en reconnaissant la réalité éventuelle d'un problème possible, mais pas absolument prouvé, auraient imploré la clémence pour ce sympathique énergumène, « hélas, égaré... » Mais ni les uns ni les autres n'auraient mis en cause les farines animales. Du reste, en leur temps, ils ne l'ont pas fait ou pas assez tôt, et l'on connaît la suite. Le coût de l'imprudence, de la compromission, de la lâcheté fut considérable. La peur du prion impose encore aujourd'hui des mesures drastiques de stérilisation du matériel médical qui coûtent des fortunes. Demandez aux chirurgiens qui font de la coelioscopie ce qu'ils pensent des méthodes obligées de stérilisation qui détruisent leur matériel dix fois plus vite. Les farines animales n'ont pas fini de faire parler d'elles, et pourtant : connaissez-vous les responsables, voire les coupables ? Où sont ces chefs d'entreprises qui ont atteint à la santé d'autrui, où sont passés ces hauts fonctionnaires dont les négligences coûtent nettement plus cher que les Assedic des intermittents du spectacle ? Ont-ils été jugés, sanctionnés, incarcérés, à moins qu'ils n'aient été d'emblée amnistiés ?

Aujourd'hui, je suis incompetent pour savoir si les OGM sont à risque, mais ni les scientifiques ni les agriculteurs ni, a fortiori, les hommes politiques ne peuvent affirmer le contraire. Les erreurs récentes en matière de nutrition devraient nous imposer la prudence. Certes, le prion n'a pas fait les dégâts attendus, mais nous oublions un peu vite la panique d'hier, l'annonce apocalyptique d'une folie généralisée de notre population carnassière. Sommes-nous prêts à prendre un nouveau risque ? Au lieu de

remercier ce militant syndical qui tire la sonnette d'alarme, qui se préoccupe de la santé publique, qui fait en quelque sorte de la médecine préventive, on le condamne, on le séquestre, on tente de le ridiculiser. Rira bien qui rira le dernier. Imaginons que, dans quelques années, on découvre que les OGM ont des effets inattendus, toxiques ? Le condamné d'aujourd'hui deviendra « prophète », mais, entre temps, il aura payé cher sa lucidité.

Dès à présent qui est le plus crédible : ce paysan du Larzac ou le président des Etats-Unis, Georges W. Bush, qui affirmait récemment que les OGM représentaient le meilleur moyen pour lutter contre la faim dans le monde ? Ce texan a déjà trop menti pour qu'on lui fasse confiance. De plus, je doute de ses connaissances diététiques. Qu'attend-t-il pour se préoccuper d'un des maux majeurs de sa société : l'obésité ? Toutes les sociétés savantes médicales le savent, le mode d'alimentation américaine hyper-calorique à base de hamburgers, de frites et de sodas sucrés

est grandement responsable de l'obésité pathologique qui atteint dès à présent 30 % de la population américaine. On a mis des décennies avant de voir les trusts du tabac comparaître devant la justice pour atteinte à la santé et, finalement, être condamnés. Faudra-t-il attendre vingt ans de plus, que l'obésité touche 50 % de la population américaine, pour voir ouvrir le procès des marchands de la mal-bouffe ? Là encore, le paysan du Larzac a une longueur d'avance sur le président des Etats-Unis. On peut regretter que nos responsables scientifiques, nos endocrinologues sérieux n'aient pas jugé bon de défendre le syndicaliste paysan qui eut l'audace de dire tout haut ce que la science pense tout bas. Entre lui et les spécialistes médicaux, qui aura finalement joué un vrai rôle en matière de médecine préventive ?

Du reste, la question se pose : ne faudrait-il pas juger le dénommé José Bové pour exercice illégale de médecine préventive ?

J'en parlerai au conseil de l'Ordre.

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Madame B. entre dans mon bureau, elle est contente d'être là. Elle a attendu un peu, mais elle est satisfaite, elle va pouvoir parler. « Vous n'allez sûrement pas me croire, ça n'arrive qu'à moi des choses pareilles. Damien était en train de mordre Stéphanie, normal jusque là direz-vous, ce sont des relations habituelles entre un frère et une sœur. Mais voilà, ça s'est passé à la récréation devant le maître d'école qui n'a pas supporté. Il a dégrafé sa ceinture et il a battu Damien. J'ai dit « Ah non, pas ça », alors il m'a battue. Stéphanie, en voyant cela, s'est mise à hurler, il a essayé de la faire taire en lui maintenant la bouche fermée. Elle est devenue toute rouge violette, en apnée comme Enzo dans le Grand bleu et elle a failli y passer un peu comme Damien quand il était sur mon caddie à Carrefour et qu'il a avalé d'un coup 8 tubes de Smarties en promo à 1 euro et 2 centimes. »

Cette histoire n'est pas vraie, elle est la caricature de ce qui se vit parfois en consultation et dont les grandes lignes sont les suivantes : la mère (c'est très souvent la mère, car les pères sont le plus souvent absents des consultations pour les enfants) parle d'abondance comme si elle était sur un plateau télé et comme si elle se devait de raconter une histoire vivante surprenante inhabituelle, pour que je ne « zappe » pas.

Elle n'occupe pas la place d'une mère qui s'interroge ou qui s'inquiète à propos de son enfant. Elle ne cherche pas à parler au plus près du réel et à me laisser le temps d'entendre et de répondre dans une relation vraie. Elle est la narratrice d'une séquence d'événements dont elle est le personnage

principal. Événements si importants, si spectaculaires, qu'ils n'ont pas besoin d'être mis en relation avec des éléments plus profonds, plus anciens, plus permanents, plus complexes. Elle est le metteur en scène et elle attend de moi (mais ce pourrait probablement être n'importe qui d'autre), elle attend du spectateur qu'il

la décolonisation de l'enfant

s'extasie, qu'il ponctue avec des oh et des ah.

La question essentielle qu'elle pose est « Vous ne croyez pas qu'avec tout ce que je vis et avec cette façon enlevée que j'ai d'en rendre compte, je pourrais passer chez Mireille Dumas ou chez Jacques Pradel ? Je pourrais être reconnue par les médias. »

Si la morsure de Stéphanie par Damien me conduit à m'interroger sur Stéphanie ou sur Damien ou sur leur relation, ou sur leur mère ou leur père et leur relation, si je m'interroge sur l'école, dans tous ces cas, je casse la dynamique de cette histoire racontée avec excitation.

Dans ces consultations télévisuo-mimétiques, l'enfant n'existe pas. Sa mère prend des éléments de sa vie parfois même inventés ou très amplifiés et reconstruits pour en faire une histoire qui n'est pas l'histoire réelle vécue par l'enfant et ses parents, mais l'histoire telle que sa mère imagine qu'elle intéresserait les auditeurs de Mireille Dumas.

Ces mères qui piquent des éléments de l'histoire de leur enfant pour se les approprier, en les déposant de ce qui leur appartient, me font penser aux pays colonisateurs qui exploitaient le nickel, le cuivre ou la canne à sucre des pays qu'ils dominaient, sans préoccupation pour le développement global et le devenir de ces pays.

La décolonisation de l'enfant passe par une lutte contre l'excitation et contre la bêtise télévisuelle. Elle est donc loin d'être acquise. Le combat sera nécessairement long et difficile pour une victoire qui ne sera pas totale ni spectaculaire.

Résumé : Dans cette chronique, des personnes médecins et non médecins non opposées à l'euthanasie, et confrontées dans la pratique à cette demande, sont invitées à s'exprimer.

De temps en temps, je suis confronté à des demandes de patients : les aider à arrêter la vie lorsque celle-ci n'a plus de sens.

Bertrand Riff

Médecin généraliste

Arrêter une vie quand celle-ci n'a pas de sens, pour moi qui ai pratiqué des IVG durant 15 ans ne me pose pas trop de problème.

Aider quelqu'un à réfléchir sur le sens de sa vie, sur la déprime, la dépression, où le regard lucide sur le réel est une activité de médecine générale.

Avec mes patients, parler de la mort, de la proximité de celle-ci, regarder la faucheuse en face, prendre un peu de sérénité, se préparer pour le grand saut, malheureusement l'accompagnement de nombreux patients sidéens durant les années sombres du Sida m'a donné quelque tranquillité.

Mais si être un passeur de qualité sur le Styx est chose réalisable, accompagner le patient dans son envie d'écouter l'histoire, passer à la concrétisation de cela n'est pas simple.

D'abord parce que la loi vient nous mettre hors champs.

Ensuite, parce qu'il n'y a pas d'échange de pratique, pas d'échange de savoir.

Pas d'écrit, pas d'oral.

Au moment de l'IVG, la pratique illégale était soutenue par des mouvements (mlac, planning). Ici pas d'association derrière, ou si peu, on va un peu seul au charbon. Pas le droit à l'erreur ?

Alors pour celui qui pense qu'il y a légitimité à certaines de ces demandes, qui pense qu'inonder le patient de morphine, façon chrétien-soin-palliatif-jésuite, est une façon malhonnête de botter en touche, comment faire ?

Où trouver l'écrit et l'oral : l'oral est hardi comme dirait le poète. Ne pas s'aventurer seul dans la barque de Morphée.

Encore une fois, comme pour les IVG, je vais devoir aller en Hollande pour apprendre la technique et la rigueur.

Encore une fois, quand je suis perplexe, j'appelle les collègues, leurs expériences, leur technique, leurs savoir-être et faire, le dire non, le dire oui...

Euthanasie : début d'une chronique

A ce point de vue, peut-être provocateur, mais qui témoigne de la position paradoxale du soignant, des réactions, déjà....

Ce texte très court me touche vraiment. Depuis qu' un médecin a osé brancher la dernière perfusion que ma mère réclamait, je pense très souvent à tous ceux qui ne se dérobent pas. J'éprouve toujours une appréhension au regard des lois actuelles sur le fait que des médecins puissent être accusés et condamnés. Pour ma part, j'ai gardé ce secret réclamé par ce médecin vis à vis de tous. L'isolement de cet homme juste m'incite encore aujourd'hui à soutenir tous ceux qui aident jusqu'au bout. Merci.

Françoise Ducos, musicienne

Je ne sais pas si c'est le moment, mais quand la question se pose à nous, c'est le moment que l'on n'a pas choisi, donc c'est pas le moment pour nous, mais sûrement celui du patient. La mort et ses questions sont par définition un moment curieux de l'existence, choqué que je suis encore de la mort de ce footballeur Camerounais en pleine représentation de son art, comme Molière sur les planches.

C'est sûrement notre empathie qui déclenche chez nos patients les questions qu'ils nous livrent, on ne peut échapper à notre façon d'être et, en tout cas, pas à celle d'être à nu avec notre propre mort. Car c'est bien là la question : en nous interrogeant, ils nous proposent de nous faire réfléchir sur notre propre vie et notre propre mort. Quel sens je donne à ma vie pour accepter d'aider quelqu'un à ne plus vivre ? Quel sens je donne à ma mort pour accepter que quelqu'un d'autre vienne me visiter dans mon intimité ? C'est l'humain qui est au plus profond de moi qui est interrogé. Alors, comment je me dépa-

touille avec tout ça ? La loi ne me semble être que le paravent policé, qui nous aide aussi à vivre, de mes questionnements d'Homme et peut-être de médecin, mais sûrement pas un guide dans mes choix personnels de vie et de... mort. L'être humain qui souffre en face de moi a besoin de mes questionnements pour se sentir moins seul, et sûrement pas de mes réponses qui sont de toute façon, en ce qui me concerne, fluctuantes et changeantes. C'est ma vie en mouvement qui me donne des réponses sur la mort. Et ma vie n'est pas toujours la même, tous les matins. **Jean-Daniel Escande, médecin généraliste**

Le débat a-t-il jamais cessé, depuis ce séminaire d'il y a déjà longtemps, où la présentation de l'expérience hollandaise avait dépassé ce que les auditeurs pouvaient entendre, sur ce que les patients nous demandaient. Il étaient alors sidérés, d'avant la trithérapie, condamnés par la science et qui cherchaient à donner du sens à leur mort. Même s'il est probable que la société enlève tout sens à certaines vies et qu'il est fondamental de le dénoncer, il est aussi des vies qui n'ont plus d'autres sens que de finir. Et la société n'y est pour rien. Et la demande des patients est bien là. Pas binaire, pas totale, pas explicite, dans une espèce de glissement linéaire entre se battre jusqu'au bout et arrêter tout pour en finir. Je trouve que repérer ce moment du glissement est déjà un sacré travail clinique ! Si « ce n'est pas notre boulot », c'est celui de qui, de rendre à l'autre cette liberté ultime que nous avons, de facto, le pouvoir de lui donner ? La réponse est forcément individuelle, au même titre que le droit de conscience pour l'IVG. Reste que, comme pour l'IVG, quand l'individu professionnel a décidé de répondre, c'est aussi à la collectivité de lui assurer de la sérénité. **Pascal Charbonnel, médecin généraliste**



Tu as bien raison sur la difficulté clinique à repérer ce moment du « glissement » parce qu'exprimé de cette façon, je pense que ça peut s'appliquer à toute vie. Et sur la « clinique » du glissement, malgré tout, la culture et la société y ont à voir. C'est le fameux tripode décisionnel : la demande et l'intérêt du patient, la société et ses références culturelles et scientifiques, le médecin et sa conscience. Et pourtant mes patients meurent tôt. Et pourtant, je crois que certains meurent d'une vie dont on pourrait dire qu'elle était sans sens. C'était ce mardi matin encore : Il était las, de ses 53 ans, de la mort de sa compagne il y a 6 mois, de sa vie sans autre sens que celui de la rencontre des autres vies sans sens, au café, dans l'alcool. Les kilos qui tombent un peu plus chaque semaine, l'arrêt de la nourriture, les maladies « terminales », les démarches administratives sans fin, sans suite... Je lui ai demandé à la fin de la consultation, après un temps : « Mais en fait, Monsieur C., vous ne voulez plus vivre ? » Il a levé les yeux, interloqué. « Oui, c'est ça », qu'il m'a dit. « J'ai donc bien compris, alors Monsieur C. ? » « Oui, vous avez compris. » « Mais moi, ce n'est pas mon boulot ». « Oui, je sais, docteur ». S'il y a des vies sans sens, je le sais. Ce n'est pas mon boulot de donner du sens à ces vies là, de toute façon je n'en suis pas capable. Par contre, je peux témoigner que le monde où on est fait que des vies humaines sont sans sens. Ça, je trouve que c'est mon boulot, de le témoigner, de le crier, de le hurler, ce scandale-là : la société qui enlève le sens à la vie des hommes et, bizarrement, toujours les mêmes, je ne sais pas si vous avez remarqué. Mais finir le boulot de cette société-là, c'est-à-dire enlever la vie là où la société a déjà enlevé le sens, ça je le dis, ce n'est pas mon boulot.

Alors la morphine et la présence, si c'est chrétien et jésuite tant pis, mais je n'ai pas beaucoup d'autres armes pour dire au monde ma colère et mon refus à propos de ce qu'il fait de ces vies-là. Alors je continue

Philippe Foucras, médecin généraliste

Ce sont des visages et des histoires très individuelles qui s'imposent, avec toute la complexité que vous connaissez : comme celui qui ne voulait plus vivre certes, mais ne voulait pas mourir pour autant. La décision de finir sa vie est sans doute l'acte le plus intime qui soit et les patients ne nous attendent pas pour passer à l'acte à leur façon. La seule vraie question se pose quand, dans de très rares cas, le patient ne peut avoir la possibilité matérielle de le faire et qu'il demande à celui qui « a accès aux produits » de le faire. Pourquoi serait-ce le rôle du médecin et non du proche de confiance, interrompre une vie ne demande pas de science médicale très achevée ? C'est une toute autre affaire lorsque le patient ou la famille voudrait d'une manière ou d'une autre déléguer au médecin la décision ultime. C'est encore une autre affaire lorsque le patient a explicité et écrit son désir d'euthanasie du temps de sa santé et inverse son attitude « au pied du mur », comme je l'ai vécu avec une militante. De ces expériences vécues depuis 25 ans, toujours fortement chargées, je retiens une ou deux certitudes : le désir du patient en proximité de mort, malade ou non, est de ne pas être abandonné à sa solitude. Le patient, comme chacun de nous, est plus que lui-même, il est aussi le tissu de ses relations. Il en découle une question fondamentale, progressivement découverte dans ma fonction de médecin de famille : « de qui suis-je le médecin » car, à l'approche de la mort d'un patient, nous sommes aussi bien souvent celui du proche vivant. Plus mon expérience s'enrichit et moins il m'est aisé de répondre à cette question.

Philippe Binder, médecin généraliste

Résumé : Inventer une maladie, la faire connaître du grand public, créer à son propos un climat de drame, puis un besoin de dépistage, voire une obligation de traitement, c'est une fiction. Et que peut le médecin critique, quels sont ses moyens ? Et ses limites ?

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Supposons qu'un laboratoire veuille promouvoir un vaccin anti-verrues. Il essaiera de convaincre les médecins et la population que les verrues sont très fréquentes et qu'elles sont tenaces et récidivantes. Mais ces arguments ne suffiraient probablement pas à faire émerger une demande massive. Il pourrait alors tenter de démontrer que les verrues sont beaucoup plus graves et ont des conséquences beaucoup plus sérieuses qu'on ne le croit communément. Il pourrait alors dans ce but raconter le cas suivant : Denis avait tout pour réussir dans la vie, après une scolarité exemplaire qui l'a conduit naturellement à Normale Sup, ce qui ne l'avait pas empêché d'être dans le même temps un excellent tennisman et un virtuose du violon. Denis a rencontré Caroline une fille belle, hyperdiplômée et hypersportive. Malheureusement, lorsque quelques jours après leurs fiançailles, Caroline a découvert que Denis avait une verrue plantaire, elle l'a quitté et il s'est suicidé. Françoise, la sœur aînée de Denis, s'est jetée du quatrième étage et elle est paraplégique. Quand Caroline a réalisé l'étendue des dégâts, elle s'est elle aussi défenestré et elle est tétraplégique.

Vaccin anti-verrue

Le laboratoire pourrait ajouter que ce type d'évolution n'est certes pas la règle, mais qu'il doit être pris en considération. Imaginons un médecin un peu critique (nommons le JPL), il dira en substance ceci : « N'exagérons pas, la plupart des verrues partent d'elles-mêmes, elles sont souvent très peu visibles et pas très douloureuses. Et puis a-t-on suffisamment de recul pour affirmer que le vaccin protège bien et qu'il protège longtemps ? Est-on sûr qu'il soit sans danger ? » La réponse du laboratoire ne se fera pas attendre. Il développera une argumentation en 3 points.

Premièrement, vous êtes inhumain. Vous n'êtes pas sensible à la mort de Denis ni au drame que constitue pour une famille le fait de perdre un enfant et de voir quelques jours plus tard sa sœur devenir paraplégique. Et la tétraplégie de Caroline ne vous émeut pas davantage.

Deuxièmement, vous dites que les verrues ne sont pas douloureuses. Nous pourrions vous montrer des dizaines de personnes qui ont boité ou qui boitent encore.

Troisièmement, vous affirmez que les vaccins ne sont pas efficaces et qu'ils sont dangereux. Rappelez-vous les hécatombes liées à la variole avant qu'elle ne soit éradiquée par le vaccin et les milliers de paralysés par la polio. Voulez-vous vraiment revenir à cette période ? Voulez-vous en prime la peste et le choléra ?

Si JPL pouvait répondre (mais nous verrons plus loin pourquoi il ne lui serait pas possible de répondre), il dirait un certain nombre de choses dont celles-ci : se poser des questions sur l'opportunité d'une vaccination ne signifie pas que l'on affirme que cette vaccination n'est pas indiquée - à supposer qu'un médecin considère un vaccin comme inutile ou même éventuellement nocif, cela ne veut pas dire qu'il est hostile à tous les vaccins passés présents et à venir. Et JPL ajouterait que la variole n'a pas été éradiquée par l'utilisation massive du vaccin, mais par une utilisation rationnelle ciblée dans le cadre d'une stratégie de « surveillance-endiguement » parfaite-



ment décrite par Foegel. Mais pourquoi donc JPL ne pourrait-il pas exposer clairement et avec précision les nuances de sa pensée ?

Pour plusieurs raisons. Dans ce cas qui est, rappelons-le, un cas fictif, le laboratoire a d'emblée placé le problème de la vaccination anti-verrues sur le terrain de l'émotionnel et de la confusion. L'émotionnel l'emporte aisément dans un débat sans règles et sans structures (et il n'y a pas de règles et de structures dans la mesure où les pouvoirs publics dont ce devrait être le rôle d'organiser la réflexion sont absents du débat). JPL est un médecin isolé. Il peut consacrer quelques heures à ce qu'il estime être son devoir de citoyen, il peut lire quelques articles, en photocopier quelques-uns, il peut aussi obtenir que quelques collègues l'aident à progresser dans sa connaissance et dans ses réflexions. Mais, alors que les laboratoires ont des moyens considérables et des intérêts encore plus considérables, JPL n'a pas un intérêt vital à ce que le vaccin ne soit pas largement diffusé et il a très peu de moyens. De nombreuses revues médicales, soit par choix mercantile, soit beaucoup plus souvent par choix idéologique, sont persuadées que le domaine des vaccinations est celui de la lutte du bien (les vaccinations) contre le mal incluant pêle-mêle ceux qui s'opposent à tout, ceux qui s'interrogent sur quoi que ce soit. Mais la raison principale de l'impossibilité du débat est liée à un autre élément : le docteur JPL a beau vouloir s'installer dans la posture de l'individu rationnel honnête capable

de nuance et de mesure, il est au même titre que tout le monde passionné par la question des vaccinations. Lorsque nous l'avons interrogé sur ce point, JPL a répondu « Je préférerais m'exprimer oralement et dans le cadre d'un échange amical, mais je peux suggérer quelques pistes à la réflexion :

- La vaccination est un sujet qui a toujours suscité les passions, et les échanges entre Pasteur et ses détracteurs étaient déjà d'une très grande violence.

- Je suis né quelques décennies après Pasteur et le climat de bêtise de violence et d'intolérance qui caractérisait les échanges à son époque ne s'était guère amélioré et ne s'est pas non plus atténué depuis.

- C'est dans ce contexte que moi, JPL, j'ai été vacciné et c'est dans un climat analogue que j'ai été amené à choisir pour mes enfants soit de les vacciner soit de refuser tel ou tel vaccin ou tous les vaccins. Parler des vaccins, c'est ainsi parler de ce que mes parents ont fait pour moi ; c'est aussi parler de ce que j'ai été moi-même, en tant que parent, conduit à faire pour mes enfants. Ma relation à mes parents et ma relation à mes enfants ne se sont pas déroulées dans le cadre d'une réflexion méthodique et sereine, elle a été et elle est toujours très violemment passionnée. La question des vaccinations qui a eu à voir avec ces relations passionnées vers l'amont (mes parents) et vers l'aval (mes enfants) est nécessairement marquée par ces passions. »

Résumé : Héberger pour soigner ou soigner d'abord ? De tous temps, le souci du pouvoir politique de surveiller et contraindre est parallèle à la difficulté économique que représente le logement des exclus. La progression des droits à un logement décent témoigne de la prise de conscience de l'importance du logement dans la construction du sujet. Pourtant, le mal logement ne recule pas.

Isabelle Nony

Historienne

L'hébergement des exclus

En matière d'hébergement, nous sommes face à un dilemme qui ressemble à l'œuf de Colomb : faut-il avoir un toit pour commencer à se soigner ou se soigner pour accéder à un toit ? L'association de difficultés n'est pas rare et elle enferme d'autant plus la personne. L'intervention sociale, ici comme dans d'autres domaines, doit se fixer comme objectif de permettre aux personnes de sortir du cercle vicieux où elles se trouvent enfermées.

On peut saisir la question de l'hébergement comme l'intersection de trois grands axes : l'axe politique, et la volonté du contrôle des espaces et des gens ; le plan économique, où la problématique de l'hébergement s'articule avec

la question du logement à bon marché ; le plan social, enfin, où les impératifs de la démocratie providence ont fait progresser le droit des personnes à un hébergement décent. Cela correspond aussi à la prise de conscience de ce que le logement est une des dimensions de la construction du sujet.

Ces trois axes ne seront clairs que si on effectue un détour par l'histoire. Non pas

l'histoire pour hier, dans une perspective académique, mais l'histoire pour aujourd'hui, celle qui permet de comprendre quelles sont les fondations des institutions dans lesquelles nous intervenons.

Axe politique : contrôler les espaces et les gens

Il y a, depuis l'origine de l'hébergement, une tension entre deux missions : protéger et contrôler, ou, pour parler autrement, surveiller et punir ⁽¹⁾. Il faut remonter au XVII^e siècle pour voir les Etats modernes en construction partout en Europe qui, pour asseoir leur autorité sur le territoire, l'espace public et les sujets, se mettent à contrôler les flux de populations chassées des campagnes par les réformes agraires et les évolutions techniques. La première mesure est d'interdire la mendicité puis, très vite, d'enfermer l'ensemble des personnes qui ne peuvent justifier ni d'une source de revenu ni d'une paroisse d'appartenance. Se constitue alors l'Hôpital Général où on va, au cours du Grand Renfermement de 1657, décrit par M. Foucault ⁽²⁾, accueillir et enfermer les enfants trouvés et les pauvres invalides, les fous, les vagabonds, les prostituées

et les voleurs. La Salpêtrière, par exemple, abrite jusqu'à huit mille femmes pauvres qui ne pouvaient sortir que si elles trouvaient un employeur. Ainsi les lieux d'hébergement, les lieux de soins et la prison, mais aussi la caserne, le lycée et l'usine ont la même origine et se voient fixer la même mission. Il s'agira, en effet, à la fois, d'éduquer les corps et de redresser les âmes, et particulièrement celles des prisonniers. Des institutions similaires voient alors le jour en Allemagne, aux Pays-Bas, en Angleterre...

La croissance démographique citadine a inquiété de tout temps l'administration, et dès cette époque, outre l'enfermement des plus pauvres, on contrôle tous les lieux de logements provisoires : auberges, hôtels, maisons et garnis. Un cadre réglementaire est mis en place qui perdure longtemps, témoin de la volonté centralisatrice de l'Etat malgré les résistances des populations. Une des dimensions du contrôle est représentée par la dimension sanitaire, et ce à partir du XIX^e siècle et sous l'impulsion de ceux qu'on a appelés les hygiénistes. A partir de 1850, où la loi permet l'intervention dans des propriétés privées, on veille à la salubrité des maisons et au respect des prescriptions concernant l'eau potable et l'évacuation des eaux usées. A ce moment là, l'ennemi est l'épidémie, de choléra par exemple ⁽³⁾.

Le contrôle des grandes institutions nées de ce « Renfermement » va se poursuivre pendant trois siècles. En effet, il faudra attendre les années soixante pour que le pouvoir de ces institutions soit remis en cause, nous sommes alors dans une période de paix et de prospérité et certains appellent alors à la chute des murs, à l'ouverture, à l'assouplissement des règlements. Mais cette ouverture des institutions correspond aussi à un certain abandon des populations. Les horaires variables annoncent la flexibilité et les temps partiels, l'ouverture des hôpitaux psychiatriques renvoie à la rue ou à la prison un certain nombre de personnes dont personne ne souhaite se charger. On voit le balancier osciller et il semble que celui des institutions ne puisse pas associer liberté et

protection. Aujourd'hui, les CHRS ⁽⁴⁾ n'ont pas seulement pour mission d'héberger, ils se doivent de réinsérer. La réinsertion, figure laïque de la rédemption, est assez visible dans les règlements intérieurs : il s'agit, pour les usagers, de donner des gages de leur bonne foi pour pouvoir échapper à la rue : s'abstenir de boire, ne recevoir personne dans leurs chambres et passer la journée à chercher du travail. Car la séparation dont parle Robert Castel ⁽⁵⁾ reste valable : d'un côté, les pauvres invalides ont droit à un secours ; de l'autre, les pauvres valides doivent faire la preuve de leur volonté de s'insérer. En témoigne le I de RMI. Et pourtant, à chaque fois que la croissance économique ne peut pas occuper tous les bras, on retrouve les mêmes catégories de réprouvés à la rue, et cette rue doit cependant être libre de toute présence suspecte.

Plan économique : hébergement et pénurie de logements

La pénurie de logements : une question séculaire ⁽⁶⁾

Depuis le XIX^e siècle, la question du logement est plus cruciale que celle du travail dans les grandes agglomérations. On trouve toujours un travail quand on « monte » à Paris, un logement, c'est plus délicat. D'où les systèmes qui s'élaborent dès cette époque : hébergement chez autrui, hôtel et location meublée. A ce moment là, l'hébergement, chez un parent, ou un « pays », chez un employeur ou un hôtelier, oscille entre spéculation et entraide, entre solidarité et exploitation. La majorité des familles ouvrières vivent alors dans une seule pièce sans eau, parfois sans fenêtre, souvent sans cheminée. Il y a eu des initiatives privées pour améliorer les conditions de logement des ouvriers, car certains patrons voient d'un assez bon œil le regroupement des ouvriers à proximité de leurs entreprises et la moralisation des familles ouvrières. Si ces logements patronaux sont rares, ils permettent cependant de montrer l'importance du rôle de l'habitat comme facteur de progrès et d'intégra-

tion sociale, et de faire progresser l'idée d'une nécessaire intervention de la puissance publique. Mais la majorité des ouvriers sont logés dans des immeubles de rapports construits à la va-vite. Cette situation s'aggraverait quand débiteront les grands travaux de rénovation urbaine qui ont tracé la physionomie des villes d'aujourd'hui. L'histoire du logement ouvrier est l'histoire d'un déplacement permanent de population du centre vers la périphérie. Haussmann (1860), la fin des fortifications (1920), la résorption des bidonvilles (1970), la rénovation urbaine de l'Est parisien (1980), à chaque fois, on va plus loin et le temps de transport s'allonge.

Avant la première guerre mondiale, en l'absence d'inflation, les immeubles de logements ouvriers rapportaient suffisamment à leur propriétaire. Mais la guerre entraîne l'inflation et le gouvernement bloque les loyers des soldats mobilisés. Ce qui entraîne un désinvestissement du logement locatif, qui n'est plus rentable, résultat : on

construit en banlieue, là où le terrain est moins cher. Cependant, le logement n'est pas une priorité et il n'y a guère que quelques assistantes sociales qui s'émeuvent des conditions de vie des prolétaires.

Dans l'entre-deux-guerres, on assiste donc au développement d'opérations privées de lotissement sur des terrains non viabilisés. On évalue à 200 000 le nombre de pavillons construits à cette époque (1919-1939), le plus souvent en auto-construction. Ce sont des habitations de deux ou trois pièces, surpeuplées et inconfortables. Elles abritaient 700 000 personnes qui se considéraient comme des mal-lotés. L'aménagement de la région parisienne devient urgente après-guerre, car la croissance démographique se confirme. En 1926, un parisien sur quatre vit dans une demi-pièce et un dixième des logements est un garni. Ce qui confirme que l'offre d'hébergement n'a pas d'existence séparée de l'ensemble des logements ordinaires. C'est dans ce contexte que



les Habitations à Bon Marché voient le jour à Paris, elles matérialisent l'idéal de l'époque : modernité et hygiène, briques et espaces verts et représentent la première initiative publique d'envergure.

Les Trente Glorieuses ne le sont guère au regard du logement. L'agglomération doit absorber une forte croissance urbaine faite d'exode rural et d'immigration, dans un pays détruit par la guerre. Alors se multiplient les bidonvilles qui accueillent en majorité des immigrés. Les habitants des bidonvilles se sentent autant chez eux que ceux qui occupent les meublés et les garnis, même si les bidonvilles sont insalubres et dangereux pour la santé. Le bidonville est souvent la seule alternative au foyer. Il faut attendre 1964 pour que la construction de grands ensembles soit une véritable alternative à l'habitat précaire.

C'est de cette époque que datent les foyers qui inaugurent l'hébergement catégoriel, en particulier des immigrés, car les autorités ont tout fait pour que les Nord-Africains ne travaillent ni n'habitent dans les mêmes conditions que leurs homologues français. Les foyers ont été construits sur des sites déclassés, mal desservis, avec des matériaux de mauvaise qualité. On relève, dès cette époque, une contradiction entre les politiques qui veulent faire venir des familles jeunes et les agents économiques qui préfèrent les célibataires dans un contexte de pénurie de logement. Le résident n'a pas le sentiment d'être chez lui, car les règlements intérieurs sont pleins de restrictions des libertés. Ce qu'il y a de particulier, dans un foyer, c'est que le « chez soi » est partagé avec d'autres puisque les chambres sont souvent collectives. Les HLM seront longues à sortir de terre. Il faudra en particulier réussir une modification des lois foncières pour implanter les premières ZUP sur d'anciennes terres agricoles. Mais année après année, depuis 1950, on déplore le déficit de construction. Même quand, à la fin des années soixante, on fait de l'éradication des logements insalubres, une priorité gouvernementale, le rythme de la construction reste inférieur aux

besoins. Les erreurs seront nombreuses, en particulier dans la concentration de grandes unités de logements autour de ce qui était un village, et dans la localisation sur des territoires excentrés, qui sont aujourd'hui exposés à des taux de vacance important. Surtout, le projet des HLM était de fournir un logement confortable à de jeunes ménages qui plus tard accèderaient à la propriété individuelle. Ce rêve entretenant le mythe de la mixité sociale est terminé aujourd'hui ⁽⁷⁾.

Le mal logement aujourd'hui

Aujourd'hui, nous sommes dans une nouvelle crise du logement par pénurie ou inadaptation de l'offre. Cette crise laisse nombre d'individus et de familles en marge du logement ordinaire, tandis que le taux de vacance dans le privé augmente dans la capitale.

Nous sommes dans une situation paradoxale : alors que les conditions de logement s'améliorent en moyenne en France, le mal logement persiste et il est en augmentation. Le logement a beau être reconnu comme un droit, la part qu'il représente dans le PIB diminue, alors que les coûts à la construction augmentent. Pendant tout ce temps, le nombre de logements nécessaires augmente plus vite que la population, car les ménages comportent de moins en moins de personnes. Le déficit en logements sociaux, surtout en région parisienne, touche particulièrement : les jeunes qui ont des difficultés à accéder au marché de l'emploi (30 % des RMI ont entre 25 et 30 ans), ils sont de plus en plus nombreux à figurer parmi les sans logis et les errants. Il touche également les demandeurs d'asile, les itinérants, qui s'ajoutent aux gens du voyage, les familles étrangères qui sont victimes de discrimination, y compris de la part des bailleurs publics. Le lien entre précarité et absence de logement est avéré, même si la difficulté d'accès au logement n'est pas exclusivement imputable aux faibles revenus. Les mal logés sont, plus que les autres, victimes du chômage, des emplois précaires, dangereux, pénibles et mal payés. Dans ce contexte, « l'hé-

bergement joue un rôle d'ajustement entre l'offre et la demande ». Et l'hébergement en CHRS n'est qu'une des pièces du dispositif de ce que j'appellerai le logement précaire, de même qu'il y a de nombreuses formes de travail précaire. L'Etat se fait hébergeant et contribue à l'extension d'un secteur de logements provisoires.

Mais il n'est pas le seul, il y a en outre, du côté public, tous les types de logements en foyer, en résidences sociales... Du côté privé, les hôtels meublés, les sous-locations... La catégorie « hôtel meublé » semble aussi flottante que la définition de sa population, même s'ils sont en voie de disparition. Les hôtels meublés accueillent dans les années 50 les ouvriers pauvres qui ne pouvaient accéder à un logement. Aujourd'hui, il s'agit d'hommes seuls, au chômage, de moins de 60 ans et d'origine française. Certains hôtels pratiquent occasionnellement la location meublée pour certaines personnes en difficulté sociale ou mentale et prises en charge par des institutions. Certains locataires sont issus du logement social dont ils ont été expulsés. L'hôtel meublé n'est pas considéré comme un domicile, qu'on interroge les hôteliers ou les pouvoirs publics. Un règlement existe le plus souvent. Il interdit les visites et oblige à rentrer avant 22 heures. Le gérant se réserve le droit d'entrer quand il veut dans les chambres qui sont mal isolées du froid et jamais du bruit. Il n'y a pas de « chez soi » puisqu'il faut sortir de la chambre pour utiliser la douche ou la cuisine. L'impossibilité de stocker impose des courses quotidiennes. Par ailleurs, 2 800 000 personnes sont hébergées en famille ou chez des amis. En période de pénurie de logements et de crise économique, les jeunes reculent le départ de chez leurs parents, d'autres y reviennent pour des raisons liées à l'emploi ou aux séparations conjugales. Parmi les sans domicile, on estime à la moitié ceux qui n'ont jamais été locataires en titre. L'hébergement d'urgence est un sas qui menace sans cesse d'exploser. 1,5 millions de personnes occupent des logements insalubres, trop petits ou hors norme. Plus précaire encore, juste avant la

rue, il y a ce que l'INSEE appelle les logements de fortune : cabanes bricolées sous une autoroute, logement à l'année dans une caravane, vestiges de bidonvilles, occupations de friche industrielle et toute forme de squat : 98 000 sans abri, 45 000 abris de fortune, 147 000 en habitations mobiles.

Impératifs de la démocratie providence et droit à l'hébergement

La problématique du logement peut se lire comme celle du travail. De même qu'il y a de nombreuses places à occuper entre le chômage total versant RMI et le CDI temps plein ou le statut de fonctionnaire, il y a de nombreuses positions possibles entre logement et privation de domicile. Toutes les catégories évoquées plus haut illustrent cette situation. Et, comme pour certains, l'emploi non précaire reste un rêve, les trajectoires résidentielles s'allongent entre départ du logement parental et accès à un logement durable. Dans le domaine du logement, comme dans celui de l'emploi, l'Etat laisse la meilleure part à l'initiative individuelle, à l'économie de marché, tout en réparant ses effets les plus désastreux. On est donc dans un moment schizophrène où la pénurie de logements s'accompagne d'une multiplication des dispositifs en faveur du logement depuis le milieu des années soixante-dix. Ainsi, il y a une progression des dépenses publiques en faveur du logement depuis 1997 : 83 milliards de francs d'aides à la personne en 1999 contre 55 milliards en 1991. Mais les aides personnelles au logement ne compensent pas les augmentations de loyer qui s'étaient ralenties sur 1993-97, mais qui ont repris depuis 1998. Les aides à la personne en matière de logement se sont diversifiées et concernent de plus en plus de ménages ; de même, la loi « Besson » de 1990 ou le volet logement de la loi contre les exclusions de 1998 représentent des avancées significatives en matière de droit au logement des personnes défavorisées, mais le mal logement ne recule pas, pourtant ⁽⁹⁾. Il faut dire que les acteurs, locale-

ment, traînent souvent les pieds, comme le signalent les rapports du Haut Comité pour le Logement des Défavorisés ⁽¹⁰⁾. Pour accéder à un logement, il faut de plus en plus faire montre de sa solvabilité et de sa capacité à s'insérer par le logement. Les exigences s'élèvent du côté du marché privé, malgré les tarifs qui augmentent, mais aussi du côté du logement social où on assiste à la contradiction suivante : pour accéder à un logement social, les garanties demandées augmentent et la population titulaire d'un logement social se précarise.

La place du logement dans la construction de chacun

Pour terminer, je voudrais citer Gaston Bachelard : « La maison est notre coin du monde. Elle est un refuge qui nous assure une première valeur de l'être : l'immobilité. La conscience d'être en paix dans son coin propage, si l'on ose dire, une immobilité. L'immobilité rayonne. »⁽¹¹⁾

Cette citation nous montre à quel point le logement est constitutif de la construction de notre identité. Le logement, comme le précise Jean François Laé ⁽¹¹⁾, doit fournir plusieurs cercles de protection. Tout d'abord l'intégrité physique et morale, puis la sphère domestique qui comprend le travail effectué à la maison. C'est ce qui rend les femmes plus fortes que les hommes. La troisième protection est celle de la vie privée, des secrets de famille, de l'intime. Ces cercles sont liés entre eux, c'est pour cela que l'absence de logement a des conséquences multiples sur la cellule

familiale. Quand l'homme perd son travail, il se retrouve dans la sphère domestique, qui est la sphère féminine, d'où l'aggravation de sa situation. C'est l'existence de ces trois cercles qui permet l'accès aux cercles plus vastes, ceux du voisinage, du local, du politique. Ce sont souvent ces cercles de protection qui font défaut aux personnes hébergées dont l'intimité n'est pas toujours protégée alors qu'elles doivent en permanence faire la preuve de leur capacité à s'amender. Il est de la responsabilité des institutions de garantir au maximum les conditions même de cette (ré)insertion.

1. Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975.

2. Voir également Bronislav Geremek, *La potence et la pitié*, Gallimard, 1987.

3. En 1832, la dernière grande épidémie de choléra avait fait près de 20 000 morts à Paris.

4. Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale hébergent, pour au moins six mois, des personnes en difficulté (sortants de prison, femmes victimes de violence conjugale, sans abris...) et réalisent un accompagnement social.

5. Robert Castel, *La métamorphose de la question sociale*, Fayard, 1995.

6. Pour une perspective historique, cf. Jean Paul Flamand, *Loger le peuple*, La découverte, 1989, 2000. 7. Sur la genèse des HLM, on lira en particulier Christian Bachmann, *Violences urbaines*, 1989.

Claire Lévy Vroelant, *Logements de passage*, Harmattan, 2001.

9. On lira à ce propos les rapports que la Fondation Abbé Pierre publie tous les ans à la fin de la trêve hivernale.

10. Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*, PUF, 1972, p.24.

11. Jean François Laé, *La fonction de l'intimité dans le logement*, in C. Lévy-Vroelant, *Logements de passage*, op. cit.

Philippe Foucras

Médecin généraliste

Fernande

Fernande, célibataire de 83 ans, maléficiait de veinotoniques depuis plusieurs années pour son insuffisance cardiaque, de par son médecin maltraitant. Depuis, avec un autre traitement, les œdèmes ont fondu, il ne lui reste que ses 42 kilogrammes de peau et d'os, et sa solitude rompue quelques fois par semaine par cette secrétaire médicale qui vient la visiter et par ce médecin qu'elle lui a envoyé et qui, pour la deuxième fois, en un mois, la fait pleurer. La première fois parce qu'elle ne s'était pas levée au petit matin pour ouvrir au piqueur du labo pour sa prise de sang et que ça m'avait énervé. Un jour

comme un autre, sans doute, de ceux où on en a marre. Marre que les choses ne fonctionnent jamais comme c'est prévu. C'est la loi des malheureux. Si ça marchait, ils en seraient pas là. C'est Fernande qui avait pris ce jour-là. Tant pis pour elle. Tant pis pour moi. « J'avais pas pleuré comme ça depuis des années, docteur, vous êtes dur. » Mais la relation continuait. Elle avait pas le choix Fernande. C'est comme

ça quand on est seul. Quand on est vieux. Quand on est « de petites gens, que face aux gens d'en haut on a de la misère à se faire valoir », qu'elle m'expliquait Fernande.

Ce jour-là, je l'avais joué d'en haut avec Fernande. Aujourd'hui, Fernande qui prépare chaque veille de mes visites la chaise pour la mettre dans la cuisine, « Faites excuse docteur, je sais que ça se fait pas de recevoir un docteur dans la cuisine, mais c'est pour que vous ayez plus de lumière. Vous m'en voulez pas, docteur ? » Aujourd'hui, Fernande, elle se sent faible.

« Pourtant je me sentais si bien il y a trois jours. J'ai vu le défilé pour le 14 juillet. Mais là, je me sens faible. Faites excuse docteur. » Les papiers sont là, étalés sur la table de la cuisine. Il y a la pile des prises de sang. Il y a le papier des médicaments, où sont écrits de cette écriture de vieux, tremblotante et puérile, les médicaments qui restent. Triatec®, reste 26. Kardégic®, reste 14, Lasilix®, reste 35, « là j'en ai assez docteur », Aldactone®...

Et puis il y a le papier où il est écrit quand vous repassez docteur. Le titre : docteur Foucras, et alignées en dessous les dates... Le 22 août, « vous revenez docteur ? Faites excuse, docteur, mais je sais pas si je serai encore là. » Je l'ai regardée, Fernande, dans les yeux. Et j'ai eu ce sentiment que là aussi, elle savait ce qu'elle disait Fernande. On lui fait plus le coup de la vie à apprendre.

Et puis ses larmes ont coulé. D'abord le visage est devenu rouge, ça se voit facilement parce qu'habituellement, elle est pâle, Fernande. En plus, elle a les mains bleues. Alors quand son visage devient rouge, ça se voit vite. Pas besoin d'être un grand docteur. Fernande va pleurer. Je l'avais déjà expérimenté il y a un mois. Et puis les yeux se sont mouillés, et puis les larmes ont coulé, d'abord à droite, la première, puis à gauche, l'autre. Vous m'émouvez. J'allais pas me mettre à chialer non plus, moi le docteur d'en haut. Mais je lui ai dit quand même : « vous m'émouvez Madame L. (elle s'appelle Fernande L.) Je vous



enverrai une carte postale Madame L. » « Faut pas vous donner cette peine docteur, il vous faut penser à autre chose durant vos vacances. » Est-ce qu'il y a des études qui ont montré l'influence de la carte postale sur la survie des Fernande ? Je sais pas. Je crois pas non plus. Mais je suis prêt à mettre en place le protocole. Faut être là le mois prochain Madame L. Parce que ce qui me ferait le plus chialer c'est que je sois pas là pour votre enterrement, Madame L. ça je lui ai pas dit, je l'ai pensé seulement. « J'ai jamais parlé comme ça à un docteur, faites excuse docteur, mais c'est un peu comme un confident, vous voyez. Et soyez prudent. Et passez les bonnes vacances à Madame, même si je la connais pas, et à vos enfants. »

C'est pas souvent que je les embrasse mes malades avant de partir en vacances, c'est même jamais. Mais là, y avait obligation, vous comprenez ?

Nous avons lu pour vous

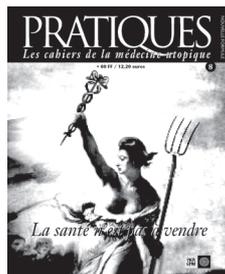
Majid Rahnema, *Quand la misère chasse la pauvreté*, Actes Sud/Fayard, 2003

« La propagation généralisée de la misère et de l'indigence est un scandale social évidemment inadmissible, surtout dans les sociétés parfaitement à même de l'éviter (...) Mais ce n'est pas en augmentant la puissance de la machine à créer des biens et des produits matériels que ce scandale prendra fin, car la machine mise en action à cet effet est la même qui fabrique systématiquement de la misère. Il s'agit de chercher à comprendre les raisons multiples et profonde du scandale. » Si l'économie n'est pas absente du propos de Majid Rahnema, le voyage en pauvreté qu'il nous invite à faire est aussi philosophique, historique, sociologique et poétique. Voyage singulier s'il en est au terme duquel, avec la délicatesse d'un conteur oriental, il nous aura mené où il veut : mesurer, d'une part, la violence et la vanité d'une construction sociale dont la « rationalité » fait basculer le pauvre dans la misère et éprouver, d'autre part, la valeur de la pauvreté. Car, pour lui, la réinvention de la pauvreté choisie — entendue comme la recherche d'une mode de vie basé sur la simplicité et la solidarité — est désormais devenue « la condition sine qua non de toute lutte sérieuse contre les nouvelles formes de production de la misère ».

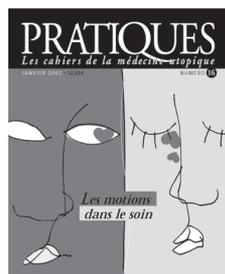
Sylvie Lagabriele



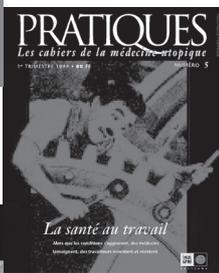
n° 1 : La société du gène



n° 8 : La santé n'est pas à vendre



n° 16 : Les émotions dans le soin (retirage du dossier)



n° 5 : La santé au travail



n° 12 : L'information et le patient



n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire



n° 2 : La souffrance psychique



n° 9 : L'hôpital en crise



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 6 : Sexe et médecine



n° 13 : La médecine et l'argent



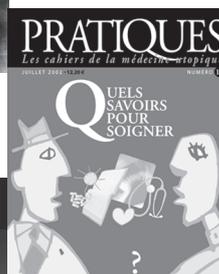
n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres



n° 3 : Penser la violence



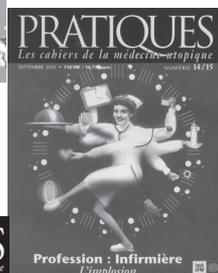
n° 10 : Folle psychiatrie



n° 18 : Quels savoirs pour soigner ?



n° 7 : La responsabilité du médecin



n° 14-15 : Profession : infirmière



n° 22 : La santé, un enjeu public



n° 4 : Santé et environnement



n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



n° 19 : La vieillesse, une maladie ?

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire

- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

prochain numéro : n° 24 : Le métier de médecin généraliste

A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

Pratiques a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

Pratiques, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an | 42,70 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans | 76,20 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins de trois ans et demandeur d'emploi) | 30,50 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement à durée libre par prélèvements automatiques (joindre RIB + autorisation de prélèvement) | 10,50 euros/ trimestre |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :
– nombre d'exemplaires :
– intitulé du numéro : | 13,70 euros/n° |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro double 14/15 (16,80 € + 1,50 €) | 18,30 euros |

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

fax _____

e-mail _____

profession _____

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 23

Les cahiers de la médecine utopique
Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com ;
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Patrice Muller

Rédactrice en chef : Martine Devries

Secrétaire de rédaction : Marie-Odile Herter

Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

Responsable de diffusion : Dominique Tavé

Comité de rédaction : Geneviève Barbier ; Christian

Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Martine Devries ;

Françoise Ducos ; Monique Fontaine ; Hélène

Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ;

Sylvie Lagabrielle ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth
Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Anne-Marie
Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne Perraut-Soliveres ;
Martine Toulet.

Correspondants : Laurent Dianoux ; Denis Labayle ;
Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Monique
Sicard ; Christiane Vollaire.

Dessins : Serdu / Serge Duhayon

Couverture et illustration page 4 : Eloi Valat.

Imprimerie : J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion,
92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41
e-mail : j.imprime@wanadoo.fr

Dépôt légal : 3^e trimestre 2003
commission paritaire n° 67150A5
ISSN 1161-3726

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, résumés et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique