

Point de départ et définition.

Le point de départ à tenir est qu'en matière de santé, il n'y a de malades étrangers que les seuls exclus de son champ. Nulle notion ethnique, raciale ou communautaire ne rentre dans cette définition.

De la définition au principe.

Tous ceux qui vivent et travaillent « ici » doivent pouvoir se faire soigner « ici » et tous les malades d' « ici » doivent pouvoir prétendre, sans distinction aucune, à une égalité des soins.

« Ici » est le lieu de ceux qui y vivent et travaillent.

Conséquence.

Aucun des malades d' « ici » ne peut être un étranger, sauf à être exclu du champ de la santé.

Etat des choses.

Il y a, actuellement, en médecine, des malades plus ou moins exclus de l'accès aux soins et donc des gens plus ou moins étrangers au champ de la santé. Ce plus ou moins d'exclus, cette modulation élastique, est le véritable champ de bataille sur lequel a été joué, se joue et se jouera toutes les transformations du champ de la santé. Il va de soi que ce 'plus ou moins' n'a de valeur que négative, vu que selon le principe lié à la définition, l'égalité face aux soins ne comporte aucun 'plus ou moins'.

Plus il y a de gens 'plus ou moins' exclus du champ de la santé, plus l'égalité est rompue et plus prévaut bien entendu le principe d'inégalité.

Examiner tous les degrés des 'plus ou moins' exclus du champ de la santé revient donc à examiner ce qu'il en est aujourd'hui de l'inégalité des soins.

Rapide spectrographie de l'inégalité dans le champ de la santé.

Dresser une telle spectrographie, c'est voir les exclus de la santé, soit les étrangers à son monde, non pas comme un tout homogène mais en fragments inégaux répartis en tranches modulées par un coefficient d'exclusion. Coefficient d'exclusion qui n'est que la valeur quantifiée du 'plus ou moins exclu'. Quant aux fragments eux-mêmes, ils sortent en rangs serrés de la machine à trancher de la charcuterie de l'intérêt coupant en tranches inégales l'égalité des gens d' « ici ».

Passage à la coupe.

- Premièrement : l'exclusion absolue ou l'invisible étranger au champ de la santé.

Avant même d'analyser les exclusions relatives, internes au champ de la santé, il faut d'abord considérer cette exclusion absolue que constitue le simple fait qu'il y a hors champ de la santé des gens absolument exclus ou absolument étrangers à l'ensemble du réseau des soins. Mais être hors du champ de la santé c'est être hors de la médecine. Or...

Hors de la médecine, point de malade.

Point de malade ne veut pas dire pas de malades mais point de malades visibles dans le champ de la santé. Etre malade, en médecine, c'est être objet de la médecine. En conséquence de quoi, tout malade hors de son champ ne peut être qu'un malade sans objet. Sans objet comme l'on dit couramment que la question est sans objet, c'est à dire qu'elle ne fait même pas question. Or, il y a des malades sans objet et ce sont pour la médecine les exclus absolus de son champ.

D'un côté la médecine, de l'autre le vide. Le vide en matière de santé est cet ensemble de gens d' « ici » qui ne contient aucun malade en tant qu'objet de la médecine.

Qui sont ces malades sans objet ? Ce sont les malades étiquetés étrangers qui perdant leur titre d'A.M.E, perdent du même coup ce qui leur permet d'accéder à quelques soins possibles. Le bénéficiaire de l'A.M.E, est vu certes comme malade étranger mais vu tout de même comme un malade. Mais celui qui perd l'A.M.E, perdant tout accès aux soins, n'est plus même vu comme un malade. Plus même vu, c'est à dire invisible. Invisible et donc décompté car qui peut compter l'invisible ?

- Deuxièmement : les exclusions relatives ou les plus ou moins étrangers au champ de la santé.

Tout commence à la frontière entre l'exclusion absolue et l'exclusion partielle.

La relativité de ces exclusions est fonction de la distance des gens par rapport à ce bord où commence le vaste champ de la santé.

Rien d'un côté mais de l'autre ? De l'autre côté de la frontière, au dedans du champ de la santé, il y a les exclus relatifs.

a) *D'abord au plus près du bord : les malades de la C.M.U.*

Les malades de la C.M.U constituent cette fraction mouvante qui tantôt est sur la frontière et tantôt s'en écarte légèrement. Ils sont dans le champ de la santé tant qu'ils ont la C.M.U mais il suffit qu'ils la perdent pour être sur le bord du domaine.

Peuvent-ils s'identifier pour autant à ces exclus absolus que sont ceux qui perdent l'A.M.E ?

Répondre revient à quantifier ce coefficient d'exclusion indexant les gens d' « ici » comme plus ou moins étrangers au champ de la santé.

Dans la mesure où les gens ayant la C.M.U sont comptés comme assurés sociaux, ils restent dans le champ de la santé. Cette différence entre pouvoir être compté, avoir un numéro d'immatriculation à la S.S et ne rien avoir du tout, pas même un numéro, être absolument décompté, est la matière de la frontière. C'est elle qui différencie les étrangers absolus des plus ou moins étrangers au champ de la santé. Ne serait-ce que virtuellement, les gens ayant ou même perdant la C.M.U peuvent toujours se faire soigner. Cette virtualité donne valeur de mesure entre ceux perdant la C.M.U et ceux perdant l'A.M.E. Ne pas être compté est sans commune mesure avec être compté, fut-ce être compté pour presque rien. Dans cette absence de commune mesure ceux qui sont comptés ne peuvent s'identifier à ceux qui ne le sont pas. Virtualité dont la valeur est forte (tout est virtuellement possible pour un assuré social) mais qui, en tant que purement virtuelle, ne repose sur rien de réel (avoir un numéro de sécurité sociale ne garantit aucunement que tout soit réellement possible). Ainsi, par cette virtualité, les perdants de la C.M.U et les perdants de l'A.M.E ne peuvent nullement s'identifier.

Ne peuvent s'identifier à moins que...

A moins que justement quelque commune mesure, invisible dans le total du compte, soit néanmoins présente dans un décompte partiel. Décompte partiel qui n'est rien de moins que la réalité de ces gens dans leur accès aux soins, à savoir presque rien. D'où un coefficient d'exclusion dont la valeur réelle est l'inverse de la valeur virtuelle. Décompte où prend sa valeur le coefficient d'exclusion. Ici très proche du maximum.

D'où deux possibilités :

- Soit les gens perdant la C.M.U ne se représentent leur existence que dans la seule virtualité de leur accès aux soins et dans ces conditions, ils estiment n'avoir rien de commun avec ceux qui perdent l'A.M.E.

- Soit ils se voient comme marqués par un très fort coefficient d'exclusion et, dans cette mesure, ils considèrent cette exclusion comme commune à tous les exclus, y compris aux exclus absolus des perdants de l'A.M.E.

Deux possibilités, deux points de vue mais dont chacun dépend d'un choix : choisir d'admettre qu'on est exclu même si ce n'est qu'en partie (image réelle) ou bien encore ne pas l'admettre (image virtuelle).

De ce choix dépend la vision que l'on a de soi quant à sa propre existence dans le champ de la santé. Mais ne pas admettre son exclusion revient tout de même à pratiquer un pur déni de réalité.

b) A l'autre extrême du bord : les malades du centre du domaine.

A l'autre extrême du bord, se trouve cette frange de malades combinant l'assurance publique (la sécurité sociale) et le haut de gamme de l'assurance privée (mutuelles diverses et autres). Si la couverture médicale des malades de cette frange du champ de la santé peut être qualifiée de haut de gamme, c'est parce que l'assurance privée offre avant tout des produits. Tout produit étant marchandise, ils s'adaptent et se diversifient en fonction de la demande du marché. C'est ainsi que dans ce circuit du marché, le malade devient un client et qu'en dehors des clients il n'y a que des étrangers au marché des produits d'assurance. Cette frange extrêmement étroite d'une clientèle du haut de gamme ne retient bien évidemment que les malades à revenus larges. Pour ceux-là, toutes les médecines sont possibles, la publique comme la privée, et ce d'autant que le privé s'approprie la partie du marché d'une médecine très spécialisée demandant des techniques de pointe. Domaine que l'hôpital public lui abandonne faute de moyens.

Pour les malades de cette frange (ce centre du domaine), à l'opposé de ceux de la marge (les exclus de la C.M.U où le possible n'est que virtuel), le possible est une réalité qui s'actualise dès que nécessaire. Cette frange, d'autant plus étroite que le plus souvent les clients y vont largement de leur poche (cf. les cliniques de luxe installées dans le sud de la France où le luxe, qui n'est pas qu'hôtellerie, est aussi largement de la médecine), n'a, en réalité, strictement rien de commun avec celles qui sont indexés par quelque marque d'exclusion. Entre cette frange et les autres, il y a comme une sous-frontière dans le domaine de la santé.

Mais qui dit marchandises dit profit et qui dit profit dit toujours accroissement des marchandises, c'est à dire extension du marché. Une extension que rien n'arrête, sauf bien sûr à le décider.

C'est pourquoi, plus cette frange prend de l'importance, non en nombre mais en capital, plus s'accroît proportionnellement le champ de la médecine privée, vu que cette médecine se nourrit du capital privé. A contrario, plus prend de l'importance le champ de la médecine privée, plus prennent d'importance en nombre les franges marquées par l'exclusion, c'est à dire les franges étrangères à l'intégrale de la gamme des produits circulant dans le marché de la santé.

Mais comme tout marché qui s'étend celui de la santé cherche à s'étendre à tout. A tout mais pas à tous. Pas à tous mais seulement à ceux qui peuvent plus ou moins se payer quelque plus ou moins bonne marchandise. C'est pourquoi les assurances privées multiplient sans cesse leurs produits. On a une plus ou moins bonne mutuelle et l'on est plus ou moins bien couvert, c'est selon ce qu'on peut se payer, si toutefois on désire payer. On est donc plus ou moins exclu de l'intégrale de la santé, c'est selon ce qu'on achète sur le marché.

c) Entre bord du rien et domaine du centre.

Cette très large frange se fractionne en même temps que les marchandises se diversifient sur le marché.

La spectrographie continue :

- En premier, la frange des non-mutualistes. Totalement exclue du marché, cette frange n'a pour couverture que la seule sécurité sociale.
- En second, la frange des mutualistes. Frange dont l'analyse inclut diverses franges variées en fonction des produits du marché. Tout d'abord, les mutuelles ne sont pas homogènes. A clientèle plus ou moins riche, mutuelles plus ou moins chères. Les produits sont bien sûr différents si ce n'est que la concurrence fait jouer sur la clientèle le fameux stimulant clientèle du rapport qualité/ prix. Vient ensuite que

chaque mutuelle offre elle-même toute une gamme de produits. C'est ainsi qu'être clients d'une même mutuelle ne veut pas dire pour autant bénéficier des mêmes avantages médicaux. Autant de clients que d'offres et autant d'offres que de demandes : c'est l'unique et grande loi du marché. C'est dans ces franges très diverses que le coefficient d'exclusion à l'intégrale de la santé prend des valeurs très diverses, diverses mais toujours modulables en fonction de l'offre et de la demande.

Mais aussi diverses et variées que puissent être les franges du marché chacune est toujours plus ou moins dans la même situation que les exclus de la C.M.U.

- a. soit elles nient ce coefficient d'exclusion inclus dans leur propre existence et ne font que se projeter dans la virtualité du marché. Mais alors, elles nient dans le même temps leur propre réalité comme étranger à l'intégrale de l'offre des soins du marché.
- b. Soit elles se représentent comme plus ou moins exclues de l'intégrale de l'offre du marché de la santé et considérant cette exclusion comme commune à tous les exclus quelque que soit leur coefficient d'exclusion, refusent d'admettre qu'il puisse y avoir « ici » des malades étrangers au champ de la santé.

Aussi variées soient les valeurs du coefficient d'exclusion (et c'est la loi même du marché que de repousser toujours la borne afin d'étendre la clientèle), le choix reste toujours le même :

- Soit se faire soi-même étranger au champ de la santé en ne voyant rien d'autre que son image virtuelle.
- Soit décider que tous les gens d'« ici » puissent également avoir accès à l'intégrale des soins du domaine de la santé. Décision qui ne fait qu'impliquer que l'on ne veut pas être soi-même un étranger à son domaine.

d) *spectrographie du futur.*

Tant sur le plan des soins que sur le plan des assurances, plus l'Etat réduit le bien public (sécurité sociale et hôpitaux), plus, bien entendu, se développe le secteur privé.

En ce qui concerne la sécurité sociale, la pente actuelle de l'Etat glisse lentement mais sûrement vers le déremboursement des soins.

Le programme de l'UMP (instaurer une franchise pour les patients et une certaine liberté tarifaire pour les médecins libéraux) va de pair avec les perspectives d'avenir de l'assurance privée.

Quelles sont ces perspectives ?

Aussi simple que la marchandise, c'est à dire développer le marché. Et développer ne veut rien dire d'autre que de diversifier les produits afin d'étendre la clientèle en modulant sans cesse les gammes

Mais en multipliant les degrés des coefficients d'exclusion la machine à privatiser fabrique de l'étranger au champ de la santé. Elle coupe en tranches de l'étranger.

Déjà, mutuelles et assurances fourbissent des programmes prototypes ne comprenant pas moins de neuf produits adaptés pour chaque clientèle. A noter que cette gamme des produits correspond approximativement au classement par tranches de richesse de la clientèle des banques. Quand on sait que pour les banques la tranche la plus riche de leur clientèle (4000 € ou plus par mois) est de moins de 8 % et que le programme prototype des mutuelles et assurances privées divise la clientèle en modules légèrement supérieurs, on peut se faire une idée du nombre de clients-malades qui pourra bénéficier de la tranche grand luxe de la santé.

A la machine à trancher de la privatisation, correspond un choix tout simple :

- l'admettre
- ou la refuser.

Entre les deux, une coupe. Impossible de ne pas choisir, sachant que ne pas choisir, c'est choisir la privatisation et faire de soi un étranger au domaine de la santé.

C'est ce même choix qui toujours revient pour tous les exclus du domaine quelque soit leur degré d'exclusion.

Refuser la privatisation, c'est refuser de casser ce bien public qu'est la santé.

Ce bien ne peut être du domaine du privé pour lequel il n'y a d'autre bien que de bien s'enrichir. C'est pourquoi la santé doit être un bien public et que ce bien public parce qu'il est bien public, doit être un bien pour tous.

Tout ce qui casse ce bien public au seul bénéfice du privé porte atteinte au bien de tous et tout ce qui porte atteinte au bien de tous fabrique de l'étranger au champ de la santé.

Casser ce bien public qu'est la santé, c'est casser ces deux biens publics que sont l'hôpital public et le système de sa prise en charge qu'est la sécurité sociale.

Casser l'hôpital public, c'est :

- Fermer des lits.
- Ne pas se fournir en techniques de diagnostic (il n'y a que 2,7 appareils d'imagerie par résonance magnétique en France par million d'habitants, soit dix fois moins qu'au Japon, ce qui la place au vingt deuxième rang des pays occidentaux, après la Turquie).
- Ne pas renouveler le vieux matériel.
- Décourager le vouloir bien faire.
- Sous-payer les médecins sous le prétexte qu'ils sont étrangers.
- Dévaloriser l'hôpital par l'image de la médecine des pauvres (cf. les récents documentaires sur le délabrement dramatique des hôpitaux napolitains. Dégradation malheureusement bien réelle).
- Dévaloriser l'hôpital en le laissant se dégrader jusqu'à ce que la réalité coïncide avec l'image.

Casser la sécurité sociale, c'est :

- Rembourser de moins en moins les malades.
- Instaurer une franchise pour les patients.
- Admettre une liberté tarifaire pour les médecins libéraux.
- Dévaloriser les tarifs des médecins du secteur I afin de les pousser à demander une liberté tarifaire. Tactique des plus sournoises consistant à faire en sorte que les médecins soient les seuls responsables d'augmentations tarifaires dont l'Etat se lave les mains.
- Transformer la sécurité sociale en instrument de police : flicage des médecins par 'ces dames' de la sécurité sociale qui viennent leur présenter leur courbe et flicage des malades par des enquêteurs de police détachés de la préfecture pour faire des vérifications au sein même de la sécurité sociale.
- Laisser les assurances privées prendre le relais de la sécurité sociale.

Refuser de casser ce bien public qu'est le domaine de la santé, c'est affirmer que tous ceux qui vivent et travaillent ici ont tous également droit au meilleur de la médecine.

Affirmer que le champ de la santé doit être constamment repensé afin que chacun dans ce pays puisse avoir accès aux soins sans inclure dans son existence la moindre forme d'exclusion (fut-ce très peu, un peu, beaucoup ou absolument), c'est affirmer que les gens d' « ici » ne sont en rien des étrangers au domaine de la santé.

Affirmation pleine et entière qui n'admet aucune restriction sauf à ne plus rien affirmer.

Affirmation qui ne dit que oui. Oui, tous les gens qui vivent et travaillent ici, y compris ceux qui perdent l'A.M.E, sont des malades de ce pays qui pour le bien de tous doivent pouvoir être soignés pour le mieux.