



INVITATION

à l'Atelier 100 % Sécurité Sociale, branche maladie

le lundi **4 septembre 2017** de 9H30 à 16h30,
Bourse du Travail de Paris, 3 rue du Château d'Eau 75010 Paris, M° République

Madame, Monsieur,

Cher-e-s ami-e-s,

Le 21 juin 2017 nous avons organisé une première réunion sur l'objectif du 100 % Sécu, branche maladie concernant le champ de la couverture de la Sécu et la gestion des soins que nous souhaitons. Vous en trouverez ci-dessous le compte-rendu (merci à Nicolas Da Silva et Hélène Derrien pour ce travail précis et rapide), vos remarques en retour de ce courriel seront les bienvenues.

Fort du succès de cette première réunion de travail qui a vu se dessiner de réelles convergences d'analyses et d'objectifs, les participants ont validé une deuxième réunion concernant le financement et la gestion de la Sécurité sociale est prévue le :

lundi **4 septembre 2017** de 9H30 à 16h30,
Bourse du Travail de Paris, 3 rue du Château d'Eau 75010 Paris,
M° République

Comme nous vous l'avons indiqué lors de l'invitaitaion à notre première réunion de travail, notre objectif principal est d'aider à créer les conditions pour agir collectivement pour la reconquête d'une Sécurité sociale à la hauteur des enjeux du 21^{ème} siècle.

Conformémément à notre plan de travail il convient donc que cette deuxième séance soit axée sur le financement de la Sécurité sociale et sa gestion. Une troisième réunion sera certainement nécessaire pour effectuer la synthèse de nos travaux et explorer ensemble les modalités d'actions à mettre en place.

Bien évidemment, comme lors de notre précédente réunion, chacune des organisations ou personnalités invitées aura la possibilité de s'exprimer avec l'objectif de faire ressortir les convergences et divergences, les points importants qu'elles souhaitent mettre en avant dans ce cadre.

Alors que s'annonce une période très difficile pour les services publics et la protection sociale de notre pays, il est grand temps de construire du commun.

Comptant sur une réponse rapide de votre part pour une bonne organisation de cette journée,

Très Cordialement,

Pour le CA de la Convergence,

Michel Jallamion, Président.

ConvergenceServicesPublics@gmail.com

07 81 58 32 16

Compte rendu de la réunion 100% sécu du 21 juin 2017

1°) LE CHAMP : Qui est couvert, qu'est-ce qui est couvert ?

La définition ici retenue du 100% sécu est restrictive. Il s'agit de désigner la branche maladie de la sécurité sociale. Cette amputation n'a rien de définitif (au contraire !) et s'explique par des raisons méthodologiques (il est plus facile de travailler et de se mettre d'accord sur un objet restreint). L'hypothèse implicite est que ce travail pourra peut-être servir de base aux différentes branches de la sécurité sociale (et potentiellement à d'autres secteurs d'activité).

La synthèse s'articule en cinq points. D'abord, pour clarifier l'objet, les trois axes du 100% sécu sont définis. Ensuite, on montre que plutôt que de définir le contenu concret du 100%, il faut s'intéresser aux procédures (démocratiques) permettant de définir ce qui est ou non à prendre en charge par la collectivité. Dans le troisième point, on insiste sur un argument décisif : la sécurité est un producteur de soins (plus efficace que le privé) et à ce titre elle est légitime pour financer et organiser selon ses propres principes la production de soins. Dès lors, il se pose la question des rapports de forces pour rendre possible le 100% sécu (4.). Le dernier point s'interroge sur la qualité de nos mots d'ordre, étant donné qu'ils ont tendance à être systématiquement repris et décrédibilisés par l'adversaire.

Les trois axes du 100 % sécu

Le slogan « 100% sécu » est particulièrement accrocheur mais il doit être bien défini sous peine de cacher de sombres projets. Dans le cas de la santé, on parle de 100 % de remboursement mais de quoi précisément ? Trois axes sont à distinguer :

(a) Taille de la population couverte : pour les soins validés (cf. *infra*), est-ce que toute la population est couverte ou seulement une partie ? On peut par exemple choisir de cibler une population plus qu'une autre, comme les plus malades (ALD), les plus démunis (CMU-C / PUMA), certains étrangers en situation irrégulière (AME), etc.

⇒ Pour toutes les organisations, il va de soi que le 100 % concerne toute la population.

(b) Taux de prise en charge : pour les soins validés (cf. *infra*), quelle part du coût rembourse-t-on ? Par exemple, aujourd'hui la sécurité sociale rembourse 70% du tarif de la consultation en médecine libérale.

⇒ Pour toutes les organisations, il va de soi que si un soin est considéré pertinent, il doit être remboursé à 100% (0% pour les soins non validés).

(c) Panier de soins¹ : quelle étendue de biens et services (curatifs et préventifs) choisit-on de valider pour une prise en charge collective ? Par exemple, choisit-on de rembourser les cures thermales, le médiateur, l'aspirine, les lunettes, etc.

⇒ Pour toutes les organisations, il va de soi que la situation actuelle est inacceptable (décisions en conclave par les services du ministère) et qu'il faut une discussion démocratique sur ce qu'il convient de rembourser (André Grimaldi parle de panier de soins « démocratiquement décidé et médicalement validé »)

La définition de notre 100% sécu ne pose pas problème sur les deux premiers axes (a et b) mais sur le troisième (c) : si nous sommes d'accord pour accepter la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (pas seulement un état de non maladie mais aussi un état de bien-être physique et mental et social) alors tout peut être potentiellement remboursé par la sécurité sociale (même notre emploi ou l'adhésion à un club de sport !). Or, notamment parce que les fonds sont limités, il faut nécessairement hiérarchiser ce qu'il convient ou non de rembourser. Quelles limites pose-t-on au périmètre du panier de soin ? Surtout, comment sont décidées ses limites ?

1La discussion lors de la réunion a fait apparaître une tension à propos du concept de panier de soins. Il faudra probablement réfléchir à le substituer par un autre moins marqué à moins que les éclaircissements apportés suffisent à la clarification.

De la définition du contenu à la définition des procédures

La définition du troisième axe est celle qui pose le plus question. Nous connaissons deux grands types de modalités concernant la prise de décision du contenu du panier de soins :

- L'expert : aujourd'hui dans la plupart des systèmes de santé ce sont des experts (hauts fonctionnaires, économistes, etc.) qui décident de ce qu'il convient ou non de rembourser. Les malades, les citoyens, les médecins, etc. n'ont pas leur mot à dire et on peut soupçonner souvent que les décisions ne soient pas prises uniquement dans l'intérêt général. Pourquoi rembourser des médicaments dangereux et pas les prothèses dentaires ?

⇒ Pour toutes les organisations, il va de soi que cette modalité de prise de décision sur le contenu du panier de soins est à dépasser.

- La démocratie : plutôt que de faire tomber les décisions d'en haut, il est possible que des institutions démocratiques où seraient représentées toutes les parties prenantes décident de ce qu'il convient de rembourser ou non. Cette modalité assume l'idée que les besoins de santé doivent être définis et validés socialement : il s'agit d'une question politique. Cette modalité renvoie en partie à l'histoire de la sécurité sociale puisque celle-ci était gérée par les intéressés eux-mêmes. Avec les réformes successives (notamment 1967 et 1995) l'institution a été reprise par le pouvoir central : suppression des élections aux caisses et réduction du pouvoir des élus face aux « experts ».

⇒ Souhaiter une définition démocratique du contenu du panier de soins revient à rendre caduque une partie de notre démarche. Nous contestons les experts du pouvoir dominant non parce qu'ils sont réactionnaires mais parce qu'ils ne sont pas démocratiques. Nous ne candidapons pas à être les nouveaux experts (« de gauche », « progressistes », etc.) de la Sécurité sociale.

Dans ces conditions, l'enjeu principal autour du troisième axe **ne consiste pas à définir le contenu du panier de soins mais les procédures et les institutions permettant de parvenir à une définition démocratique du panier de soins. C'est un des enjeux principaux des discussions à venir.** Nous pouvons nous nourrir des expériences :

- Démocratie parlementaire : l'intérêt repose dans la participation de tous les citoyens à la délibération. Cependant, depuis au moins les années 1950/1960 la démocratie parlementaire a été l'arme utilisée à l'encontre de la démocratisation de la Sécurité sociale. Si la Sécurité sociale a résisté aux coups de boutoirs des libéraux c'est parce que sa gestion ne relève pas d'un parlement trop souvent inféodé au gouvernement.

- Démocratie sanitaire : la participation des associations de patients, les médecins et l'ensemble des acteurs de la santé est légitime. Cependant, l'expérience actuelle montre que souvent ce sont les enjeux de pouvoir qui prennent le pas (financement des associations de patients par des industriels, groupes d'intérêts médicaux visant à défendre des rentes, etc.).

- Démocratie sociale : avec le mode de financement (par cotisation), la démocratie sociale est probablement l'une des explications principales de la résistance au temps d'une institution comme la Sécurité sociale. Évidemment, on connaît les limites de la représentation syndicale mais on ne peut nier l'efficacité historique de ce type de procédure (surtout face aux deux modalités précédentes).

La discussion qui doit s'engager est très lourde et s'inscrit dans un contexte plus large de crise de la démocratie. Voilà donc où en est la discussion :

⇒ Quelles procédures et institutions permettrait de définir démocratiquement l'étendue du panier de soin ?

Bien sûr, indépendamment de la réponse à cette question, nous avons une idée de ce que produirait une telle assemblée. De nombreux soins actuellement non remboursés le deviendrait et inversement. Dès lors, pour assumer la montée en charge de la Sécurité sociale, c'est-à-dire pour adopter un discours offensif, il semble important de bien s'accorder sur la définition de l'institution.

La sécurité sociale comme producteur (efficace) de soin

Les habitudes militantes et académiques tendent à penser la sécurité sociale comme un assureur contre des risques sociaux – ici la santé. L'approche substantielle se double souvent d'une comptabilité par la dépense : les dépenses de sécurité sociale, la dépense publique, la dette sociale, le trou de la sécu. Évidemment, ces thèmes sont déconstruits et critiqués mais nous ne demeurons pas moins prisonniers d'un ensemble sémantique définissant la sécurité sociale comme un coût. Au mieux disons-nous : « une dépense oui, mais une dépense nécessaire ! » Elle serait plus sociale, plus solidaire, etc.

Il semble possible et souhaitable de dépasser cette représentation usuelle sur deux points : (i) la sécurité sociale n'est pas qu'un assureur de soin, c'est aussi et d'abord un producteur de soin ; (ii) la sécurité sociale est le producteur de soin le plus efficace (devant les complémentaires privées à but lucratif ou non).

(i) La sécurité sociale comme producteur

La sécurité sociale n'est pas uniquement un assureur contre le risque santé. Non seulement elle finance ce risque (par la collecte des cotisations sociales et leur affectation) mais en plus elle organise l'offre de soins. La Sécurité sociale ne finance pas de façon aveugle (quoi que l'on pense des choix actuels). Par exemple, elle passe des conventions avec les professionnels de santé qui ne sont remboursés que s'ils acceptent les conditions prévues. Ces conditions peuvent être très fortes tant sur la question des prix que sur l'organisation de la production de soin (contrôle qualité des pratiques, installation notamment). Au total, la sécurité sociale, parce qu'elle finance et organise est productrice de soins. Tout comme cela n'a pas de sens de parler de l'industrie automobile sous l'angle de ses dépenses, cela n'a pas de sens de parler de la Sécurité sociale en termes de dépense (sociales). C'est avant tout de la production – le financement donnant lieu à une contrepartie.

(ii) La Sécurité sociale comme producteur le plus efficace

La Sécurité sociale est producteur de soins au même titre que les complémentaires santé. Ces institutions collectent des financements et organisent la production de soins. Ce qui est intéressant est que la Sécurité sociale est le mode de production le plus efficace (frais d'administration de 5% des cotisations contre près de 20% pour les complémentaires). Par ailleurs, contrairement aux complémentaires la Sécurité sociale n'a pas d'effet inflationniste : les prix les plus élevés sont ceux où les complémentaires ont leur activité (dépassements d'honoraires, optique, dentaire, etc.). D'autres arguments non financiers existent (la Sécurité sociale est plus égalitaire), mais il faut probablement insister sur les premiers pour ce qui nous intéresse.

⇒ Assumer le statut de producteur de soin de la Sécurité sociale (et non uniquement de financeur) est un levier pour aller vers le 100%

Dans ce cadre de pensée renouvelée, la sécurité sociale est en droit d'exiger le respect d'un certain nombre de conditions d'exercice des institutions qu'elle solvabilise : professions de santé, officines, industrie pharmaceutique, etc. Qui oserait remettre en cause l'entreprise Renault lorsqu'elle organise comme elle l'entend sa production (sous-traitants compris) ? La Sécurité sociale exige déjà cela mais, sûre de son statut de producteur de soins (efficace), elle ne doit pas hésiter à constituer des rapports de force pour aller plus loin – vers le 100% sécu.

Les rapports de force

L'objectif de 100% sécu n'implique pas la volonté de laisser en l'état les modalités de financement et d'organisation des offreurs de soin. Une sécurité sociale qui assume son rôle de producteur de soins doit remettre en cause de nombreuses rentes de situations insupportables (dépassement, optique, dentaire, médicament, déserts médicaux, etc.).

⇒ Il faut désormais s'interroger sur les rapports de force qu'il est possible de construire pour aller vers le 100% sécu.

Cette problématique est l'un des chantiers principaux de notre démarche. Voici quelques éléments pour lancer la discussion :

- Médecine de ville : si la médecine de ville est largement libérale, toute la profession n'est pas unie derrière les principes libéraux classiques. Les nouvelles générations ont une appétence pour le salariat et pour l'exercice collectif de la médecine. Par ailleurs, la montée en puissance des assureurs privés peut être un moyen de mobilisation des médecins : mieux vaut-il pour eux accepter les conditions du 100% sécu ou celles liées aux exigences de rentabilité du capital investi ?

○ Mutualité : la mutualité est une question importante. S'il sera difficile de convaincre les dirigeants mutualistes, il est peut-être possible de s'appuyer sur les militants mutualistes et les salariés de la mutualité. L'attachement à la mutualité, malgré son évolution, reste importante chez de nombreux militants de nos organisations. Il s'agit de les convaincre au besoin en trouvant des modalités de transitions.

○ Industries, notamment pharmaceutique : l'industrie pharmaceutique est un obstacle qu'il ne faut pas sous-estimer. Elle contrôle l'ensemble de la chaîne de production du médicament et peut décider de faire obstacle au 100% par le refus de remettre en cause ses prix. D'autres industriels produisant des produits de santé (optique, dentaire, prothèses auditives, etc.) peuvent constituer un frein vers le 100%. Dans les deux cas une série d'options sont à étudier : nationalisation/socialisation, création de concurrents publics aux entreprises privées déjà-là, mobilisation de concurrents, etc. Quelle que soit la méthode, il faut remettre la main sur les processus de production.

○ Complémentaires privées à but lucratif : ce sont des adversaires de taille avec lesquels il n'y a rien à négocier.

○ Syndicats : la question syndicale est immense. Indépendamment de la position de chacun d'eux, il y a un questionnement entre la perte de tout pouvoir ou presque via la sécurité sociale et des institutions tierces qui sont des endroits où exercer leur influence (Instituts de Prévoyance, négociation d'entreprise via l'ANI, Mutuelles). Cela rejoint donc la nécessaire problématique de démocratisation de la sécurité sociale.

Les mots d'ordre

Le dernier point à discuter concerne le mot d'ordre. En réalité, nombre de nos mots d'ordre sont récupérables par certains libéraux. Il faut réfléchir à ces questions et étudier dans quelle mesure nous sommes capables d'imposer notre propre lexique. Voici quelques exemples :

- 100% sécu : comme cette formulation ne précise pas qu'il s'agit de 100% pour les trois axes (cf. section 1), de nombreuses personnes se réclament du 100% sans que cela soit le même que le nôtre. Par exemple, certains économistes sont pour un 100% (toute la population et remboursement intégral) sur un panier de soins très réduit défini par des experts.

- Sécu de 1945 : si la sécu de 1945 est un modèle sur de nombreux aspects, il ne faut pas l'idéaliser. Par exemple, en ce qui concerne la médecine libérale, le remboursement théorique était à 80% et en réalité bien en dessous jusqu'aux années 1960.

- Panier de soins : le concept ne fait pas l'unanimité dans les organisations, il faut y réfléchir.

- Couverture universelle : c'est une formulation qui peut renvoyer aux modèles dits universels comme le NHS britannique.

Conclusion :

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les organisations représentées sont d'accord sur de nombreux points importants.

⇒ Le 100% concerne toute la population, l'ensemble du coût des soins et l'ensemble du panier de soins.

⇒ L'étendue du panier de soins ne doit pas être déterminée par des experts mais de façon démocratique.

Les trois chantiers ouverts à l'issue de la réunion du 21 janvier sont les suivants :

- Quelles procédures démocratiques veut-on pour définir le panier de soins ?
- Quels rapports de force peut-on construire pour rendre désirable le 100% sécu ?
- Quels mots d'ordre choisit-on étant donné qu'ils ont tendance à être récupérés ?

... du travail en perspective !

2°) Organisation des soins ; détermination démocratique des besoins de santé.

Proposition de définition de la notion de territoire : notion de bassin de vie, au sens de l'INSEE, c'est dire le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Importance du périmètre déterminé par le délai d'accès aux soins urgents dans les 30 minutes. Prendre en compte la distance-temps et la densité de population.

La détermination des besoins doit se faire à partir des bassins de vie et ne doit pas être qu'une affaire de spécialistes (ni uniquement les professionnels de santé, ni uniquement les associations de patients). Ce peut être une commission comprenant des citoyens, des professionnels, des élus...

En fonction des besoins ainsi déterminés, mise en place d'un maillage territorial avec une gradation en fonction de la nécessité de la prise en charge, partant de la prévention (PMI, médecine du travail, médecine scolaire...), jusqu'à la fin de vie et la perte d'autonomie, en passant par le soin.

Cette gradation doit s'organiser sur la base de coopérations librement consenties entre les établissements et dans l'intérêt des patients.

Cette organisation se base sur le développement d'un service public de santé qui pourrait s'articuler de la façon suivante :

- Mise en place de centres de santé pluridisciplinaires (au moins un par canton dont la définition en termes de périmètre sera à préciser) prenant en compte la prévention (à revoir pour l'implantation des PMI et de la médecine du travail), l'action sociale, l'information sanitaire, le soin, l'éducation thérapeutique, la recherche... Leur gestion pourrait être assurée directement par la Sécurité sociale. Le personnel, y compris médical est salarié. Les centres de santé sont regroupés en un réseau national afin de garantir un statut unique pour les personnels.
- Les centres de santé peuvent être la réponse privilégiée aux problèmes de démographie médicale en répondant à la fois aux souhaits des jeunes professionnels (exercice partagé, pluridisciplinarité et salariat) et aux besoins de la population.
- Maintien et développement d'hôpitaux de proximité, y compris des maternités de niveau 1 puis organisation de la gradation avec un échelon départemental, puis régional.

Points également soulevés lors de l'après-midi qu'il nous faudra approfondir et débattre :

-suppression des ordres

-remise en cause de la liberté d'installation et mise en place d'un engagement à servir dans zones déficitaires, y compris les hôpitaux

- suppression du numerus clausus et refonte du cursus de formation qui devrait prendre en compte la dimension sociale et citoyenne (ex : travail et santé) et garder un haut niveau de qualification.

- les nouvelles technologies telles que la télémédecine peuvent être un complément, dans certains cas, mais en aucune façon une solution au problème de démographie médicale

- il en est de même pour l'ambulatoire qui ne doit se mettre en place que dans l'intérêt du patient et non pour des visées économiques.

Pour ces deux derniers cas, il serait important de « démonter » le battage idéologique en prouvant, entre autres, qu'aucun moyen n'est affecté à ce jour à ces deux « stratégies ».

Concernant la phase « opérationnelle », il a été convenu que nous ne pourrions pas agir dans l'urgence et que nous ne pourrions pas forcément répondre aux attaques qui auront lieu dans les semaines qui viennent et face auxquelles des luttes vont se développer. Nous devons finaliser nos propositions et tenter d'y rallier une convergence large.

A été évoquée également la vigilance que nous devons avoir par rapport aux plans régionaux de santé qui sont en cours de finalisation sans aucune concertation.

Projet de réunion ultérieure : développer une stratégie revendicative (prioriser, expliciter, atténuer...) dans le but d'établir un rapport de force conséquent.