

Mutualité Française  
255, rue Vaugirard  
75019 Paris  
Tél. 01 40 43 34 96  
Fax 01 40 43 63 33

Réponses de Jacques Cheminade, candidat à l'élection présidentielle de 2012

- 1) Quels engagements comptez-vous prendre pour assurer le retour à l'équilibre des comptes et mettre fin au report de nos dépenses sur les générations futures ?

Jacques Cheminade :

**Il faut sauver la Sécurité sociale.** Pour imposer une contraction des soins, dans la perspective de rentabilité comptable du système financier, l'on nous rebat les oreilles avec le « trou » de la Sécurité sociale.

Or les comptes de cet organisme montrent bien que ce « trou » a pour causes principales :

- la montée du chômage, qui accroît les charges et réduit les cotisations ;
- le vieillissement relatif de la population, qui exige plus de soins ;
- les insuffisances d'une politique de prévention ;
- l'exonération de charges en faveur des entreprises ;
- le fait que des fonds collectés par l'État au titre de diverses taxes, prévues pour compenser l'effet négatif sur la Sécurité sociale des exonérations sociales sur les bas salaires, ont été détournés par ce même État vers d'autres usages.

C'est ainsi la Sécurité sociale qui a été volée par l'État. Les comptes révèlent un « manque à gagner » de l'ordre de 20 milliards d'euros, bien plus élevé que le déficit du régime général, qui est aujourd'hui de 13,9 milliards !

Or l'on utilise ce « trou » pour tenter de culpabiliser les Français sur le coût de leurs soins et imposer une série de mesures allant à l'encontre du principe d'égalité des soins et de solidarité sociale. C'est toute l'idée de solidarité et de traitement égal qui se trouve mise en cause, avec l'arrière-pensée de lui substituer une logique d'assurance.

Je dis « non », absolument « non » à cette dérive. **L'État doit simplement cesser de voler la Sécurité sociale et de culpabiliser les assurés ; le droit aux soins est une priorité absolue que le poids des exonérations sociales sur les salaires (qui trop souvent d'ailleurs favorisent une déqualification du travail) ne doit jamais entraver.**

En réalité, l'on crée une situation où être malade va devenir un luxe. En revenir à l'esprit de justice sociale de 1945 dans les conditions du XXI<sup>e</sup> siècle suppose une orientation radicalement opposée à celle suivie depuis plus de quarante ans par tous les gouvernements de droite comme de gauche qui ont adopté le libéralisme financier.

Dans cette perspective, je propose de revenir à un niveau moyen de remboursement des soins courants de 55 % actuellement au taux originel de 80 %. Cela coûterait environ 8 milliards d'euros. De plus, il faut rembourser normalement, en relevant rapidement leur niveau, les soins auditifs, d'optique et dentaires. L'on gagnera globalement à ce que les patients se fassent traiter en France plutôt qu'en Roumanie ou en Hongrie. Il est aussi scandaleux que nous disposions de trois fois moins d'équipements d'imagerie par résonance magnétique (IRM) que l'Allemagne et pas assez de scanners. Un effort intelligent et massif d'équipement est donc aussi nécessaire. Nous arriverions ainsi, en y ajoutant le coût supplémentaire réel du financement de la dépendance, à un total annuel d'environ 5 milliards d'euros, s'ajoutant aux 8 milliards, ce qui correspond à un point de CSG prévu dans mon projet (un point de CSG égale environ 13 à 14 milliards d'euros de rentrées fiscales).

De plus, la TVA sociale prendrait en charge une partie de ce coût car elle permettrait de supprimer les exonérations de cotisations sociales excessives.

Enfin, un tel système distribuerait du pouvoir d'achat à ceux qui ont le plus besoin d'améliorer leur niveau de vie, à un moment où nous devons faire tourner le moteur de la consommation. L'activité économique se reprenant, dans le cadre général de mon projet et par ce choix politique en matière de santé, le chômage baisserait et donc le poids qu'il représente.

Le bénéfice général induit par cette démarche dépasserait ainsi son coût.

Il reste de véritables économies à faire. Il faut engager une évaluation médico-économique des médicaments remboursés. Le scandale du Médiateur a rendu l'opinion prête à comprendre cette révision : des taux de remboursement à 15 % ou même 30 % n'ont pas de sens, et entre deux produits d'efficacité déclarée identique, c'est le moins cher qu'il faut rembourser. La France est l'un des pays les plus mal placés en matière de **recours aux génériques**, qui ne représentent que 25 % du marché pharmaceutique, contre 55 % en Allemagne. S'ils étaient utilisés dans des proportions semblables à celles de notre voisin, nous pourrions atteindre près de 3,5 milliards d'euros d'économies par an. Une politique plus courageuse vis-à-vis des laboratoires permettrait, en tout état de cause, de réduire nos dépenses. En même temps, **dans la société plus juste que nous voulons, les dépenses de produits somnifères, anxiolytiques et timorégulateurs baisseront rapidement.** Restent enfin les vraies sources d'économies à faire dans les hôpitaux publics.

- 2) Comment envisagez-vous de mettre un terme à la différence entre les prix réels et les bases de remboursement, phénomène qui se banalise et s'amplifie risquant ainsi de conduire l'ensemble des secteurs à la situation que nous connaissons pour l'optique, domaine dans lequel l'Assurance maladie ne rembourse plus que 4% de la dépense ?

JC :

Je dis « non », absolument « non » à cette dérive. **L'État doit simplement cesser de voler la Sécurité sociale et de culpabiliser les assurés ; le droit aux soins est une priorité absolue que le poids des exonérations sociales sur les salaires (qui trop souvent d'ailleurs favorisent une déqualification du travail) ne doit jamais entraver.**

En réalité, l'on crée une situation où être malade va devenir un luxe. En revenir à l'esprit de justice sociale de 1945 dans les conditions du XXI<sup>e</sup> siècle suppose une orientation radicalement opposée à celle suivie depuis plus de quarante ans par tous les gouvernements de droite comme de gauche qui ont adopté le libéralisme financier.

Dans cette perspective, je propose de revenir à un niveau moyen de remboursement des soins courants de 55 % actuellement au taux originel de 80 %. Cela coûterait environ 8 milliards d'euros. De plus, il faut rembourser normalement, en relevant rapidement leur niveau, les soins auditifs, d'optique et dentaires. L'on gagnera globalement à ce que les patients se fassent traiter en France plutôt qu'en Roumanie ou en Hongrie. Il est aussi scandaleux que nous disposions de trois fois moins d'équipements d'imagerie par résonance magnétique (IRM) que l'Allemagne et pas assez de scanners. Un effort intelligent et massif d'équipement est donc aussi nécessaire. Nous arriverions ainsi, en y ajoutant le coût supplémentaire réel du financement de la dépendance, à un total annuel d'environ 5 milliards d'euros, s'ajoutant aux 8 milliards, ce qui correspond à un point de CSG prévu dans mon projet (un point de CSG égale environ 13 à 14 milliards d'euros de rentrées fiscales).

De plus, la TVA sociale prendrait en charge une partie de ce coût car elle permettrait de supprimer les exonérations de cotisations sociales excessives.

Enfin, un tel système distribuerait du pouvoir d'achat à ceux qui ont le plus besoin d'améliorer leur niveau de vie, à un moment où nous devons faire tourner le moteur de la

consommation. L'activité économique se reprenant, dans le cadre général de mon projet et par ce choix politique en matière de santé, le chômage baisserait et donc le poids qu'il représente. Le bénéfice général induit par cette démarche dépasserait ainsi son coût.

Il reste de véritables économies à faire. Il faut engager une évaluation médico-économique des médicaments remboursés. Le scandale du Médiateur a rendu l'opinion prête à comprendre cette révision : des taux de remboursement à 15 % ou même 30 % n'ont pas de sens, et entre deux produits d'efficacité déclarée identique, c'est le moins cher qu'il faut rembourser. La France est l'un des pays les plus mal placés en matière de **recours aux génériques**, qui ne représentent que 25 % du marché pharmaceutique, contre 55 % en Allemagne. S'ils étaient utilisés dans des proportions semblables à celles de notre voisin, nous pourrions atteindre près de 3,5 milliards d'euros d'économies par an. Une politique plus courageuse vis-à-vis des laboratoires permettrait, en tout état de cause, de réduire nos dépenses. En même temps, **dans la société plus juste que nous voulons, les dépenses de produits somnifères, anxiolytiques et timorégulateurs baisseront rapidement.** Restent enfin les vraies sources d'économies à faire dans les hôpitaux publics.

- 3) Quelle réponse apportez-vous aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage ?

JC :

**Il faut mener une politique réellement humaine en faveur des personnes âgées et en perte d'autonomie.** Toutes choses égales par ailleurs, sans guerre ou forte aggravation de la crise sociale, onze millions de Français devraient avoir plus de 75 ans en 2050, contre 5,5 millions aujourd'hui. C'est une excellente nouvelle, car elle reflète **un prolongement de l'espérance de vie.** En améliorant notre système de prévention et de soins, on peut faire mieux encore et augmenter la durée de nos existences jusqu'à une centaine d'années, dans des conditions généralement beaucoup plus satisfaisantes que celles d'après soixante-dix ans il y a encore cinquante ans.

**Je n'accepte donc pas qu'on pose la question de la vieillesse en termes quasi exclusifs du coût de la dépendance. Il s'agit d'une approche comptable, correspondant à une conception de l'homme dans laquelle on met un prix à la vie humaine à un moment donné, sans prendre en compte l'aval ni l'amont. La véritable solution au problème de la dépendance est qu'il y en ait le moins possible, en améliorant les conditions de santé et de vie, ce qui est la logique d'ensemble de mon projet.** Il faut commencer par le dire pour ne pas se laisser piéger par les comptables financiers de la vie, qui sont les assistants de l'oligarchie actuellement au pouvoir.

Ceci dit, si l'on parle chiffres, aujourd'hui les actions financières en faveur du troisième âge ont un coût total d'environ 22 milliards d'euros (soins à l'établissement, à l'hôpital et en ville, allocation personnalisée d'autonomie, aide à l'hébergement, financement des établissements, réductions fiscales). En 2009, 1,1 million de personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), deux fois plus qu'en 2002, pour un coût total de plus de 5 milliards d'euros par an (financés principalement par les départements, qui manquent de ressources, cf. ma section sur les *Collectivités territoriales : arrêter le démantèlement de la vie locale et la contraction financière*). On se sert de ces chiffres pour impressionner.

En fait, quantitativement, il y a environ 1 million de personnes dépendantes aujourd'hui (et environ 3 millions en état de dépendance légère) et leur effectif n'augmentera que de 1 à 1,5 % par an d'ici 2040, pour une durée moyenne de dépendance de 3,7 ans pour les hommes et un an de plus pour les femmes. Le coût total de ces dépendances est d'environ 1 % du produit intérieur brut et il n'augmentera normalement que d'environ 4 % par an. De ces 4 %, seuls 1,6 % correspondront à des charges supplémentaires (le reste, 2,4 %, se trouvant couvert par les

recettes normales de la Sécurité sociale et les possibilités des ménages, si l'économie se développe normalement). Il n'y aura donc pas de coût insupportable, car le progrès technique résultant de mon projet va réduire ces dépenses en améliorant la santé et en permettant un maintien souhaitable à domicile. De plus, les dépenses d'aide aux dépendants sont créatrices d'emplois, donc induisent un accroissement des recettes de la nation.

**Il est donc clair qu'avec un minimum de volonté politique, le financement pourra et devra être assuré par la solidarité nationale**, sans qu'il y ait nécessité de glisser vers un système d'assurances privées, si ce n'est pour les assureurs et leurs porte-parole dans la majorité gouvernementale. Le 1,6 milliard d'euros nécessaire correspond à 0,1 point de CSG, soit 10 % de ce que je préconise pour l'ensemble du système de santé publique. De plus, **les dépenses publiques en faveur des services d'aide à domicile**, qui représentent environ 10 milliards d'euros par an, ne bénéficient que pour un peu moins de 5 milliards d'euros aux personnes réellement vulnérables et sur critères de ressources (APA domicile), alors que le reste va pour 3 milliards aux personnes âgées, mais sans critères de ressources, et pour 2,5 milliards à des actifs. Les trois quarts de ce reste sont perçus par les 10 à 15 % des ménages déclarant les revenus fiscaux les plus élevés. Si l'on maintenait un quart de ce reste, sous critères de ressources, et **qu'on supprimait les exonérations fiscales bénéficiant aux trois autres quarts, qui n'en justifient franchement pas le besoin, on dégagerait près de 5 milliards d'économies qui dépasseraient de loin le coût supplémentaire des dépenses de dépendance. Ces économies pourraient être en partie réaffectées à l'aide au tarif hébergement en maisons de retraite, aujourd'hui trop lourd pour les résidents, et surtout au Fonds de solidarité vieillesse, qui finance le minimum vieillesse.** Ce Fonds, déficitaire d'environ 4 milliards d'euros en 2011, le sera un peu plus en 2012, malgré l'allocation en sa faveur des taxes sur les boissons alcoolisées.

**Le véritable combat est celui que je mènerai pour une mobilisation nationale autour du vieillissement et une revalorisation des « vieux ».** Ce combat est un pilier de mon combat politique plus général, l'autre étant celui pour la jeunesse (cf. ma section *Une mobilisation générale pour la jeunesse*). Je ne peux en effet admettre que l'on puisse continuer à se dire que « pour les jeunes, la galère et pour les vieux la misère » est une fatalité.

**Une préparation en amont, multidisciplinaire, à la vieillesse est d'abord nécessaire. Dès 50 à 55 ans, nous devons nous préparer à bien vieillir.** Il faut encourager les centres qui s'ouvrent dans les hôpitaux avec des nutritionnistes, des gériatres et des psychologues. En même temps, **l'intégration sociale que porte mon projet incitera les Français à participer, à s'entretenir mieux, à se soigner car on leur en donnera les moyens.** Cette joie de vivre qui a été notre caractéristique aux meilleurs moments de notre histoire est, comme différentes enquêtes l'ont prouvé partout dans le monde, un facteur de rajeunissement mental et même physique malgré le vieillissement chronologique.

**Le grand âge venant, le premier combat doit être mené contre la grabatisation.** Or celle-ci n'est le plus souvent ni le fait du vieillissement en lui-même ni de la maladie, mais elle est la plupart du temps liée à une prise en soins inadéquate faute de moyens et/ou de connaissances.

Les orientations à suivre sont les suivantes :

- **création d'un « coordonnateur sanitaire et social »**, comme le propose la Fondation Jean Jaurès, **auprès de la personne dépendante à domicile.** Sa responsabilité sera d'épauler les aidants familiaux et de définir un plan de prise en charge personnalisée pour tous les intervenants, qu'il sollicitera et guidera par la suite. Ainsi les aides et les soins pourront être intégrés « sur mesure » par rapport à une évaluation de la situation individuelle et les compétences et prérogatives de chacun seront exercées de façon à la fois plus efficace et plus humaine grâce à leur mutualisation et à leur personnalisation ;

- **un hôpital mieux adapté** : il doit être en mesure d'anticiper les risques de la dépendance. Dans chaque territoire de santé, il faut développer une filière gériatrique, impliquant **un accueil spécifique des personnes âgées** ne passant en aucun cas par les urgences, où elles n'ont rien à faire. Cette filière doit comprendre, en réseau, des services de séjour de courte durée, de soins de suite, de réadaptation (les patients ayant besoin de temps pour retrouver leur autonomie après une hospitalisation) et, seulement en fin de parcours, de longue durée ;
- **priorité donnée aux appartements thérapeutiques** ou « appartements protégés ». Alors qu'en établissement, la perte d'autonomie des personnes âgées est nette dès la première année de présence, l'on constate qu'elle est bien moindre dans un appartement thérapeutique et surtout que le maintien des facultés cognitives et celui de la continence sont bien meilleurs ;
- **une formation en gériatrie pour les jeunes infirmiers et aides-soignants** destinés aux services d'hôpitaux adaptés et aux appartements thérapeutiques. Il y a ici beaucoup de travail à faire, ne serait-ce que pour leur apprendre à manipuler les corps endoloris ;
- **développer des équipements mobiles de gériatrie** repérant et soignant. Il en faudrait 100 à 200 de plus en France ;
- **soutenir la construction de maisons de retraite et en améliorer les services**. Les personnes âgées sont les seuls usagers d'équipements collectifs à payer, dans le prix de leur séjour, les amortissements des investissements réalisés pour elles. Cela ne doit plus être le cas. Il faut suivre ici les conclusions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) qui propose de diminuer le coût d'hébergement en étendant la récupération de la TVA à tous les établissements. Je propose de plus une aide sociale accrue à ce coût d'hébergement. C'est nécessaire car la somme qui reste aujourd'hui à la charge du résident est, en moyenne, de 2097 euros par mois en secteur lucratif et de 1427 euros en secteur public, alors que le montant moyen d'une retraite dépasse à peine 1200 euros. Une politique plus dynamique d'aide à la personne contribuerait aussi à faire baisser le prix des séjours.

En outre, les salaires de certains personnels (administration, animation, agents de service) ne doivent plus peser sur les tarifs d'hébergement, mais être pris en charge par l'assurance-maladie (via le forfait soins) et/ou par le Conseil général (via l'APA, allocation personnalisée d'autonomie).

Ainsi, les prix d'hébergement pourraient être diminués et les directions des maisons de retraite mises en mesure d'accorder plus d'attention à chaque personne âgée résidente, au cas par cas, et non d'organiser collectivement une dépendance considérée comme plus ou moins fatale : l'on sait qu'actuellement, après quelques mois en maison de retraite, l'espérance de vie des personnes accueillies diminue fortement ;

- **augmenter les moyens dévolus aux unités de soins palliatifs**. C'est la meilleure protection contre l'euthanasie. La loi donne aujourd'hui toute latitude aux médecins pour traiter dans la dignité la souffrance associée à la fin de vie. Par delà, le débat qui est ouvert est celui de l'aide au suicide, c'est-à-dire la question de l'ouverture d'un « droit à la mort ». Je suis tout à fait opposé à cette orientation, inacceptable au regard du serment d'Hippocrate et plus généralement du respect de la vie humaine, source de dérapages politiques inadmissibles en période de crise comme celle que nous subissons.

Les soins palliatifs sont, eux, la solution humaine. Nous disposons actuellement de 107 unités de soins palliatifs (chaque région en dispose d'au moins une), 350 équipes mobiles et 4700 spécialisées dans des services divers. Il faut se féliciter des progrès

accomplis depuis quelques années mais il reste que **certains départements ne disposent toujours pas d'unités et que presque partout le manque d'effectifs dans les structures entrave leur fonctionnement. Je considère comme une priorité absolue l'engagement de ces effectifs et l'extension des unités à tous nos départements.** Ce sera un signe essentiel de respect de la vie, donné aux jeunes qui doutent de la société dans laquelle ils vivent lorsqu'ils voient la manière dont les personnes âgées sont trop souvent traitées.

- 4) Etes-vous prêt à donner la possibilité aux mutuelles de contractualiser avec les professionnels de santé dans l'objectif de garantir aux Français des soins de qualité au meilleur prix ?

JC :

Nous devons réellement respecter nos **principes de 1945-1946**, tout en impliquant cette fois l'ensemble des acteurs – médecins et non médecins – dans **un renouvellement de la politique de santé publique.** La Mutualité et la Mutuelle prennent alors une place prépondérante dans l'organisation et la gestion sociale. La Mutuelle joue désormais un rôle essentiel dans le financement des dépenses de santé, puis la protection de la famille. A partir de 1973, de nombreuses réformes ont lieu avec un désengagement de l'État français dans le financement de la sécurité sociale en modifiant le principe même de celle-ci en voulant instaurer le ticket modérateur. La financiarisation du système perpétuée à travers les divers gouvernements depuis lors a modifié le code de la mutualité. Les directives européennes ont introduit un système d'assurances privées supplantant les règles droit français garanties par les mutuelles. La mutuelle va également se lancer dans l'assurance dommages qui ne représente pas ces fondements : offres en assurance vie, assurance automobile, assurance habitation, assurances professionnelles...

- 5) Enfin qu'elles solutions envisagez-vous pour favoriser l'accès à une mutuelle et mettre ainsi en œuvre le droit à une garantie complémentaire solidaire pour chacun ?

JC :

L'État doit à nouveau être le garant de la protection du citoyen en matière de santé. Il doit **rejeter une « nouvelle gouvernance de la santé »**, en empêchant que les lobbies de la mondialisation financière n'accaparent un secteur économique jusque-là contrôlé par la puissance publique. Cela signifie que **les établissements de santé ne soient pas engagés dans une logique financière incompatible avec l'intérêt collectif.** Pour exprimer concrètement cet engagement, je ferai **supprimer le forfait de 18 euros sur les actes médicaux lourds**, qui met à la charge du patient ce qui a été détourné par l'État, **ainsi que tout ce qui aggrave les coûts pour les malades de manière indiscriminée et touche donc davantage les pauvres.** A titre de comparaison, ces 18 euros plus la contribution à la charge des malades sur les médicaments représentent une entrée annuelle d'environ 250 millions d'euros pour la Sécurité sociale, alors que l'État, pour exonérer de charges sociales les bas salaires et en raison d'une politique économique qui engendre le chômage, lui en vole près de 20 milliards !

Il faut que cessent le triage des soins (environ un tiers des Français sont exclus des dépenses médicales, notamment en audition, lunetterie et dentisterie) et le harcèlement dont sont victimes les médecins et les soignants dans les hôpitaux publics : réduction des moyens, des malades à flux tendus, chaque fois plus de gestion et une dépréciation constante du travail.

La santé publique et l'hôpital public : si nous ne les sauvons pas, c'est toute la société qui se disloquera, et avec elle, tout sens de solidarité et de progrès sans lesquels il n'y a pas de générations futures.