

Par Jean-Pierre Martin

La création de la Sécurité sociale le 5 octobre 1945, organisme de droit public, est une avancée émancipatrice majeure issue d'un siècle de lutte du mouvement ouvrier pour des protections face à la maladie, à la retraite, de la famille et des accidents de travail. Elle intègre les soins psychiatriques dans la couverture maladie obligatoire universelle qui prend en charge le soin curatif dans sa durée. La folie est donc reconnue comme maladie mentale dans un système de soin de droit commun. Dans ce cadre les hôpitaux psychiatriques sont intégrés à l'hospitalisation publique, qui représente aujourd'hui 37 % de la consommation des soins et de biens médicaux. Elle instaure pour toutes et tous un système de protection solidaire avec une caisse unique où « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Son financement se réalise par des cotisations salariales et patronales qui sont une part socialisée du salaire calculée à partir du salaire brut, l'affiliation étant celle du salarié et de ses ayants droits familiaux. Sa gestion est celle d'administrateurs représentants des salariés élus. L'ensemble est indépendant des employeurs et de l'Etat qui en est le garant.

Ses limites en sont un compromis avec le remboursement est à 80 % pour l'Assurance maladie (et non 100 % comme affirmée par le programme du CNR de 1944), le maintien d'un reste de 20 % relevant des mutuelles et des caisses de prévoyances, mais aussi le maintien de régimes spéciaux dans la fonction publique (SNCF, EDF, etc.). Et surtout, elle s'inscrit avec une médecine libérale au paiement à l'acte et l'assurantiel privé. En particulier pour les professions indépendantes et agricoles qui refusent d'être inscrites dans ce principe. L'offensive de la droite va donc se traduire par la fin de la caisse unique (les ordonnances de 1967 créent des branches spécifiques), les lois Auroux de 1982 remplacent l'élection des administrateurs par une représentation paritaire des organisations patronales et salariées), les lois Juppé étatisent avec l'ONDAM la Sécurité sociale, déjà amorcée avec la création de la CSG en 1989 pour faire face à la dette de la Sécurité sociale. La CMU en 1999 va ouvrir l'accès à l'Assurance maladie pour tous ceux qui ne peuvent cotiser du fait de leur précarité sociale. Le système de la Sécurité sociale française solidaire se distingue donc du système « beveridgien » où le financement est d'Etat, donc des impôts, (Grande-Bretagne, Espagne, Italie, Danemark, Irlande, Norvège et Portugal), dans lequel tous les résidents peuvent recevoir des soins gratuitement dans les hôpitaux publics ou des praticiens qui sont salariés de l'Etat, et payent leur soins avec des cotisations à des assurances privées dans l'exercice médical privé.

L'offensive actuelle d'une autre gouvernance de la Sécurité sociale par la « maîtrise des coûts », la remise en cause des cotisations patronales remplacées par une hausse de la CSG, le développement de mutuelles complémentaires et assurantiel privé sont autant de facteurs de politiques d'Etat public-privé qui l'étatisent pour en réduire le périmètre solidaire par la maîtrise du financement. La précarisation du financement de la Sécurité sociale qui en résulte est non seulement les charges indues que lui fait supporter l'Etat (en particulier les exonérations de cotisations du patronat), mais aussi la précarité sociale occasionnée par ses politiques d'austérité qui entraîne une chute des recettes et le recours accru à sa fiscalisation (l'apport de la CSG passe de 16 % en 2000 à 19,6 % pour le régime général en 2014), la dégradation de la condition salariale (l'accroissement de la masse salariale étant passé de 6 % en 2000 à 1,2 % en 2014). La crise financière du système bancaire privé de 2007-2008 a entraîné une baisse de 2,6 % du PIB et une explosion du chômage de masse (700 000 emplois perdus).

Or, c'est bien cette créativité sociale de la protection sociale généralisée qui a permis à la France de mieux résister à la crise de 2008.

L'avancée réelle de 1945 pour la psychiatrie, qui s'est accompagnée de la notion de secteur psychiatrique qui deviendra obligatoire qu'en 1972, nombre de patients dépendant de la

solidarité d'Etat par l'aide sociale devenant ayant-droit en 1999, est donc soumis à ces gouvernances néolibérale de l'ensemble des solidarités. Tout en étant dominée par le retour massif du sécuritaire, la psychiatrie, est directement concernée par cette attaque avec des spécificités : les nouvelles gouvernances basées sur la T2A ne s'y appliquent pas, mais l'évaluation par activités de l'activité, oui ! Ce qui remet en cause la continuité généraliste du secteur psychiatrique et son existence. Les patients se voient imposées les restes à charge de tous les patients de la médecine, mais aussi soumis particulièrement à une reprise en main des ALD qui tend à séparer ce qui fait périmètre d'exonération du ticket modérateur entre objectif médical et objectif financier. La coordination de la prise en charge médicale et son suivi structurel est clairement celui d'une rationalisation économique, appelant une évaluation par « protocoles » des parcours de soin et de leur accompagnement, qui transforme toute l'éthique du soin et vise à une « responsabilisation du patient » face à la maladie et sa prise en charge. La définition de ce critère est confié à la HAS qui pour mission de déterminer des protocoles de contrôle de la pertinence des coûts : liste des affections de longue durée, recommandations sur les actes et prestations de soins, recommandations sur les critères médicaux justifiant l'admission des patients dans ce dispositif. Sa fonction est donc de définir le meilleur soin en fonction de son coût, sa réalisation donnant lieu à nombre de lobbying et de conflits d'intérêt qui tendent en particulier à déconsidérer la psychanalyse comme savoir de pratiques de soin. Ainsi pour les ALD, dont le coût augmente naturellement avec le vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques (10,1 millions de personnes en 2015), l'HAS a obtenu avec la loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie la compétence pour actualiser la liste des ALD (30 maladies), puis le plan « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » du 24 avril 2007 a centré l'enjeu sur son coût sanitaire. Ces textes limitent les ALD à leur évaluation permanente en termes de gravité et de durée nécessitant des soins continus d'une durée prévisible à 6 mois pour une thérapie coûteuse. Les affections psychiatriques en représentaient 16 % en 2004.

Nos propositions de refondation du secteur psychiatrique généraliste avec des Etablissements publics de santé mentale démocratique locaux qui intègrent l'hospitalisation s'inscrivent donc dans une refondation d'une réelle Sécurité sociale solidaire gérée par des administrateurs élus par les cotisants et les ayant droits par solidarité sociale. Le rôle de l'Etat est d'en être la garantie, d'assumer sa fonction de gestion de sa logistique mais non la gestion du soin. Elles participent d'un maillage avec la création d'un véritable service public de santé solidaire, la création de centres de santé municipaux et des outils d'élaboration des besoins démocratiques avec la population, ses élus et les associations de familles et de patients au niveau des communes, des cantons et des départements.

Ce projet de texte est à affiner et compléter, en lien avec le SMG, la coordination de défense des hôpitaux et maternités de proximité, le socle commun de NSED et les syndicats engagés pour un autre système démocratique de santé, pour devenir une plateforme à débattre partout, en particulier avec représentations politiques. Elle portera les actions communes.