

CONTRIBUTION PERSONNELLE
SUR
LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE ET SANITAIRE
EN FRANCE.

(Réflexions critiques et synthèse de propositions pour la Démocratie Sociale

Contribution rédigée en octobre 2009 et réactualisée au fur et mesure (mars 2013)



Docteur Jean-Claude JOSEPH

24 avenue des Frères Lumière

F.69008. Lyon

jclaude.joseph@wanadoo.fr

www.jcjos.com

SOMMAIRE

Introduction

I. Rappels

1. Historique
2. La loi du 13 août 2004
3. A propos des différents systèmes en UE

II. Quelques constats vécus en pratique quotidienne

1. Lors de la formation initiale
2. La médecine générale : un choix évident !
3. La non prise en compte du vase communicant
4. La dérive insidieuse vers un autre système de protection sanitaire
5. Le glissement progressif de la classe moyenne vers moins de soins

III. Réflexions

1. Un déficit ?
2. Regarder par l'autre bout de la lorgnette
3. La protection sociale et sanitaire : mission régaliennne ou simple gestion ?
4. Faut-il comparer notre système avec d'autres et notamment ceux existant dans l'UE ?

IV. Quelques expressions de propositions

A. A. Gouvernance

1. Principe
2. Du rôle de l'Etat
3. De la révision du statut de la Sécurité Sociale
4. Inscription dans la Constitution

B. De l'organisation du Système de distribution des Soins

1. Charpente
2. Evaluation des besoins
3. Articulation entre le système hospitalier et extra hospitalier.
4. A propos des médecins

Conclusion

Annexes

Articles de presse

Introduction

A un moment donné de son existence, il semble bien qu'il n'est plus possible d'accepter ce qui se passe, ce qui est : Cette chape de plomb qui tombe sur notre pays, confiant au silence le peuple sous couvert in fine du célèbre « panem et circenses ».

Le monde avance. La France se regarde dans son miroir. Il me semble aussi que nous perdons le sens de l'écrit au profit d'une oralité. Cela devrait faire réagir comme tant d'autres choses ! Mais l'indignation seule ne peut être une action, juste une réaction.

Les instruits doivent éclairer la scène afin de permettre à chacun des françaises et français d'exercer à tout leur sens critique afin de faire leur choix et permettre l'action de progrès et ainsi le maintien de la Démocratie Sociale.

Mon engagement politique, associatif, professionnel est tout tourné vers ce progrès pour que demain soit mieux qu'hier.

Et voilà pourquoi à un moment donné je me suis dit qu'il fallait amener le fruit de mes réflexions dans un domaine que je connais bien afin de proposer une Réforme durable et juste.

J'avais écrit cette description de moi et mon engagement dans un article lors de la campagne de 2007 publié dans mon blog personnel (www.jcjos.com). Je n'y touche guère et le reproduis ci-dessous.

Qui suis-je ?

Je suis né en 1957, juste deux mois jour pour jour après l'adoption du traité de Rome et la naissance de la Communauté européenne.

Mes premiers souvenirs de la chose politique remontent à 1965. Et oui, j'avais 8 ans ! Mais il y a des situations qui marquent les mémoires et l'élection de 1965 m'a profondément marqué. Nous étions à Provins et la France semblait douce et paisible. Qui pouvait imaginer que trois ans après, allaient avoir lieu les événements de Mai ? Je me souviens très bien de cette couverture de l'Express sur laquelle le Kennedy français figurait : **Jean Lecanuet !**

Je me souviens aussi de la stupéfaction de mes parents qui étaient profondément gaullistes, mais je le crois simplement attachés au de Gaulle de l'Histoire, en découvrant celui qui allait mettre en ballottage le général..

Et pourtant, me disais-je déjà qu'il fallait combattre l'habitude, le confort de l'habitude, le confort de ceux qu'on a déjà vu.

Je me souviens de ce décalage d'image entre des candidats d'un autre siècle et le candidat du Centre.

Je crois aussi que c'est à cause de ce décalage flagrant que je me suis toujours forcé à ne pas me laisser guider par l'apparence et qu'au-delà du sourire éclatant de Lecanuet, il devait y avoir autre chose.

Et c'est sans doute au travers de cet exemplaire de l'Express que j'ai lu pour la première fois un article dit politique.

En 1974, à nouveau le modernisme réapparaissait avec la silhouette décontractée de VGE. Je me souviens bien de sa manière de dire les choses sans faux semblant, sa volonté de rassembler sur des objectifs, sa volonté de décrier la France et de faire en sorte que chacun s'épanouisse quelque soit sa condition sociale ou son origine.

Un jour on osera le dire bien fort, le septennat de Giscard aura été un grand septennat. Sept ans durant lesquels la solidarité a pris du sens (comment ne pas se rappeler ces lois sur la solidarité nécessaire aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux femmes (contraception, IVG, volonté d'égalité des droits entre les sexes), ces lois dans la prise en charge de la maladie et des accidents liés au travail par l'association des ayants-droit. Sept ans durant lesquels la mise en œuvre de la modernité (transport, télécommunication..) a eu lieu.

Sept ans durant lesquels l'Europe a vu un jour cohérent et efficace en passant de la simple communauté économique à ce qui allait devenir l'Union tant voulue par les pères fondateurs que furent Schumann et Monnet. Je pense que tout ce qui a suivi n'a pu l'être que parce que VGE avait ouvert le chemin. Et il faudra bien un jour lui rendre cette justice.

J'ai toujours eu à cœur l'Autre. Je n'ai jamais aimé le profit.

En 76 j'ai commencé mes études de médecine à Lyon. La médecine ne peut être pour moi qu'un accompagnement de celui qui souffre durant une certaine période de vie. C'est pour cela que je suis devenu généraliste, malgré un CES de rhumatologie et un DU de gériatrie (cette médecine humaine par excellence).

Dois-je le regretter vu la façon dont nous sommes traités ? Un jour viendra où on définira avec justesse le rôle et les missions du généraliste. Mais c'est un autre débat !

Au cours de ces études nous avons entre étudiants de grandes et belles discussions, refaisant le monde. Je savais que je ne pouvais pas être gauchiste, ni communiste (comment accepter ces thèses dites révolutionnaires alors que seules la dictature et l'oppression des peuples n'étaient que leur résultante objective ?) mais je savais aussi que je ne pouvais être de droite, de cette droite conservatrice et libérale, de cette droite permettant avec tant de facilité l'enrichissement de quelques uns au dépens d'autres, de cette droite refusant l'émancipation des autres, de ceux qui sont faibles et dont à dessein est gommé l'esprit critique.

Où me situais-je donc ?

C'est vers cette époque que j'ai fréquenté de nombreuses réunions animées soit par des jeunes rocardiens, soit par des jeunes "grünen" mais aussi par des jeunes issus du centre et notamment ceux qui sous ce drôle de nom de «jeunes barristes» s'étaient regroupés pour soutenir Raymond Barre nouvellement élu député du Rhône. Je me retrouvais en phase avec nombre d'idées tant des uns que des autres et surtout il y avait cette mesure et cette volonté du respect de chacun. Je n'ai, par contre, pas souvent participé à des réunions animées par les jeunes gaullistes ou les jeunes « républicains » plutôt libéraux. Rien à dire vrai ne me rapprochait d'eux.

C'est vers cette époque que j'ai découvert Emmanuel Mounier et Marc Sangnier. Et je dois dire que cette idée du personnalisme communautaire, cet idéal d'aider et de permettre, à celui qui ne peut à une période de sa vie, de retrouver le groupe commun, en lui tendant la main, cette volonté d'une Europe fédérale ne m'ont alors jamais quitté. Cela passait par une mise en œuvre d'objectifs clairs et non plus de mesures ponctuelles. C'est ainsi que j'ai commencé à faire la différence entre la notion du programme et du projet ou comme le disait si joliment François Mitterrand le « dessein ».

Pourtant dans ces réunions, notamment avec ceux du PS ou des écolos il y avait quelque chose qui m'irritait profondément. C'était l'ostracisme véhément que l'on marquait à

l'égard de celui qui s'éloignait de la ligne fixée par le « parti ». Il fallait selon eux se déterminer soit à gauche, soit à droite. Et forcément celui qui n'était pas de leur camp ne pouvait être fréquentable. Je regardais avec quelque sympathie ces jeunes rocardiens qui serraient leur poing dans la poche mais qui n'osaient se rebeller devant la « ligne ». Je me rappelle aussi que cela était d'autant plus difficile pour eux que Rocard s'était vertement fait remettre dans le rang en 1980 en osant commettre le sacrilège, traitant Mitterrand et le PS d'archaïques.

Mais enfin qu'est-ce que la gauche ? Et qu'est-ce que la droite ?

Pour répondre à mes interrogations, un ami de gauche me donna cette astuce sous forme de question.

Est-ce le social qui sous-tend l'économie ou est-ce que c'est l'économie qui sous-tend le social ?

Mais quand même ne peut-on pas concilier ces deux entités fondamentales et définir une «social-économie» ? C'est ce à quoi je crois !

Et puis il y avait cette Europe qui se construisait. En 79 ont eu lieu les élections au Parlement européen. C'étaient les premières élections européennes et c'est aussi la première fois que j'allais voter. Il faut bien se rappeler que cela marqua la différence constante entre ceux attachés à une Union et ceux qui n'y voyaient qu'un simple marché commun. La modernité impliquait à mon sens de s'engager vers cette voie fédérale. Je continue d'y croire. Je constatais au travers de cette campagne de 79 les profondes divergences entre les progressistes et les conservateurs. La ligne de partage était claire. On retrouvait aussi bien dans les partis de droite et notamment le RPR mené par Chirac que dans des partis de gauche comme le PC et l'aile dite gauche du PS, ce conservatisme et cette défiance à l'égard du vivre ensemble européen. C'est à cette époque que j'ai mesuré l'intérêt de donner un sens à l'Europe et espérer qu'un jour au-delà des nations qui la composent les listes se fassent sur des projets associant alors des candidats issus de chacun des différents pays. Est-ce que cela viendra un jour ?

Je me rappelle aussi cette expression assassine du président du RPR critiquant VGE et Simone Veil au travers de l'appel de Cochin : "le parti de l'étranger" !

Je ne me suis jamais senti en phase avec cette droite-là !

Quant au PS, comment pouvait-il oublier si vite sa différenciation avec les idées stalinienne du PCF ? C'est ainsi que j'ai compris l'intérêt du politique à ne pas tout dire, à jouer des mots afin que chacun puisse se gargariser d'interprétation. Qui a oublié le Programme commun ? Qui a oublié les errances des gouvernements Mauroy après la liesse survenue au lendemain du 10 mai 1981 ? Qui a oublié aussi les critiques fortes du PS à l'égard de Jacques Delors quand il s'exprimait librement sur sa pensée profonde tant politique, économique et européenne, n'éprouvant pas de regret quant à sa collaboration active à la Nouvelle Société de Chaban-Delmas ?

Autour le monde bougeait et la France ne pouvait en prendre la mesure tant elle restait les yeux rivés sur son propre nombril.

Alors oui que représentait la Gauche ? Que représentait la Droite ? Etait-il possible de rassembler pour une ambition commune des gens issus de parcours différents et dont le

seul souci était de mettre au pot leurs compétences pour améliorer la vie de chacun d'entre nous ?

Au travers de mes lectures, de mes réunions bien éclectiques, de mon parcours d'étudiant au lit du souffrant, de mes agacements constatant que certains tant de la presse que des dirigeants confisquaient le pouvoir citoyen de la critique, je me suis alors engagé. C'était en 1988.

Je devenais un militant du Centre incarné par le CDS, le Centre des Démocrates Sociaux fondé par Jean Lecanuet, celui-là même qui m'avait marqué en 1965 !

Ce parti conciliait mieux que n'importe lequel ces idées du personnalisme communautaire, cette volonté d'union européenne, ce respect de l'Autre, cette volonté de la solidarité et de la modernité.

Dans son intitulé figuraient comme des étoiles les mots "Démocratie" et "Social".

Je n'ai jamais eu la moindre ambition en termes de strapontin, de siège ou de fauteuil, ni même de rosette. Je ne suis pas non plus un héritier de je ne sais quelle puissance ou pouvoir. Non !

Mais j'ai toujours aimé discuter, argumenter. J'ai toujours estimé l'autre comme étant égal à moi-même et il me fait mal quand j'entends encore aujourd'hui des aspirant(e)s à l'élection suprême ne pas tout dire, laisser croire et jouer sur la simple sensibilité ou l'habitude. Il me fait mal quand j'entends telle ou tel essayer de récupérer des voix en flattant les différences.

Je suis moi-même d'une catégorie visible par sa couleur, par l'histoire de ma famille issue d'un ancien comptoir français que d'aucuns nomment avec mépris ou compassion "*les colonisés*" même si je remarque l'erreur de la connaissance puisque Pondichéry et ses habitants faisaient partie de ce groupe nommé les français assimilés.

Dans cet esprit je n'ai jamais cessé de réclamer l'indifférence malgré toute la différence visible.

Seul doit importer à mon sens ce que l'on peut apporter comme compétence et qualité au bien commun qu'est la France. Oublier cela, cette évidence républicaine au sens strict du mot, c'est permettre que se dressent des ghettos, des communautés animées par leur seul désir de pouvoir. Qui va dire cela ? Qui va cesser de flatter ces petits intérêts personnels qui ne font qu'opposer un camp contre l'autre ? Oui servir l'autre en servant son pays et prouver l'estime et la reconnaissance que l'on a envers sa patrie.

C'est cela que je veux dénoncer. Nous ne sommes plus au Moyen Age où ceux qui savaient, pouvaient imposer leurs vues en confisquant au peuple sa capacité de réflexion, sa capacité à exercer son sens critique, en leur faisant la lecture ou en écrivant à leur place.

Comment admettre en effet que les partis dominants pourtant composés d'instruits (les autres aussi d'ailleurs) ne veuillent pas tout dire de leur idéal profond, ne veuillent éclairer la scène de ce qu'ils feront, confondant volontairement projet et programme, jouant en particulier sur les chiffres ou les sondages réalisés à l'instant T sur commande, ne veuillent donner un point de vue clair sur leur volonté d'Europe.

Je me souviens ainsi que lorsque nous avons décidé sur Lyon de mettre en place un nouveau système de réponse à la garde médicale, il nous avait bien fallu rassembler les gens de bonne volonté, les compétences d'où qu'elles soient situées, tant syndicalement que politiquement. Et bien cela a marché et depuis 2003, Lyon peut s'enorgueillir d'avoir quatre maisons médicales de garde qui ont à cœur de répondre au besoin public. Qui ose

dire que cela fut une idée d'un camp contre l'autre ? Nous avons simplement œuvré pour le bien commun mais nous avons aussi gardé nos sensibilités.

Je suis certain que chacun d'entre nous dans son domaine, dans son activité quotidienne, dès lors qu'un projet enthousiasmant se dessine, tout en gardant sa sensibilité propre, en ne se reniant pas, peut et sait donner à «la cause» ce qu'il a de meilleur.

Pourquoi ce qui est possible dans notre vie quotidienne ne pourrait l'être pour notre pays?

Je plaide ainsi depuis toujours, à ce rassemblement des progressistes pour simplement le bien de notre pays, pour son essor durable avec une classe moyenne forte et que chacun de nos concitoyens puissent voir que les jours de leurs enfants et petits-enfants seront meilleurs que les leurs.

jcj15-03-2007-07-03-2013

I. Rappels

1. Historique

Le principe de solidarité a toujours été une marque fondamentale de l'être humain. Sans doute est-ce lié à la notion même de survie du groupe ! (la survivance !)

On peut ainsi dénombrer divers systèmes : solidarité familiale, charité, assistance, solidarité restreinte au sein de corporations.

En France l'aide médicale gratuite sera instituée par la loi du 15 juillet 1893.

Avant-guerre la France bénéficie d'un système de protection basé sur les assurances sociales.

En 1945, va se mettre en place le système de la Sécurité Sociale sous l'impulsion de Pierre Laroque (CNR) de telle façon que puissent être mises en œuvre l'unité de la sécurité sociale, la généralisation des assurés, et l'extension des risques couverts.

« EXPOSÉ DES MOTIFS DE L'ORDONNANCE DU 4 OCTOBRE 1945 (extraits) »

" La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. "

" Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. "

Il faudra des années avant qu'ait lieu la généralisation de la sécurité sociale à toute la population avec notamment la **loi du 12 juillet 1977** (Tous les résidents sur le territoire français bénéficient des mêmes prestations familiales, la branche famille du régime général est universelle et concerne l'ensemble de la population), le plan dit Juppé de 1995 (**Loi du 22 février 1996** réformant la Constitution de la Vème République afin de créer une nouvelle catégorie de lois, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), gages de l'association de la représentation nationale à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale. et la mise en place de la couverture maladie universelle par la **loi du 27 juillet 1999**).

Si la principale source du financement de la sécurité sociale était basée sur les cotisations assises sur la masse salariale, force est de constater que d'autres moyens de financement dont la contribution sociale généralisée se sont mis en place depuis les années 90. Dans l'esprit des rédacteurs de la loi instaurant la CSG, celle-ci devait progressivement se substituer aux cotisations de telle sorte qu'un

point d'augmentation de la CSG devait entraîner une baisse de cotisations. On a d'ailleurs qualifié cette contribution d'impôt social.

Concernant le financement il faut noter que le « reste à charge » depuis les années 80 n'a cessé d'augmenter pour atteindre depuis 2007 avec la loi instaurant les franchises médicales un niveau que je qualifierai de seuil vers un système dont l'esprit est contraire à celui qui a prévalu à la création de la sécurité sociale.

En effet le système dit de répartition à la française n'est pas, comme dans les pays anglo-saxons, un système basé sur la richesse de l'un vers la pauvreté de l'autre ou proprement assurantiel, mais un système bien singulier de telle sorte que les biens portants cotisent pour les souffrants, les jeunes vers les vieux, les personnes qui travaillent vers celles qui à un moment de leur vie ont perdu leur emploi.

Cette analyse est le cœur même de ma réflexion et de mon engagement politique et professionnel.

2. La loi du 13 août 2004

Le slogan qui avait prévalu lors de l'élaboration de cette loi était en quelque sorte le suivant :

« *Dépenser mieux pour mieux soigner !* »

Or c'est toute la gouvernance de la sécurité sociale qui a été modifiée et cela sans en informer les principaux intéressés que peuvent et devraient être les assurés sociaux.

C'est ainsi qu'avant même que la loi soit promulguée, l'UNCAM était créée et son directeur nommé en conseil des ministres (comme cela l'est désormais pour l'audiovisuel public). Il était alors curieux de constater que dans leur parcours antérieur, et le nouveau directeur de l'UNCAM et celui qui allait être le prochain ministre des affaires sociales, avaient travaillé au sein du même groupe assurantiel (AXA).

La loi instaurait alors un bon usage du parcours dit de soins en instaurant l'obligation pour l'assuré de déclarer un médecin dit traitant sous peine de sanctions financières. Il faut rappeler que de nombreux recours ont été déposés en conseil d'Etat (tous rendus caducs de par la promulgation de la loi), pour signifier que déclaration ne pouvait signifier contrat et que les sanctions ne pouvaient être légales. Ce problème est toujours posé.

Ainsi par cette loi, un nouveau mode de la distribution des soins devait être mis en place, Mais sans les outils nécessaires cela a rendu cette loi inopérante et n'a réglé en rien le fameux déficit de la sécurité sociale à défaut de parler de celui de l'assurance maladie telle quelle. (cf. Rapport de la Cour des Comptes 2012)

3. Le financement des différents systèmes de santé des pays de l'Union Européenne.

Belgique:	Part de la gestion globale: cotisation globale, subvention globale de l'Etat, financement alternatif (T.V.A.) en fonction des besoins.
Danemark:	Financées par l'impôt.
Allemagne:	Cotisation.
Grèce:	Cotisation.et Financement tripartite (salarié, employeur, Etat) pour les nouveaux assurés à partir du 1.1.1993.
Espagne:	Financées par l'impôt.
France:	Cotisations et impôts.
Irlande:	Cotisation et intervention de l'Etat, si requis.
Islande:	Financées par l'impôt.

Italie:	Cotisations.
Liechtenstein:	Cotisations, participation de l'assuré et subventions de l'Etat.
Luxembourg:	Cotisations et intervention de l'Etat.
Pays-Bas:	indemnités de maladie: Cotisations (salariés, employeurs et indépendants). dépenses médicales exceptionnelles) (risques graves): Cotisations (tous les résidents).
Norvège:	Impôt et cotisations.
Autriche:	Soins de santé (sauf hôpitaux): cotisations et autres sources (par ex. participation de l'assuré). Hôpitaux: cotisation et intervention de l'Etat.
Portugal:	Financées par l'impôt.
Suisse:	Primes (cotisations) et participation de l'assuré.
Finlande:	Soins de santé : Financement par les autorités locales. L'Etat paye une subvention générale aux municipalités.
Suède:	Le secteur de la santé publique est géré et financé par les autorités régionales
Royaume-Uni:	Les services dispensés par le Service National de Santé (National Health Service) sont financés par l'Etat et (dans une moindre mesure) par les cotisations.

II. Quelques constats vécus en pratique quotidienne

1. Lors de la formation initiale

Il m'est toujours apparu curieux que l'on sélectionnât les futurs médecins en fin de première année de médecine. Que de camarades de première année laissés sur le tapis à cause de ce numerus clausus de fin de première année. Qui entend encore leurs pleurs, leurs désillusions et leur frustration qui persiste et persistera jusqu'à la fin de leur vie ?

Pourquoi ne pas revenir à la notion d'Ecole de Médecine comme ce fut longtemps le cas ?

Ainsi un concours serait institué à l'issue du baccalauréat voire de classes préparatoires comme cela est d'ailleurs le cas pour les écoles de vétérinaires.

Cette conception de sélection en amont du cursus permettrait ainsi un ajustement plus fin des besoins en médecins et aurait sans doute évité la pénurie des médecins que nous connaissons et connaissons avec plus d'acuité encore dans les prochaines années.

Il me revient quand étant président de la COMERLY et vice-président de la coordination nationale des médecins dans les années 90, j'entendais avec effroi l'argumentaire fallacieux de l'expert Alain MINC qui pour résoudre le problème des dépenses grandissantes n'avait cessé de dire : il faut supprimer 10 000 médecins et 100 000 lits d'hôpitaux. Cette antienne de l'expert auto proclamé était hélas reprise par tous les responsables politiques et décideurs que j'ai pu rencontrer, qu'ils soient de droite ou de gauche. Il me souvient encore que le seul document que j'avais à la main pour rencontrer ces personnalités politiques était l'image de la pyramide des âges de la population française !

Ainsi si l'on veut réguler avec plus de finesse la démographie médicale, il faut sans conteste revoir le mode de sélection et instaurer un concours d'entrée aux études médicales comme cela est le cas pour les grandes écoles d'ingénieurs ou autres.

Cette disposition permettrait aussi à chaque étudiant de ne pas se sentir victime d'avoir été reçu et expulsé de ce qu'il avait un jour rêvé de devenir et d'être.

2. La médecine générale : un choix évident !

Comme beaucoup de mes confrères, j'ai toujours voulu servir l'autre. Mes lectures sublimaient ce sentiment profond et notamment ce magnifique ouvrage : « les hommes en blanc ». Ce « métier » que je me suis choisi enfant était si évident que je n'avais douté une seconde de réussir, même lorsque j'ai dû redoubler ma première année de médecine et quitter momentanément le service de santé des armées. (*ESSA Lyon 76*).

Pris dans la réforme de l'internat, je fis partie de la dernière génération à pouvoir étudier une spécialité par ce que l'on nommait les CES (qui étaient accessibles à tout médecin y compris ceux ayant plusieurs années d'exercice de médecine générale). J'ai donc passé une spécialité de rhumatologie approfondie par la suite d'un DIU de gériatrie.

Au cours de remplacements, j'ai juste compris que je ne pouvais être un médecin d'organe.

Je me suis donc installé comme généraliste, seule façon pour moi d'être Médecin, « *celui qui ne guérit pas toujours, qui soulage souvent mais qui reconforte toujours* » !

Cela étant, je pense qu'il faudrait revenir à cette possibilité pour les généralistes de se spécialiser après quelques années comme c'était le cas autrefois.

Ne se poserait plus cette étrangeté réitérée depuis quelques années lors du concours de l'internat, où faute d'avoir pu être suffisamment classé pour choisir une spécialité tel ou tel redouble son année, et où le nombre de postes d'internes en médecine générale non pourvu va crescendo.

Ainsi plutôt que d'opposer médecine de spécialité à médecine générale, j'oppose au médecin d'organe, le médecin qui accompagne un être souffrant durant un moment donné.

3. A propos de ce que l'on appelle de manière impropre les « déserts médicaux »

Première réalité !

- l'étude INSEE 2012 sur laquelle il convient de se fonder (et non sur des impressions) montre que tout citoyen de France est à 15 mn d'un médecin et à 20 mn d'un kiné ou autre professionnel de santé (source :

Deuxième réalité :

Il y a plus de médecins formés mais moins d'installation en libéral !

Et parmi ces jeunes formés nombre préfèrent exercer sous forme salariée. plus de temps libre, bien payés.. ainsi et cela me paraît choquant nombreux sont les nouveaux médecins qui passent le concours e médecin conseil de l'assurance-maladie dès leur sortie.. et auront le travail de contrôler des confrères libéraux alors qu'eux même n'ont pas cette expérience.

Troisième réalité

La féminisation de la profession : à partir de 2020 il y aura près de 80% de la profession qui sera de sexe féminin.

Sans faire quelque différence sur le genre, je dirais simplement que la priorité en terme professionnel des femmes n'est pas la même que celle des hommes et donc la femme pour prioriser sur sa progéniture dans son rôle de protection - simple rappel de la physio-sociologie humaine depuis la nuit des temps.

Cette vision permet de comprendre que plusieurs femmes s'associent et ne travaillent que deux ou trois jours par semaine se rendant de fait moins disponibles.

Tandis que l'homme lui ne va pas hésiter à travailler 12h par jour... sa priorité étant le travail !

Quatrième réalité

L'effet 35h... En effet, filles et garçons d'aujourd'hui ont le désir de ne pas tout mettre dans l'exercice professionnel et donc avoir une qualité de vie identique à celles et ceux qu'ils ont à soigner

Cinquième réalité

La qualité de vie !

Pourquoi demanderait-on aux médecins d'aller se perdre dans des régions où effectivement il y a eu désertification mais surtout **désertification des services publics**, des commerces etc...

Évoquons **ainsi** la désertification ou l'exode rural.

Les médecins n'ont-ils le droit à avoir pour leurs enfants et eux-mêmes une certaine qualité de vie ?

Pourquoi in fine les obligerait-on à aller là où les services publics se désengagent ? Pourquoi les obligerait-on à envoyer faute d'établissements scolaires, leurs enfants en pension ?

En lisant attentivement le rapport parlementaire à ce sujet, il est très étonnant que ne soient jamais abordés ces deux facteurs de non disponibilité du soignant : Féminisation et Désertification rurale.

4. La non prise en compte du vase communicant

Il est quand même étonnant que dans la réflexion sur le système de distribution de soins ne soit pas pris en compte le principal intéressé. Comme dans le domaine de l'Education Nationale, j'ai le sentiment en fait qu'au coeur du système ne se trouvent, non pas l'élève ou le malade, mais bel et bien les effecteurs !

Ainsi coexistent deux mondes régis par des textes distincts et gérés par des organes différents.

Un secteur hospitalier avec sa loi hospitalière et sa tutelle gouvernementale et un secteur dit de ville, mais extrahospitalier avec sa convention médicale et la tutelle de l'UNCAM.

Mais comment ne pas prendre en compte la trajectoire naturelle d'un malade ? N'est-il pas évident qu'il « consomme » des deux secteurs !

Où se trouve l'articulation entre ces deux secteurs ? La réponse n'existe toujours pas y compris dans la loi dite HPST.

Ainsi par cette façon de procéder il n'est pas possible de réguler l'offre de soins, de coordonner les efforts de chacun des acteurs au seul bénéfice du malade et d'assurer la continuité efficace des soins.

5. la dérive insidieuse vers un autre système de protection sanitaire

Avec beaucoup de subtilité lors du premier septennat du président Mitterrand et sous l'égide de Monsieur Bérégozovoy, est apparu pour la première fois le concept de franchise. En effet, pour la première fois l'assurance maladie se désengageait du remboursement d'une dépense. Cette dépense fut appelée au départ « forfait hôtelier » afin de montrer qu'il ne s'agissait pas de soins, mais d'une prestation, effectivement celle de l'hébergement et du repas servi au malade et qu'il n'était pas sot de différencier ces deux aspects. Sauf qu'à l'époque les frais étaient comptabilisés en prix de journée incluant tant les dépenses de soins que d'hébergement. L'assuré payait donc deux fois la même chose !

Il me faut rappeler dans cette dérive insidieuse, la démarche de Monsieur Balladur qui lors de sa campagne pour l'élection présidentielle en 1994-95, déclarait qu'il « *nous faudrait à l'avenir avoir à côté de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (les mutuelles), une assurance supplémentaire afin disait-il de gérer le gros risque par les unes et le petit risque par l'autre.* »

C'est ainsi que sans surprise aucune mais avec colère, je pris acte des propos du candidat à la présidentielle (ancien directeur de campagne du candidat Balladur) en novembre 2006, devenu depuis président de la République.

« Pourquoi ne pourrait-on pas considérer l'assurance maladie comme une assurance automobile et mettre en place ainsi des franchises ? Après tout il y a le mot assurance, non ? »

Je fus de ceux qui participèrent au soutien et la diffusion de la pétition contre les franchises dites médicales (avec les Docteurs Christian Lehman et Martin Winckler, tous deux écrivains reconnus par ailleurs) ... sans grand succès hélas, personne ne voulant voir plus loin que le bout de son nez !

Voici comment j'expliquais et explique encore cette dérive et le risque de voir notre système se transformer en simple système assurantiel à la mode helvétique (cf. supra tableau des financements des autres pays).

AMO : Assurance-Maladie Obligatoire
AMC : Assurance-Maladie Complémentaire (mutuelles)
AMS : Assurance Maladie Supplémentaire

Avant !

AMO (70%)	AMC (30%)
-----------	-----------

Maintenant !

AMO (part de plus en plus réduite)	AMC (même niveau par obligation gouvernementale)	Reste A Charge ??? => AMS !
------------------------------------	--	--------------------------------

En effet la subtilité du système est qu'il est empêché à l'AMC de couvrir ce qui n'est plus pris en charge par l'AMO. Cela implique que ce que l'on appelle le **Reste à Charge** de l'assuré est de plus en plus grand et que in fine, une porte est bien ouverte aux assurances privées qui ne couvriront que ce « petit risque » si habilement évoqué par M Balladur dans les années 93-95. Cela sera donc la nécessité pour l'assuré de souscrire une assurance maladie supplémentaire (AMS) !

D'ailleurs il suffit de constater le nombre de groupes d'assurances qui se sont mis en état de proposer des assurances santé avec plus ou moins de bonne foi !!!

5. Le glissement progressif de la classe moyenne vers le « moins de soins ».

Depuis une dizaine d'années, je ne peux que constater un glissement de la classe moyenne vers moins de soins, ou plutôt vers un retard à l'accès aux soins. En effet, il ne m'est plus rare de voir des pathologies évoluées et ce, parfois dramatiquement (cancer des poumons, thyroïde, mésothéliome pris à un stade tardif),

Ce retard à la consultation s'explique aisément par ce reste à charge qui ne cesse d'augmenter.

Ce retard est surtout objectivé dans la classe moyenne, malgré l'adhésion à une mutuelle qui rappelons ne couvre dans sa définition qu'à hauteur des tarifs de la sécurité sociale.

Les classes aisées en général se dotent d'une « mutuelle - assurance » couvrant les dépassements et les classes pauvres sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

On mesure bien là le fardeau que doit supporter la classe moyenne y compris dans l'accès aux soins. Classe moyenne qui contribue chaque fois de ses euros à la solidarité mais qui n'en peut plus elle-même !

III. REFLEXIONS

1. Un déficit ?

Chaque année, les chiffres du déficit de la Sécurité Sociale sont rendus publics et donnent le tournis ! Cette année le chiffre de 17 milliards d'euros est annoncé. On peut toutefois noter qu'il s'agit du chiffre global portant sur les 4 branches, mais l'amalgame est toujours de mise. Car cela permettra sans remords d'asséner encore une fois des mesures d'ordre comptable pour « sauver la sécu ».

Il se trouve que la structuration de la sécurité sociale n'a pas changé depuis sa création. En effet la principale source du financement reste les cotisations assises sur le salaire donc sur le travail. Or depuis les grandes lois sociales prises d'abord sous le septennat de M. Valéry Giscard d'Estaing, permettant aux ayants droits de bénéficier de la couverture sociale, le nombre d'assurés a été en profonde augmentation, jusqu'aux lois dites Juppé où chacun des habitants de France peut désormais prétendre à une couverture sociale, y compris les plus démunis par le biais de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Le déficit est donc structurel !

Comment est-il possible de penser corriger ce déficit structurel par des mesures plutôt comptables qui aboutissent in fine à augmenter les inégalités d'accès aux soins ? Or n'est-ce pas ce que nous voyons depuis la trentaine de plans dits de sauvetage de la Sécurité Sociale ?

Michel Rocard dans sa conception de la CSG avait pensé mettre un terme à l'assise des recettes sur le travail. La commission Marceau Long avait proposé un budget social basé sur l'impôt qui pourrait être naturellement la CSG.

Cela n'a pas été suivi d'effet. Dans quel but ?

Il me semble plausible de penser que ce déficit est réfléchi et utilisé sciemment afin de permettre l'ouverture vers un autre système. Pour étayer cela, je me rappelle la précipitation du groupe AGF avant même la promulgation des franchises avec la mise en action de son contrat « avantage ».

Alors quelle est donc la réalité de ce déficit ? le but poursuivi ?

2. Regarder par l'autre bout de la lorgnette !

Dans toute ma réflexion, n'ayant pas de qualité ni de compétence en économie, je me suis toujours efforcé de regarder les choses à ma seule place qui est celle d'un soignant. Ainsi, je ne peux que considérer la trajectoire du malade ou du demandeur de soins. Je ne peux de la même manière que considérer ce qui a prévalu à la singularité de notre système de protection sanitaire et sociale qui dans le domaine de la santé est une solidarité du bien portant au malade.

Nous sommes aujourd'hui dans un contexte où la demande de soins a fait place à la demande de santé.

Cela est-il possible quand on continue à parler d'assurance-maladie ? Or ne faut-il pas considérer la santé comme un tout et en particulier selon la définition de l'OMS, comme un état de bien être tant physique que moral et social voire environnemental ?

Et si nous abordions cette réflexion sous l'angle de celui qui doit en être bénéficiaire afin de dessiner les contours d'une organisation qui vise à permettre cet état de bien être ? Partir du besoin en santé et non en soins pour évoquer son nécessaire financement ?

Partir du besoin de santé exprimé par le citoyen pour organiser un système de distribution plus adapté ?

Cela ne signifie-t-il pas alors de tout remettre à plat et de prendre acte de notre désir d'aspirer à une meilleure santé et de permettre alors à la prévention primaire dans son acception littérale de s'exercer ? Or n'est-il pas juste de dire que l'acte de prévention en lui-même ne peut être pris en charge vu qu'il ne peut par définition être couvert par une assurance maladie qui ne prend en charge que le critère maladie. (itération volontaire !)

Si on prend ce pari là, ne donne-t-on pas aussi toutes ses chances à la médecine dite générale d'être la charpente du système de santé ?

Cela ne signifie-t-il pas alors de donner une définition claire à cet exercice ? En effet, il suffit d'interroger autour de soi et de demander quelle définition donner à la médecine générale. Invariablement la réponse tournera autour de ce que fait son propre médecin généraliste, appelé désormais et stupidement médecin traitant.

Or comme je l'ai dit précédemment, je me veux être un médecin qui accompagne une personne durant une période donnée de sa vie, qui guérit parfois, soulage souvent et reconforte toujours.

Cette incapacité pour chacune des personnes interrogées de donner une définition commune à l'exercice de la médecine générale est bien significative, n'est-ce pas ?

3. La protection sociale et sanitaire : mission régaliennne ou simple gestion ?

Si l'on veut regarder par l'autre bout de la lorgnette, et partir de l'aspiration de chacun d'entre nous à être et vivre en bonne santé selon la définition de l'OMS, il faut avoir le courage de poser cette question simple.

La protection sanitaire et sociale est-elle une mission régaliennne de l'Etat, au même titre que la transmission des savoirs ou alors n'est-elle que simple affaire de gestion entre l'offre (le panier de soins) et le besoin ressenti ?

Il faut bien noter que depuis trente ans, seule la notion du **panier de soins** a été mise en avant. Et que malgré tout ce qui a pu être dit et clamé au sujet de la non volonté politique de pratiquer une maîtrise comptable des dépenses de santé (maladie ?), par l'utilisation impropre de l'expression « maîtrise médicalisée », seule une notion comptable a prévalu dans la réflexion. Au lieu de vouloir soigner des enfants, des femmes et des hommes, il ne s'est agi que de soigner des colonnes de chiffres.

Bien sûr, le parlement a été associé à la discussion et a désormais pour mission de fixer un objectif national des dépenses d'assurance maladie, mais est-ce suffisant en terme de clarification des rôles de la gouvernance ? Qui fait quoi ?

Quel est le rôle défini aujourd'hui à l'Etat dans la protection sanitaire et sociale ? Quel est celui de l'UNCAM ?

Quel sens est donné au dialogue entre chacune des parties qui autrefois « pilotaient » la sécurité sociale ? Où est la notion « salariés - patronat » ? Quel est le sens donné à la convention médicale quand celle-ci est définie dans un cadre déjà fixé par la loi ?

Mais en même temps où est la responsabilité réelle de l'Etat quand celui-ci se défausse sur les organismes de gestion de la sécurité sociale ?

Alors qui fait quoi ?

Alors peut-on encore tolérer un pareil embrouillamini où personne ne sait qui est responsable de quoi, qui pilote vraiment l'avion ?

Personnellement, je crois qu'il revient à un Etat de protéger ses citoyens et leur permettre d'aspirer à une existence en santé. Cela signifie pour moi qu'il convient d'arrêter de raisonner en simple gestionnaire mais à exercer du sens politique réel.

Quel dessein avons-nous dans le domaine de la santé ?

Je considère ainsi que cette mission de protection revient à l'Etat et signifie alors qu'il s'agit d'une mission régaliennne au même titre que peut l'être l'éducation nationale ou plutôt celui de la transmission des savoirs et de l'instruction publique.

Peut-on poser cette question de savoir si la mission de protéger chacun d'entre nous en terme de Santé est une mission régaliennne ou une simple affaire de gestion ?

4. Faut-il comparer notre système de santé avec d'autres et notamment avec ceux existant dans l'Union Européenne ?

Le tableau présenté ci avant montre les différents modes de financement des divers systèmes de santé existant au niveau de l'UE. On peut constater que certains pays pratiquent l'impôt, d'autres les cotisations ou la mise en œuvre de système assurantiel pur pour ne pas dire d'ordre privé.

Mais quelle est la philosophie qui anime en termes de protection les autres pays ? Ne peut-on pas dire en fait que tous ces pays se ressemblent par la notion du risque assuré et financé soit par l'impôt ou la cotisation ou la prime d'assurance ?

Quelle a été notre philosophie à l'origine de notre système de protection sociale et sanitaire ?

La répartition ? Mais de quoi ? Surtout pas de l'épaisseur du portefeuille des uns et des autres. Pierre Laroque avait eu cette vision humaniste de sortir l'argent du débat !

Peut-on garder cette utopie de sortir l'argent de ce débat ?

Je crois vraiment que cela est possible et même nécessaire.

Il me semble ainsi que parce que notre système est singulier et basé sur cette solidarité du bien portant au malade, de celui qui a un travail vers celui qui n'en a pas, du jeune vers l'agé, nous ne pouvons, nous comparer aux autres systèmes existants. Je crois aussi que le projet amorcé outre-atlantique essaie de reprendre cette philosophie définie par Pierre Laroque. Une autre vision de la répartition !

IV. Quelques expressions de propositions.

Au travers de ma vision particulière, de ma réflexion au travers de mon œil de soignant, mais aussi de mon éducation reçue, de mon engagement politique, au sein du Mouvement démocrate en remontant à mon adhésion au **Centre des Démocrates Sociaux**, je peux aborder quelque expression de propositions afin d'apporter de la matière au débat sur ce sujet de prime importance.

A. Gouvernance

1. Principe

Le principe de la répartition tel que défini par Pierre Laroque lors de la création de la Sécurité Sociale doit être préservé et être prémuni de toute tentative d'intrusion de la notion d'argent et de profit.

Comme a été introduit le principe de précaution dans la Constitution Française, il convient de faire entrer dans celle-ci la vision singulière de la répartition à la française s'agissant de protection sociale et sanitaire.

2. Du rôle de l'Etat

Il est confié à l'Etat la mission régaliennne de protéger chacun de ses enfants et de leur permettre d'aspirer à plus de santé selon la définition de l'OMS, cela au même titre que la transmission des savoirs et l'instruction ou de la défense du territoire.

3. De la révision du statut de la Sécurité Sociale

C'est ainsi que la Sécurité sociale ne peut bénéficier du statut d'organisme public de gestion privé mais devient appartenant d'Etat. Le paritarisme invoqué n'étant de fait plus de mise, les postures des uns et des autres disparaissent de fait et les responsabilités apparaissent clairement aux yeux de chacun des citoyens.

Cela veut donc dire que l'on fait désormais rentrer dans le budget de la nation, celui de la sécurité sociale. Le déficit artificiellement créé disparaît ainsi de par cette définition.

4. Inscription dans la Constitution

Afin d'asseoir cette mission régaliennne et le principe de répartition tel qu'évoqué supra il est mis en place un référendum pour modifier la Constitution et inscrire cela, comme cela a été fait lors de l'inscription du principe de précaution..

B. Organisation du système de distribution des soins

1. Charpente

En partant du principal intéressé, l'organisation du système de distribution des soins est revue dans un cadre d'ordre public. Liberté à ceux ne voulant pas y entrer de faire comme bon leur semble, selon toutefois les éléments actualisés de la Science, mais sans aide de l'Etat.

La charpente de ce système devient naturellement la médecine générale qui est alors définie comme un exercice d'accompagnement d'un assuré au cours d'une période donnée, librement consentie et basé sur la confiance réciproque. Cette mission est définie selon des rôles de premier recours, de coordination et de continuité des soins.

Cette mission prend en compte outre les éléments d'ordre purement thérapeutique afférents à la maladie, les éléments de prévention qu'ils soient d'ordre primaire (éducation et conseil) et secondaire (dépistage).

2. Evaluation des besoins

Il est confié à chacune des régions dont le format sera revu pour être homogène (selon les principes de la subsidiarité et de la péréquation des ressources), l'évaluation régulière des besoins de la population au travers des ORS. A cet égard, un débat devra s'engager sur la notion d'efficacité et revoir la notion de « concentration » des services de soins qui est contraire à l'esprit de proximité donc d'égalité des chances devant l'accès aux soins.

3. Articulation entre le système hospitalier et extra hospitalier.

De par la mission régaliennne, l'articulation entre le système hospitalier et extrahospitalier apparaît comme par enchantement.

En effet, chacune des deux parties du vase communicant qu'utilise le citoyen dans son besoin de santé a un rôle clairement défini et la coordination est naturelle, voire implicite.

Une seule loi commande ces deux parties !

Une seule loi définit les rôles et les missions de chacun des acteurs du système de santé

4. A propos des médecins

C'est ainsi que l'exercice du soignant devient une mission de service public. Chacun des acteurs a un vrai cahier des charges à respecter avec une évaluation qui est induite dans la formation dite continue.

Il y a aujourd'hui un problème lié à la démographie médicale (féminisation avec un exercice en libéral différent car non exclusif, « déserts médicaux » de par le non désir de s'installer en libéral alors que le nombre de médecins formés a augmenté !). Cette mission de service public avec un exercice rénové permettra de prendre en compte ces évolutions.

Ainsi afin d'assurer l'efficacité du système il faut garder le lien principal entre le médecin et le souffrant. **Ce lien s'appelle la confiance.** Aussi il me semble dangereux de vouloir adopter des systèmes concentrationnaires (maison médicale) où le contact relationnel serait considérablement dilué, car on s'occuperait davantage de dossiers que de malades.

De même on constate cette tendance concentrationnaire au niveau des établissements de santé. (regroupement des structures en de grands établissements mais volontairement excentrés, l'exemple de la ville de Lyon est à ce sujet très significatif). Cet éloignement des structures de soins ne permet plus de garantir une égalité d'accès aux soins. Les exemples sont nombreux dans les retards d'accès et leurs conséquences létales quant aux prises en charge des infarctus (Thierry Gilardi) ou des accouchements. Ne peut-on pas imaginer des antennes techniques de proximité ?

Il ne s'agirait pas d'augmenter l'offre de soins car elle serait inscrite dans le schéma rénové de l'organisation mais d'améliorer le recours aux soins et donc de diminuer les inégalités d'accès.

Concernant la rémunération des médecins dans ce cadre public, il convient de séparer le médecin accompagnant de celui qui intervient en deuxième intention.

Le paiement à l'acte peut se concevoir pour la seconde catégorie mais concernant le médecin accompagnant il est logique de revoir le mode de rémunération et de mettre en place une forfaitisation par personne accompagnée (passage vers une capitation revisitée à la française).

Enfin et cela entre dans le caractère de la régulation et de l'évaluation des besoins, il me semble nécessaire de revoir le mode d'entrée dans le cursus universitaire des futurs médecins. Plutôt que d'asseoir la sélection en fin de première année du premier cycle des études médicales, ne vaudrait-il pas mieux sachant qu'une formation dure 10 ans en moyenne, faire cette sélection en amont via un concours d'entrée.

Je considère que l'idée d'université n'a pas de sens dans cette formation mais à l'instar des écoles d'ingénieurs ou de l'art vétérinaire, il faut avoir le courage de reparler d'École de médecine et de la **remettre** en place.

Ainsi un concours d'entrée aux Ecoles de Médecine serait proposé aux bacheliers, comme on peut d'ailleurs le constater s'agissant des Ecoles du Service de Santé des armées (dont je suis issu). Par cette révolution, on se donnerait les moyens d'agir de manière prévisionnelle sur la démographie et faire en sorte de ne pas être pris au dépourvu. On permettrait aussi à ceux qui n'y intégreraient pas de ne plus subir tout au long de leur vie la frustration et le sentiment d'injustice quand ils ont été « reçus collés ».

En résumé :

Il s'agit donc de faire une réforme en profondeur avec la mise à plat du « mille-feuilles » de la sécurité sociale.

1. Un seul régime pour tous d'ordre public (il n'est plus possible à mon sens de conserver des régimes spécifiques comme celui des gaziers, des mines etc...) avec fusion de tous les régimes.
2. Une seule loi pour l'ensemble du système de distribution des soins pour bien prendre en compte la trajectoire du malade et de l'assuré et non les intérêts des effecteurs.
3. Pour ce faire il conviendra d'abroger la loi du 13 août 2004 et celle dite HPST, la loi portant la mise en place des franchises médicales (processus qui ne correspond pas au principe de la répartition), de revoir l'organisation opaque de l'UNCAM et faire que les médecins de la sécurité sociale soient d'abord des médecins conseils plus que des contrôleurs administratifs
4. S'agissant de la pérennité de la répartition à la française (bien portant au souffrant) s'assurer par référendum de la volonté des citoyens français.
5. Mise en place d'école de médecine en lieu et place de l'université

6. Paiement forfaitaire pour la médecine générale (fin du paiement à l'acte et sortir l'argent du colloque singulier)
7. Formation continue obligatoire au travers d'une passerelle permanente avec la faculté
8. Assurance de la permanence des soins avec la mise en place du meilleur outil choisi et défini par les médecins de garde de chaque secteur. (maison médicale ou régulation libérale, etc..)
9. Liste de proposition non exhaustive mais alléger la charge administrative et notamment la multitude de papiers inutiles pour justifier quoique ce soit.

CONCLUSION

Toute ma réflexion s'est faite sur la vision que j'ai du système en restant à ma place de soignant et sur ma fidélité à la singularité du principe de répartition imaginée par Pierre Laroque.

Parce que je sais d'où je viens et quelle fût l'idée même de notre système de protection sociale et sanitaire, je sais où je veux aller. Tel est l'objectif de cette synthèse.

Je pense aussi qu'il faut savoir rêver et se proposer de montrer l'intérêt que l'on porte aux enfants, aux femmes, aux hommes, nos concitoyens qui font ce que nous devons être, une société de cohésion.

Bien sûr il ne s'agit pas d'une analyse chiffrée ou de propositions clé en mains mais d'idées rêvées mais toutefois possibles à condition d'en avoir le courage et d'éclairer les enjeux.

Ne dit-on pas que l'art de la politique est l'art de faire rêver ?

Alors pourquoi ne pas offrir ce rêve à nos concitoyens afin de leur permettre d'évoluer en Santé tout au long de leur vie. et faire en sorte que demain soit mieux qu'hier ?

A Lyon

Jean-Claude JOSEPH
Médecin

ÉVÈNEMENT

TÊTE D'AFFICHE... TÊTE D'AFFICHE... TÊTE D'AFFICHE... TÊTE D'AFFICHE... TÊTE D'AFFICHE...

Optimisme sur ordonnance

« Français, votre santé fout le camp »... c'est la sonnette d'alarme tirée par la COMERLY, fondée par le docteur Jean-Claude Joseph. Et pourtant, ce dernier garde le moral.

CHEZ les Joseph, le dimanche est consacré à la politique. Les trois frères de Jean-Claude, engagés dans la fonction publique, soutiennent l'un Mitterrand, l'autre Rocard, le troisième Chevènement, tandis que le jeune médecin possède depuis dix ans sa carte du CDS. L'esprit de corps, Jean-Claude Joseph ne l'a pas tellement, c'est d'ailleurs ce qui l'a amené à appeler la COMERLY: coordination des médecins de la région lyonnaise. Médecins, et non pas médecins, pour bien marquer sa volonté d'inclure dans ce mouvement tous les professionnels de la santé. Une démarche qui ne fait pas tou-

Superdocteur
« Un moment, j'ai été attiré par MG France, mais je me suis rendu compte que ce syndicat défendait plus le médecin généraliste que la médecine générale. Quant au syndicat des médecins du Rhône, le plus important à Lyon, il a fait preuve de son incompétence en 1982, lors de notre opposition à la loi instituant l'internet pour tous », dit-il pour expliquer le « coup de sang » qui l'a poussé à monter il y a deux

ans la COMERLY, qu'il définit comme étant « l'aiguillon des organisations représentatives ». Le Dr. Jean-Claude Joseph a le sens des formules. Son idéal, c'est le médecin généraliste « superdocteur » à l'américaine, c'est-à-dire meilleur que les autres.

En attendant, il se bat contre la « politique de gestion comptable » menée dans le domaine sanitaire par le gouvernement - tous les gouvernements. Mais au train où vont les choses, quand Bruno Durieux, ministre de la Santé, remet en cause le paiement à l'acte, automatiquement inflationniste, tandis que les biologistes viennent d'accepter, même sous la contrainte, le principe d'une

enveloppe globale pour les analyses médicales, n'est-ce pas un combat d'arrière-garde? « Pas du tout, se défend-il, la preuve en est qu'aujourd'hui, nos idées passent ». Pas dans la presse médicale, qu'il accuse d'être « à la solde des laboratoires », mais chez les élus « de droite comme de gauche », précise-t-il en citant Raymond Barre, Charles Millon, Michèle Barzach, Jean-Michel Dubernard ou Jean-Louis Touraine...

Ceux-ci rejoindraient la COMERLY sur trois points: la nécessité de réaliser un audit indépendant sur le système de soins, d'engager une réflexion sous la forme d'États Généraux et de préparer une loi d'orientation quinquennale.

responsabiliser les prescripteurs et les patients. « La plus grosse déception qu'ait faite Raymond Barre, accuse ce fidèle conditionnel, c'est d'avoir mis en place le secteur II. Au lieu de modifier leurs honoraires et avec tact et mesure, en fonction de l'importance de l'acte, les médecins imposent à leurs patients le même tarif ».

Jean-Claude Joseph se montre tout aussi opposé

à un « contrat de santé » initié par MG France dans le but de fidéliser le public: « Il se vante de conduire à de véritables « centres de situation », alors que je pense qu'un médecin qui n'a pas de clientèle doit, soit changer son comportement envers les malades, soit changer de métier ». Un diagnostic dur à avaler pour la profession.

Bien que le responsable de la COMERLY soit aussi vice-

président de la Coordination nationale de défense de la santé, n'est-il pas isolé aujourd'hui? On n'entend guère s'exprimer les autres mouvements départementaux. « C'est vrai, après la manifestation historique de l'an passé, la souffite est retombée. Mais c'est la propre des coordinations de pousser et de disparaître, comme les champignons ». Il suffirait alors d'un simple coup de cha-

leur pour faire sortir les médecins de leur mousse. Mais encore faudrait-il que les « médicaux » et les patients censés les soutenir aient les mêmes objectifs, donc les mêmes intérêts. Pour n'avoir pas voulu tomber dans le corporatisme et pour avoir choisi d'emprunter les chemins de traverse, la COMERLY a des idées toute seule.

C. C.



C'est aux « trois Dômes », le restaurant panoramique du soir, que le docteur Jean-Claude Joseph s'est confié aux journalistes de Lyon-Matin Christine Cognat et Jean Pierre Gris-Maly.

Coup de chaleur
Résolument optimiste, le Dr. Jean-Claude Joseph pense que la prochaine réforme hospitalière sera l'occasion d'un vrai débat parlementaire... bien que celui sur la CSG (contribution sociale généralisée) ait été balayé à la session d'automne. Tout en reconnaissant que le terme « libéral » est impropre à une médecine gérée par la Sécurité sociale, et qu'à la limite, un financement prélevé sur l'impôt vendrait mieux, le président de la COMERLY se déclare très attaché à ce système, le seul selon lui, capable de



Jean-Claude Joseph

médecin, libéral et Pondichéryen

NÉ il y a bientôt 34 ans à Nîmes dans le Gard, le docteur Joseph épouse le lait et l'allure des héros de Kipling. D'origine indienne d'une éducation chrétienne mais conservant dans ses gènes les traces indélébiles de son grand-père hindou et brahmine, il porte dans son cœur la flamme tricolore du drapeau français qui flottait, autrefois sur Mahé, Chandernagor, Goa, Karikal, Yanaon et Pondichéry, cette dernière ville, berceau de sa famille où il parlait français avec ses parents et anglais avec les domestiques, ce qui conduit à se poser des questions quand on revient en métropole, qu'on est considéré comme un immigré « parce que le suis différent de ce que je suis là ». Avec quand même le bêtard-rouge d'un grand-père mort à Verdun, de 20 ascendants morts sous l'uniforme sur différents théâtres d'opération et d'un père engagé volontaire en Indochine-Dien Bien Phu compris à l'âge de 17 ans.

Famille militaire obligé, Jean-Claude Joseph suivra les cours secondaires du Prytanée militaire avant d'intégrer l'École de santé militaire de Lyon. La « grande muette » et ses contraintes n'étant pas son fort, il sera privé d'aller étudier ailleurs et s'inscrit à la Fac de médecine où il suivra les cours de 76 à 85. Avec la grande inconnue de 83: la réforme Savary.

Trois mois avant le concours de l'internet, on ignore les modalités des épreuves.

Longues mains, voiture corfordienne, le docteur Joseph anime la Comerly, la coordination des médecins de la région lyonnaise où il défend le libéralisme social tout comme il le fait dans les réseaux barbares dont il est un fidèle.

Maré à une Françoise ayant vécu au Maroc, il élève ses deux petites filles en se nourrissant de cuisine épicée et notre éducation orientale à tous les deux », et se bat farouchement contre les contrats de santé en s'appuyant sur 300 cotisants à « jour » et 800 sympathisants.

Un personnage qui tient du



Le docteur Joseph: un style corfordien.
Don Quichotte exotique et du « Livre de la Jungle » réunis.
J.P.G.M.

27/02/1998
"Le Progrès de Lyon"

AGENDA DE CAMPAGNE

Vendredi 27

Candidat du Front national, Bruno Gollnisch est l'invité du **Forum RMC-Le Progrès** entre 18 h 15 et 18 h 45. Sur 104.2 FM

Face à face pour les élections régionales entre **Charles Millon** et **Jean-Jack Queyranne**, tous deux candidats annoncés à la présidence du Conseil régional de Rhône-Alpes. Cette émission politique est organisée par trois radios lyonnaises : Classique (96.5), Espace (96.9) et Jazz (97.3).

Ce face à face est diffusé à 12 h 30 sur Radio Espace et Fréquence Jazz et à 19 h 30 sur Radio Classique.

- Réunion publique de **Sylvie Guillaume** et la liste « Ensemble, ça change tout » sur l'emploi, à Ecully, salle de l'Orangerie à 20 h 30.

- Réunions publiques de **Charles Millon** et **Alain Mérieux** à 19 heures salle Renoir à Roanne et à 20 h 30 à l'Auditorium de Villefranche-sur-Saône.

Samedi 28

- **Jean-Jack Queyranne** participe à un meeting avec **François Hollande**, premier secrétaire du Parti Socialiste, à Annonay Davezieu (Ardèche) à 18 heures.

- Réunion publique à 11 h 15 à la Maison des Associations à Oullins en présence de **Sylvie Guillaume**.

- Réunion publique à la permanence lyonnaise, 45 rue de la Bourse, sur la jeunesse, l'emploi, le sports, la culture et les lycées.

Dimanche 29

- Réunion publique avec **Sylvie Guillaume**, salle des Associations à Brindas à 20 h 30.

LES ÉLECTIONS

VUES PAR...

UN MEDECIN

Pour une santé de proximité gérée par la Région

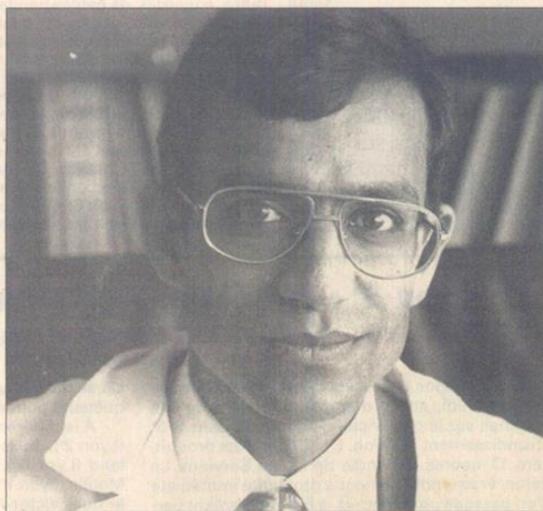
Il n'en est pas encore revenu. Comme tous ses confrères, le Dr Jean-Claude Joseph vient de recevoir un questionnaire de la liste « Oui à Rhône-Alpes » de Charles Millon lui demandant de classer les actions les plus pertinentes de la région pour la santé, de la mise en réseau des professionnels à l'informatisation des cabinets médicaux, en passant par l'aide à la télémédecine ou à l'enseignement post-universitaire. « *Le problème, c'est qu'aucune de ces missions*

n'entre dans le champ des compétences de la Région. Soit les élus ne le savent pas eux-mêmes, soit ils font de la démagogie en citant en vrac les thèmes d'actualité qui intéressent les médecins », analyse-t-il. Et cela le choque d'autant plus que pour lui, la région constitue le meilleur découpage administratif pour mener à la fois une politique de santé de proximité et de niveau européen, à égalité avec ses voisines allemandes, italiennes ou espagnoles.

« *La région dispose des outils nécessaires, comme l'Observatoire régional de la Santé ou l'Agence régionale de l'hospitalisation qui ne devrait plus dépendre du gouvernement mais de l'assemblée régionale. Elle pourrait jouer un rôle dans le domaine de l'épidémiologie, dans celui de la prévention, en ciblant au plus près les campagnes d'information et de dépistage, elle pourrait réduire les inégalités sanitaires en réorganisant l'offre en fonction des besoins locaux, elle pourrait favoriser l'accès aux soins en améliorant les transports, alors qu'elle n'est sollicitée que pour verser des subventions* ». Ce manque de moyens va de pair, selon lui, avec l'absence de lisibilité d'un projet régional desservi par la conjonction des élections cantonales et régionales : « *il y a trop de régions, il faudrait revenir à la notion géographique de province, et il y a un échelon de décision de trop, le département* ».

Il y a quelques années, le Dr Joseph avait créé une association, la COMERLY (coordination des médecins de la région lyonnaise), qui se voulait une cellule de réflexion en amont des actions syndicales. Il l'a dissoute le jour où il a compris qu'il faisait office d'expert pour n'importe quelle question médicale, ce qu'il n'est pas. C'est dans le même esprit qu'il s'oppose au cumul des mandats. « *Cela fait double emploi. On ne sait plus qu'il fait quoi. Je pense aussi qu'on ne devrait pas être élu plus de deux fois. Une fois installés, les hommes politiques comme les responsables syndicaux n'agissent plus, ils vivent sur leurs acquis dans le confort de leur mandat. Il faut savoir soi-même se remettre en cause* ».

C.C.



Pour Jean-Claude Joseph, médecin généraliste à Lyon, la conjonction des deux élections fait perdre de vue le projet régional, seul niveau de décision, selon lui, à pouvoir mener une politique de santé de proximité et de niveau européen