

bonne SANTÉ mutualiste

« Nous défendons à en mourir
et avec la dernière énergie,
cette loi humaine et de progrès »

Ambroise Croizat

LA REVUE SOLIDAIRE DE VOTRE MUTUELLE

#92 JANVIER / FÉVRIER 2021



DOSSIER SPÉCIAL

POURQUOI DÉFENDONS-NOUS LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

P.3

Santé Publique

Projet de Loi de financement
de la Sécurité sociale 2021

P.18

Vie mutualiste

Comment le Covid a impacté
les œuvres sociales mutualistes ?

P.22

Santé-environnement

La 5G, entre innovation
et controverses

RETROUVEZ TOUTE L'ACTUALITÉ DE VOS MUTUELLES DANS LE CAHIER CENTRAL

bonne SANTÉ mutualiste



Pierre Zilber
Président de Mutuelle

de Financement pour 2021, les dépassements d'honoraires, le lien qui existe entre pauvreté et mauvaise santé ? Comment avec le Covid ne pas s'alarmer de la précarité qui explose comme le constate le Secours populaire français ?

Les impacts de cette pandémie sont multiples et se trouvent parfois là où on ne les attend pas. Ainsi les centres de transfusion sanguine ont vu leurs dons baisser à un niveau inquiétant. De même, les œuvres sociales mutualistes ont été frappées de plein fouet par la pandémie, alors même que de nombreux Français ont déjà des difficultés à se soigner... Autant de sujets qui interpellent, qui nous concernent tous, des sujets en prise avec notre vie quotidienne, ou plus généraux comme une réflexion sur la 5G, et d'autres encore dans vos rubriques habituelles. Bref, une actualité décryptée et des informations factuelles pour vous permettre de vous faire votre propre opinion. Tel a toujours été l'objectif de Bonne Santé Mutualiste.

C'est au nom de votre magazine et de toute l'équipe qui vous confectionne chaque trimestre un journal de qualité, que je vous présente nos meilleurs vœux pour 2021.



Et si finalement, 75 ans après sa création, la plus belle, la plus solidaire et la moins chère des mutuelles, c'était la Sécurité sociale ? Lors du premier confinement, le président de la République déclarait en parlant de la Sécurité sociale : « *Ce que révèle d'ores et déjà cette pandémie, c'est que la santé gratuite sans condition de revenus, de parcours ou de profession, notre État-providence ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe. Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché.* » Certes, le propos est louable. Et si les élus de tout bord reconnaissent unanimement le rôle d'amortisseur social de la "Sécu", née au sortir de la Seconde Guerre mondiale dans une France rendue exsangue, qu'en est-il réellement dans les faits aujourd'hui ? La Sécurité sociale est-elle en danger et si oui, que faudrait-il mettre en œuvre ?

C'est le thème central de votre magazine.

Mais comment parler de la Sécurité sociale sans évoquer également son projet de Loi

Sommaire # 92

Social / Santé Publique

3. Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale 2021 On donne d'un côté et on retire de l'autre Pourquoi rendre les urgences payantes ?

Le Doc

4. Pourquoi défendons-nous la Sécurité sociale ?

Le cahier de vos mutuelles

Social / Santé Publique

17. Dépassements d'honoraires La fin de pratique coûteuse ? Pauvreté et mauvaise santé, un lien de cause à effet

Vie mutualiste

18. Comment le Covid a impacté les œuvres sociales mutualistes ?

L'asso qui crée du lien

19. Plus que jamais, le Secours populaire a besoin de vous ! Solidarité et coopération pour COOPàCUBA

Santé

20. Psychiatrie: diagnostic critique

Prévention santé

21. Don du sang, une situation alarmante

Santé-Environnement

22. La 5G, entre innovation et controverses

Ta santé t'appartient !

23. À l'adolescence, on fait attention à ses dents ! Le kiosque

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2021

On donne d'un côté et on retire de l'autre

En pleine crise du coronavirus, après un an et demi de mouvement social dans le domaine hospitalier, le PLFSS 2021 était attendu... Mais l'austérité qu'annonce ce nouveau projet de loi de financement est en total décalage avec les attentes des Français, des soignants et de nos mutuelles, qui dénoncent une nouvelle taxation de la solidarité quand, "en même temps", on cherche à mettre à terre la Sécu.

« *P*as à la hauteur des enjeux », « un PLFSS à l'image des précédents », « préparé dans la précipitation », « toujours la même politique libérale de réduction des moyens », « dans ce PLFSS, il n'y a que du subi »... Les réactions à la présentation du PLFSS 2021 étaient toutes teintées d'amertume chez les acteurs de la santé, mais aussi chez les politiques, de gauche comme de droite.

Le leitmotiv de la maîtrise des dépenses

Malgré la création officielle d'une cinquième branche de la Sécurité sociale pour la prise en charge de l'autonomie, la mise en place du congé

paternité, le premier volet du Ségur de la santé ou encore la provision à hauteur de 4,3 milliards d'euros de dépenses pour faire face à la pandémie, le PLFSS 2021 ne trompe personne. Le coût de l'épidémie devant se monter à 15 milliards d'euros, soit une hausse de l'Ondam de 7,6 % pour 2020, contre 2,45 % dans le PLFSS initial, voté fin 2019, le PLFSS 2021, en l'état, ne compense pas vraiment. D'ailleurs, fin novembre, le premier jour de la lecture du projet de loi, le ministre de la santé a ajouté une "provision prudentielle" de deux milliards d'euros qui serviront à couvrir les surcoûts et les pertes de recettes dans les établissements de santé enregistrés au cours du dernier trimestre. Et si justement on enlève les surcoûts de la crise sanitaire dans le PLFSS 2021, l'augmentation de l'Ondam n'est plus de 6 % comme annoncé, mais seulement de 3,5 %. Non seulement ce taux est insuffisant au regard des besoins des établissements de santé, mais pour être respecté, il va nécessiter des économies à hauteur de 4 milliards d'euros.

En dépit des promesses d'investissement, le PLFSS poursuit donc la politique de maîtrise des dépenses qui est à l'origine des difficultés de notre système de santé face à la crise sanitaire.

Aucune solution structurelle

Certes le projet de loi entérine les 8,2 milliards du Ségur de la santé pour les personnels paramédicaux dans les établissements de santé et dans les Ehpad publics et privés et pour le personnel médical à l'hôpital public. Mais il ne propose rien en matière d'embauche significative de personnels.

Pendant la seconde vague de Covid-19, le plus gros challenge était de trouver du personnel disponible... Il n'est pas davantage revenu sur les suppressions de lits et les fermetures de services. Il ne propose pas de réforme structurelle qui permettrait de sortir de la spirale des déficits. La logique à l'œuvre est plutôt « *on donne d'un côté et on retire d'un autre côté* ». Pour compenser le déficit qui devrait atteindre 40 milliards d'euros fin 2020, il a été demandé aux "assureurs de santé" une contribution à hauteur d'un milliard. Le tout sans distinguer les structures avec actionnaires et les mutuelles à but non lucratif, taxant ainsi sans vergogne la solidarité et les adhérents de ces structures solidaires.

PÉTITION CONTRE LA TAXE COVID-19 LA SANTÉ PLUS TAXÉE QU'UN HAMBURGER : EST-CE ACCEPTABLE ?

Soutenez votre mutuelle en signant la pétition d'Alternative Mutualiste contre l'augmentation des taxes sur les cotisations des mutuelles. Déjà à 14,07 %, les taxes sont augmentées de 2,6 % pour les mutuelles comme les assurances. Or contrairement aux assurances privées, les mutuelles ne font pas de bénéfices : au contraire, elles redistribuent les sommes auprès des adhérents. Manifestez votre refus !

www.alternative-mutualiste.fr

Les Urgences bientôt payantes !

L'article 28 du PLFSS introduit un forfait de 18 euros pour les patients allant aux urgences sans être ensuite hospitalisés. Selon le gouvernement, ce nouveau forfait permettrait aux personnels de l'hôpital de faire autre chose que de la facturation et de désengorger les services. Est-ce vraiment là l'objectif visé et le meilleur moyen d'y parvenir ?

Actuellement, se rendre aux urgences n'est pas gratuit, mais les patients le savent peu car le plus souvent, ils ne règlent pas la facture. Un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation est en effet facturé 25,28 € selon un forfait dénommé "accueil et traitement des urgences" (ATU) qui est remboursé par l'Assurance maladie à hauteur de 80 %. Seul le ticket modérateur, qui se monte à 20 % de l'examen, du soin ou de l'acte pratiqué,

est à la charge du patient qui ne fait pas l'avance des frais. Cette somme – qui varie donc selon l'acte – est réclamée ultérieurement par l'hôpital, quand elle n'est pas remboursée par les complémentaires santé qui paient directement les urgences.

Un forfait qui doit dissuader d'aller aux urgences ?

Le "forfait patient urgence" (FPU) de 18 euros du PLFSS 2021 remplace l'actuel "ticket modérateur". Il s'agira donc d'un même montant, quels que soient les soins engagés, qui sera payable sur place. Si le principe permet au patient de ne pas se retrouver avec un reste à charge important en cas d'examen coûteux mais non suivis d'hospitalisation, ce forfait risque cependant de creuser les inégalités entre ceux qui peuvent faire l'avance des frais et les autres, ceux qui sont couverts par une mutuelle et ceux qui ne le sont pas. Les personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD), d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, les invalides seront soumis à un forfait réduit et les femmes enceintes à compter du sixième mois de grossesse et les nouveau-nés durant trente jours, bénéficieront d'un régime d'exonération du ticket

modérateur. Initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2021, la mise en œuvre de ce nouveau forfait a été reportée au 1^{er} septembre 2021.

92 % des passages en urgence sont justifiés

Les arguments avancés par le gouvernement pour justifier ce forfait laisse songeur. Il introduit l'idée que les personnes se rendent aux urgences sans motif, simplement en raison de leur gratuité. Les exonérations concédées ne prennent pas en compte les réalités de terrain : l'accès aux soins pour les personnes ne pouvant pas avancer les frais, avec le cortège de conséquences des renoncements aux soins, ou encore la difficulté à obtenir rapidement des rendez-vous dans les services médicaux. Une étude avait montré que seulement 6 % des passages aux urgences pouvaient être considérés inappropriés. La probabilité d'un passage "inapproprié" était plus importante chez les personnes n'ayant pas de Sécurité sociale ni de couverture complémentaire. En outre l'étude a montré que 10% des usagers avaient recouru aux urgences faute de disponibilité des médecins généralistes en ville.

Bonne Santé Mutualiste est la revue trimestrielle de l'UGM Entis, les mutuelles de l'être • Janvier / Février 2021 n°92
Directeur de la publication: Yannick Beaumont
Rédaction, conception et réalisation: Critères
Photographies: Adobe Stock et Critères
Imprimé en France sur papier recyclé.
Numéro de CPPAP: 0324 M 05566



Groupe Entis Mutuelles
39, rue du Jourdil - Cran-Gevrier
CS 59029 - 74991 Annecy Cedex 9
Tél.: 09 69 39 96 96 - Fax: 04 50 57 98 02
www.groupeentismutuelles.fr



Pourquoi défendons-nous la Sécurité sociale ?

La Sécurité sociale a eu 75 ans au cours de cette année si particulière qui a mis en exergue la place centrale qu'occupe cette grande institution dans notre société et, sans que l'on s'en rende plus vraiment compte, dans notre quotidien. Une place centrale pourtant remise en cause par une succession de mesures gouvernementales qui l'affaiblissent...

Oui, pourquoi vouloir la défendre ? La Sécurité sociale semble intrinsèquement liée à la République française, à notre modèle social, à notre ADN en somme. Sa création a permis de sortir de la crise de l'après-guerre, de désamorcer les conflits de classe, de libérer les revenus de l'emprise du marché, d'améliorer l'état de santé et l'espérance de vie ; bref, de mieux protéger la population française. Une réussite. Cependant, cette grande institution française, qui fait référence à l'étranger, est l'objet d'attaques des gouvernements successifs depuis les années 1970, attaques dont la plupart des Français, et en particulier les jeunes générations, ne semblent pas vraiment conscients. On a salué l'Assurance maladie pour sa capacité à nous protéger en cette période de crise sanitaire. Dans le même temps, le gouvernement lui faisait porter le coût de la crise des gilets jaunes, la rendant ainsi de nouveau déficitaire.

Depuis longtemps désignée comme un "gouffre financier" exigeant à tout prix le "retour à l'équilibre", la Sécu est menacée dans ses principes fondamentaux, ceux-là mêmes qui ont prévalu à sa conception par le Conseil national de la Résistance et Ambroise Croizat à la sortie de la guerre. En quoi consistent ces attaques ? Quels objectifs visent-elles ? Que risque-t-on et à quoi devrions-nous aspirer ?

La rédaction de Bonne Santé Mutualiste est allée à la rencontre de celles et de ceux qui considèrent que l'on ne peut pas laisser détricoter ce qui a été acquis de haute lutte, qu'il faut de nouveau entrer en résistance : des économistes, des historiens, des sociologues, des mutualistes...



C'est la garantie d'une bonne gestion à l'écart du système marchand et concurrentiel

Didier Thévenot
Ancien Directeur général de Mutuale.
Président de la Mutuelle Générale de Prévoyance

Les mutuelles sont les héritières des sociétés ouvrières de secours mutuel qui existaient il y a deux siècles. Durant l'occupation allemande, alors que les mutuelles ouvrières sont dissoutes par "l'état français", la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), regroupant l'essentiel des organismes d'assurance mutuelle, choisit quant à elle la voie de la collaboration. Après la libération, les dirigeants des mutuelles ouvrières rétablies mettent en œuvre les caisses locales de la Sécurité sociale, convaincus pour la plupart de la nécessité de ce régime général unique, de remboursements visant les 100 % et d'une gestion par les assurés sociaux à travers leurs syndicats.

A contrario, la FNMF a combattu la généralisation de l'assurance maladie obligatoire et obtenu la gestion de la part non prise en charge par la Sécu. Ceci explique les différentes positions des mutuelles. Dans la continuité des mutuelles ouvrières, notre mutuelle et quelques autres appellent à défendre la Sécurité sociale, gage d'une bonne gestion hors du système marchand et concurrentiel. Les autres se satisfont de la baisse progressive des remboursements du régime obligatoire et des transferts vers les organismes complémentaires.

« Il faut défendre la cotisation sociale, indissociable de la bataille des salaires pour mettre à l'abri les travailleurs et leur famille »

Malgré les attaques dont elle est victime depuis sa création par les gouvernements successifs et la mutualité, la Sécurité sociale s'est universalisée au fil des ans comme le voulait Ambroise Croizat. Mais en 1996, avec la réforme Juppé, les ressources dépendant jusque-là des représentants des salariés et des syndicats sont confiées à l'État. Le Parlement vote désormais les projets de lois de financement de la Sécurité sociale. Résultat : la Sécu est de plus en plus financée par des contributions publiques via divers impôts, alors qu'auparavant son financement reposait sur les cotisations émanant des assurés sociaux et des employeurs. Or la force du système, c'est que la cotisation confère des droits sociaux acquis aux assurés (validation de trimestres pour la retraite, droit à l'assurance chômage, aux prestations d'assurance maladie).

C'est pourquoi la cotisation sociale est indissociable de la bataille des salaires pour mettre les travailleurs et leur famille à l'abri des aléas de la vie. L'impôt n'a pas à



1945



Ordonnances des 4 et 19 octobre créant la Sécurité sociale.

se substituer à la cotisation pour alléger le coût du travail et "améliorer la compétitivité des entreprises" comme on l'entend souvent. Ces arguments sont assésés pour justifier la fiscalisation massive de la Sécu commencée avec la création de la CSG. Or la CSG n'est pas acquittée par les employeurs et ne confère aucun droit social et politique aux salariés. Dans le même temps, de nombreux dispositifs d'exonération de cotisations patronales et un ensemble de niches sociales ont été instaurées par le législateur, ce sont près de 60 milliards d'euros qui ne rentrent pas dans les caisses de la Sécu. En résumé, on fait de plus en plus peser sur les assurés sociaux le financement de prestations sociales alors que progressivement la part patronale s'allège.

« Renouer avec l'idée d'une Sécurité sociale comme une institution du salaire socialisé »

Il faut renouer avec l'idée d'une Sécurité sociale pensée comme une institution du salaire socialisé des travailleurs de notre pays. Une institution politique et démocratique gérée par les assurés sociaux eux-mêmes. Une institution émancipatrice faisant des salariés les responsables des décisions qui les concernent et les détenteurs de droits économiques et sociaux. Tout cela implique plus que jamais de renouer avec le projet promu par Ambroise Croizat et de s'approprier la bataille de la cotisation sociale comme mode de partage de la valeur économique.



Cela a été une vraie conquête pour vivre à l'abri de la crainte du lendemain

Michel Étiévent
Historien et biographe d'Ambroise Croizat

La Sécurité sociale nous vient de la volonté lointaine d'en finir avec la charité pour aller vers la solidarité. La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, dans l'article 13, intègre la notion d'assistance aux citoyens malheureux qui sera reprise par le Comité national de la Résistance (CNR) pour réclamer la Sécurité sociale. Avec le CNR et les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, ce qui n'était qu'une assurance devient un droit. Ambroise Croizat va ensuite mettre en place, très concrètement, la Sécurité sociale. Elle s'est bâtie dans l'enthousiasme, en quelques mois. En 1938, il n'y avait aucune assurance sociale : on vivait dans la peur. Pour une appendicite, un fermier devait vendre deux vaches sur les trois qu'il possédait.

La Sécurité sociale a été une vraie conquête pour vivre à l'abri de la crainte du lendemain, pour retrouver de l'humanité, de la dignité. Elle a eu un impact sur l'espérance de vie, sur la mortalité infantile : 100 enfants sur 1 000 mouraient en 1958. Huit ans plus tard, nous

étions passés à 30 pour 1 000. Il est aujourd'hui de moins de 4 pour 1 000.

« Hélas il n'y a pas de mouvement populaire contre les attaques que subit la Sécu »

On peut regretter qu'il n'y ait pas eu d'assez grands mouvements significatifs en faveur de la Sécurité sociale. La France est victime de son histoire : toute la protection sociale s'est bâtie sur le corporatisme. En 1968, après que les ordonnances Jeanneney de 1967 ont mis en place une approche par réduction des dépenses publiques de santé, il n'y a pas eu de grandes manifestations globales sur ce sujet. Seuls les syndicats s'inquiètent des risques de déremboursement de la santé. D'autres attaques suivront : nomination des directeurs de Caisses par l'État, entrée du patronat dans la gestion, acceptation des dépassements d'honoraires, création des forfaits hospitaliers et de la CSG, alignement des mutuelles sur l'assurantiel ou encore obligation des complémentaires pour les salariés qui

La Sécu, une histoire marquée par les réformes et des entorses aux principes fondateurs

1947

Loi « tendant à modifier l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation administrative de la Sécurité sociale dans l'intérêt de la mutualité française. »



La Sécurité sociale, c'est la solution la plus juste

Jean-Jacques Verchay
Président de la Mutuelle de France unie

La Sécurité sociale n'est pas qu'une simple couverture des risques de la vie : elle a été conçue par les pionniers issus du Conseil national de Résistance comme un outil d'émancipation du salariat géré par les travailleurs eux-mêmes. Depuis 75 ans, cette belle conquête sociale s'est beaucoup étendue, avec des réformes successives qui ont réduit son champ d'intervention au profit des assurances complémentaires. Elle intervient beaucoup sur les maladies chroniques incurables et laisse la part belle aux assurances complémentaires pour l'optique, le dentaire, la pharmacie, la médecine de ville. Cette organisation dans le remboursement des soins favorise l'intervention de l'assurance privée au détriment d'une vraie solidarité nationale. Une Sécurité sociale avec de hauts niveaux de remboursements est la solution la plus juste. Les cotisations sont fonction des revenus. C'est du salaire différé. Pour vivre en sécurité sociale, la Sécurité sociale doit, par un partage des richesses plus équitable, retrouver un financement à la mesure des besoins sociaux, pour permettre à l'ensemble de la

population de bénéficier d'une prise en charge correcte et d'actions de prévention.

« Il y a de quoi financer largement en partageant plus justement les richesses »

Si on appliquait le partage des richesses entre le capital et le travail en prenant comme base 1960, ce sont près de 50 milliards d'euros supplémentaires qui permettraient de financer correctement les hôpitaux, les maisons de retraite, la mise en place d'une garantie dépendance, la prise en charge de l'invalidité et l'amélioration des remboursements d'une manière générale. Le poids des assurances complémentaires diminuerait automatiquement et pèserait moins sur le budget des ménages. Il faut parallèlement mener une politique de contrôle des dépenses rigoureuse, notamment en direction des laboratoires pharmaceutiques qui font des profits colossaux sur le dos des assurés sociaux et des mutualistes. Il faut aussi que la branche maladie ne supporte pas les dépenses de la branche Accidents

créée une rupture d'égalité avec les chômeurs et les retraités. Parallèlement, les cotisations sociales ont constamment baissé, ce qui a pour conséquence de faire disparaître du salaire et de le faire passer vers les actionnaires, d'augmenter l'imposition avec la CSG, de mettre la Sécu aux mains de l'État et la santé aux mains de l'assurantiel.

« Il faut comprendre que ce ne sont pas des acquis sociaux mais des conquêtes sociales »

Les gens sont nés avec la Sécu et manquent de la culture nécessaire pour comprendre ce qui se joue dans ces attaques. Ce droit est vécu comme un système d'État. Or, il a fallu des batailles. Les aînés ont gardé le souvenir de cette histoire sociale qui s'est écrite : les congés payés, les 40 heures, le Front populaire. Un scénario optimiste serait une reprise en main de la Sécu par les intéressés, je dirais aux trois quarts par les salariés, avec une vraie politique de prévention, avec un pôle du médicament qui permette de s'affranchir du lobbying des labos, de maîtriser les coûts, de garantir l'égalité d'accès aux médicaments. Quant au financement, il y a des solutions : les exonérations patronales représentent 15 milliards d'euros, l'évasion fiscale 80 millions, les cotisations complémentaires 36 millions d'euros, les revenus qui ne sont pas soumis à la cotisation sociale (revenus financiers boursiers, les GAFA...) 312 milliards d'euros. Il n'est pas déraisonnable d'exiger qu'une part de ces sommes finance la Sécu. Si la société aliène l'individu, alors elle lui doit une protection sans faille... estimait Jean-Jacques Rousseau.

Les ordonnances Jeanneney imposent la division du régime général en trois branches (santé, famille, vieillesse) et la création de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), avec pouvoir de direction. Le patronat dispose désormais de 50 % des voix dans les caisses primaires (contre 25 % auparavant).

du travail et maladies professionnelles (ATMP), car aujourd'hui de nombreux cancers ou troubles musculo-squelettiques sont pris en charge par la branche maladie faute d'être reconnus comme maladie professionnelle, ce qui permet aux entreprises peu soucieuses de la santé de leurs salariés de s'exonérer des cotisations de la branche ATMP.

« Retrouver une institution gérée pour et par les assurés sociaux »

La Sécurité sociale étant l'affaire de tous, il convient de retrouver une vraie gestion démocratique. Les caisses doivent être gérées par les syndicats de salariés représentant les actifs et les retraités. La Sécurité sociale pourra retrouver une gestion démocratique et véritablement agir dans l'intérêt des assurés sociaux quand les représentants des syndicats d'employeurs et l'État renonceront à gérer la Sécurité sociale. La Sécurité sociale est une belle conquête. C'est cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.

Aujourd'hui, où la précarité gagne du terrain sous l'impulsion d'une politique ultralibérale, il est plus que jamais nécessaire de bénéficier d'une Sécurité sociale de haut niveau, financée correctement, et ce pour permettre à chacun d'entre nous de bénéficier d'une prise en charge de qualité. Ce projet de reconquête sociale doit être porté avec force et conviction par tous les acteurs syndicaux, associatifs, mutualistes et, bien évidemment, par chacun d'entre nous.



On nous dit que la Sécu, c'est dépassé, mais ses principes n'ont rien d'obsolète

Sylvie Dubois
Présidente du Groupe Entis Mutuelles

Je défends la Sécu de 1945, celle du législateur Ambroise Croizat fixant une amélioration continue du Régime obligatoire et s'appuyant sur les principes fondamentaux d'égalité, de solidarité, de démocratie, d'unicité et d'universalité. L'égalité parce qu'elle doit bénéficier à toute la population ; la solidarité grâce à un financement obligatoire sur le salaire et par répartition ; la démocratie à travers une gestion par les partenaires sociaux ; l'unicité car elle doit couvrir tous les risques et devrait à ce titre, à mon sens, intégrer le chômage, comme c'était prévu à l'origine. La Sécu a été une réussite et a fait ses preuves : une espérance de vie à 78 ans en moyenne –avec un gain de 20 ans pour les hommes après 60 ans, et de 25 ans pour les femmes–, un des taux de mortalité le plus faible de la planète, un taux de mortalité infantile de 4/1 000, un taux de mortalité cardio-vasculaire les plus bas d'Europe, la lutte contre la pauvreté de la vieillesse.

Partout, dans le monde, on nous envie. On peut compenser la perte d'emploi, les accidents du travail. En 1945, on a été capable de créer le système qui permet d'affronter le contexte d'épidémie d'aujourd'hui.

« De PLFSS en PLFSS, l'objectif de privatisation de la Sécu est de plus en plus clair »

75 ans après, la Sécu aurait dû aller plus loin, avancer par exemple sur la dépendance. Au lieu de cela, elle a reculé. Les gouvernements n'ont cessé de l'asphyxier, en faisant entrer dès 1967 le patronat dans sa gouvernance, en allégeant sans cesse ses contributions. Les allocations familiales, par exemple, n'étaient financées que par les entreprises. Les verser sous condition de ressources, c'est un allègement des cotisations du patronat et une remise en cause d'un des fondements de la Sécurité sociale. La suppression des cotisations des salariés, il y a deux ans, a été vécue par les salariés

comme de l'augmentation de pouvoir d'achat, alors qu'ils ont perdu du salaire socialisé, qui finançait leur protection sociale. La loi Evin de 1989 et l'ANI de 2013 : encore du moins pour la Sécu, puisque la participation employeur à la cotisation des complémentaires santé n'est pas soumise à cotisation sociale. En 2019, le gouvernement a fait porter les mesures des gilets jaunes, via la loi des mesures d'urgence, et le poids de la crise sanitaire (test Covid, soins) sur la Sécu, ce qui porte le déficit à hauteur de 45 milliards. Or la loi Veil de 1994 prévoit le principe de la compensation intégrale par l'État. Le gouvernement Macron s'est donné le droit de ne pas en tenir compte, privant une fois de plus la Sécu de moyens. Pour inverser la tendance, il faudrait reverser tout ce qui doit lui revenir, arrêter les exonérations aux entreprises, reverser les taxes, compenser les cadeaux au patronat comme les heures supplémentaires (en différenciant les entreprises pour lesquelles cela permet de maintenir l'activité), rétablir l'ISF, taxer les revenus financiers.

« En tant que mutuelle, on peut prôner une Sécurité sociale forte »

Nos mutuelles se distinguent de celles qui craignent, avec une Sécu forte, de perdre leur place ou leur part de marché. Nous faisons partie des mutuelles qui ont œuvré pour que la Sécurité sociale existe et qui considèrent

que la normalité serait de se consacrer aux autres champs qu'ouvre la définition de la santé de l'OMS. Avec une Sécu forte, nous pourrions jouer encore davantage notre rôle de prévention, d'accompagnement, de prévoyance, d'aide aux personnes âgées, d'aide sur les questions de logement, d'aides aux démarches administratives. Nous travaillerions sur les œuvres sociales. Les mutuelles existaient avant la Sécurité sociale, mais comme la Sécu n'est pas allée jusqu'au 100 % (son objectif d'origine), le législateur a confié le restant à couvrir (le ticket modérateur) aux complémentaires. Puis, l'ouverture dans les années 1980 à la concurrence a changé la donne. Les assurances y ont vu un marché rentable à développer. La Commission européenne a même avancé que ce n'est pas "loyal" que la Sécu ait le monopole ! Mais notre santé n'est pas une marchandise.

En Juin 1946, dans un pays ruiné, naissent 138 caisses de sécurité sociale sous l'égide d'Ambroise Croizat, ministre communiste (ici, signant les termes de la loi). Pour la première fois au monde, la sécurité sociale devenait un droit fondamental, universel, solidaire, obligatoire, couvrant l'ensemble des salariés et remplaçant ainsi un mécanisme d'assurance couvrant un risque qui n'assurait qu'un français sur 6.



1976



Premiers remboursements de médicaments ; augmentation du ticket modérateur pour certains actes.

1983



Instauration du forfait hospitalier.

1985



Nouveau code de la mutualité officialisant l'ouverture de la couverture santé à la concurrence.

1990



Création de la contribution sociale généralisée (CSG) dans la loi de finances pour 1991.

1994



Autonomie financière de la branche accidents du travail.

1996



Déremboursements de médicaments ; création de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

2000

Création de l'aide médicale de l'État (AME) et de la couverture maladie universelle (CMU), qui deviendra la protection universelle maladie (PUMA) au 1^{er} janvier 2016.

2001



Réforme du Code de la mutualité, qui divise les activités d'assurance-santé entre celles soumises aux normes financières européennes et les autres (prévoyance...).



On peut faire un consensus sur le 100 % Sécu : le sujet dépasse les clivages gauche-droite

Frédéric Pierru
Sociologue, chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS

Cela fait dix ans, avec André Grimaldi par exemple, que l'on s'alarme du recul de la protection sociale. Mais il y a eu une évolution du débat et nous sommes de plus en plus nombreux à dire que le système de double payeur Sécu/complémentaires n'est plus défendable, notamment parce que les contrats sont de qualité inégale. L'idée d'une prise en charge à 100 % a fait son chemin. Je l'avais proposée au candidat Mélenchon. Le président du COR y est aujourd'hui favorable. Même le président Macron a proposé un panier de soins à 100 %. C'est un enjeu transpartisan. Quand le candidat Fillon a attaqué dans son programme le système de santé, il a

dû faire machine arrière : son électorat ne le suivait pas là-dessus. Avec l'ANI, beaucoup de retraités ont perdu en prise en charge. Avec les forfaits, les franchises, tout le monde sait maintenant que la piste du désengagement des soins a des effets pervers et aggrave les inégalités. Plus personne ne défend l'idée de la responsabilisation financière des assurés sociaux. On peut donc faire consensus sur le 100 % Sécu.

« Le 100 % Sécu, ça ne signifie pas tout rembourser »

La Sécu que j'appelle de mes vœux n'est pas la Sécu

d'aujourd'hui, que l'esprit de 45 a déserté et qui est uniquement dans une logique de contrôle, de gestion. Mais le 100 % Sécu, ce ne serait pas pour autant un "open bar". Il ne s'agit pas de rembourser l'aromathérapie, etc. Si vous voulez une couverture pour ce genre de soins, il faut prendre un complémentaire, que l'on appellera d'ailleurs plutôt "supplémentaire". Le 100 % Sécu suppose une délibération collective sur la définition du périmètre à couvrir. Si on s'appuie sur la définition de la santé de l'OMS, tout le PIB du pays ne suffirait pas.

« Le plus grand chantier, c'est celui de la démocratie en santé »

Je ne suis pas pour une Sécu technocratique qui stagnerait sur ce que l'on rembourse ou non. Il faut se demander quelle démocratie en santé nous voulons ? Qui met-on autour de la table ? On ne peut pas repartir sur le face-à-face syndicat/patronat comme après-guerre : il faut inclure patients, élus locaux, mutuelles,

associations. On doit concéder au national le principe d'égalité nationale et la définition du périmètre, mais le reste doit être proche du territoire, avec de vrais pouvoirs, afin d'adapter les politiques publiques aux réalités du terrain. Il faut de la subsidiarité au lieu du fonctionnement actuel très descendant. Il faut inverser la logique, déconcentrer, parce que la démocratie doit être de proximité pour être vivante. Les populations doivent se saisir des questions de santé. Il faut atteindre un niveau territorial sous le département pour impulser des dynamiques locales. Actuellement, dans les ARS, les délégations ont très peu de moyens et d'autonomie décisionnelle : elles ne peuvent rien lancer. Les élus locaux, les conseillers départementaux seraient aussi des alliés pour reprendre la main.

« Dépasser la question du financement »

À gauche, on se querelle sur le financement –CSG, cotisations–, mais ce thème est à mon sens piégé. Qui définit le taux de cotisation ? Ça, c'est un véritable

enjeu. Le 100 % Sécu ne nécessite pas d'exploser le taux de CSG. La rationalisation des dépenses, le transfert des cotisations des complémentaires vers la Sécu suffiraient. Pour relever les défis d'aujourd'hui, il faut se positionner au-delà de la question du financement. Je me méfie des solutions toutes simples comme "on augmente juste les cotisations patronales". L'organisation de l'offre de soins, la maîtrise de la dépense tout en gagnant en efficacité, l'articulation entre le national et le local, la démocratisation : ce sont des questions déterminantes. On ne peut pas envisager la Sécu comme en 1945, où les antibiotiques arrivaient tout juste. La Sécu de demain doit pouvoir agir sur l'ensemble de l'offre de soins, pas seulement l'hôpital et le médico-social, mais aussi sur le médicament et la médecine de ville, qui sont ruineux pour l'Assurance maladie.



La Sécurité sociale est le moyen de sortir de la crise économique actuelle

Frédéric Boccard
Économiste, administrateur de l'INSEE, membre du CESE

La Sécurité sociale a été au cœur du modèle économique qui nous a permis de sortir de la crise de l'après-guerre. Elle est aussi le moyen de sortir de la crise économique actuelle. On peut penser que le rôle économique de la Sécu se cantonne à soutenir la demande et son rôle social à assurer les soins en dehors d'une vision de marché, mais cela va au-delà : la Sécurité sociale permet un développement sans précédent. Elle pourrait être aujourd'hui le moyen d'aller vers un modèle s'appuyant sur une nouvelle maîtrise de l'économie qui viserait une plus grande humanité. Pour cela, il faut comprendre que l'argent, ce n'est pas forcément du capital qui cherche du rendement. La grande innovation de la Sécurité sociale a justement été de montrer qu'il y a de l'argent qui sert à développer les individus, leur santé, leur société. La Sécu, c'est le dépassement du monde marchand médiéval et de l'hyper-capitalisme vers un monde où l'efficacité a pour but l'être humain et non l'accumulation monétaire. En renouant avec cette approche de 1945, où on a investi,

fait des avances de trésorerie avec un déficit élargi, on pourrait créer la base qui crée la richesse.

« La richesse de la Sécu, ce sont tous les effets utiles non marchands »

La richesse de la Sécu s'est faite à côté de la logique dominante. Aujourd'hui, elle ne peut plus se déployer à côté. D'où une réflexion sur la taxation des dividendes, la contribution des entreprises, la taxation des emplois précaires, les taux zéro. Je pense pour ma part qu'il faut tirer le bon des entreprises : elles sont dominées par l'appât du gain, mais on peut travailler la base "emploi, formation, qualification". Il faut amener les entreprises à une alliance pour la croissance et le développement. Il faut rendre coûteux de supprimer de l'emploi et pousser les entreprises à l'embauche pour augmenter la base "emploi". On entre alors dans une tout autre relation avec les entreprises. Ça donne un sens différent à l'économie. C'est une question de critères. Il faut anticiper, se placer sur du temps long, et non sur des décisions court-

termistes de rentabilité. Il faut développer les capacités humaines, la base emploi et la formation, la sécurité d'emploi, les services publics sur le logement, etc. On n'ose pas penser autrement, penser toute la richesse créée par le développement humain, tous les effets utiles non marchands.

« Couper la protection sociale et l'économie, c'est ce qui empêche de reprendre la main »

En économie, le profit n'est pas le seul critère possible. On peut faire autrement. La preuve, la Sécu. La preuve, la Covid : on a trouvé des centaines de millions d'euros pour la relance. On a trop coupé la Sécu de ces questions parce qu'on pense qu'il n'existe pas d'économie en dehors du capital, qui désinvestit, qui délocalise et fragilise de ce fait la base de la Sécu. En effet, on évolue dans un contexte où domine le critère assurantiel, avec la pression d'entreprises hyper-marchandes qui prétendent qu'il n'y a pas d'alternative à leur logique de rentabilité. De grands trusts ont investi les domaines du médicament et des prothèses dans le seul but financier : ils jouent un double rôle, à la fois apporteurs de solutions nécessaires et prédateurs. Sanofi vient par exemple d'annoncer que le laboratoire se désengageait des deux tiers de sa production de principes actifs. Mais affirmer que la Sécu, c'est de l'humain séparé de l'économie, couper la protection sociale et l'économie, c'est ce qui empêche de reprendre la main sur le financement et la gouvernance démocratique, par les assurés, de la Sécurité sociale.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La fin d'une pratique coûteuse ?

Un décret, attendu depuis longtemps par les associations de patients et par les mutuelles pour qui les dépassements d'honoraires pèsent lourd, a précisé en octobre dernier les sanctions à l'encontre des professionnels de santé qui pratiqueraient des dépassements abusifs.

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), organisme public dépendant du ministère de la Santé, en 2018, les Français ont payé 2,7 milliards d'euros de dépassements d'honoraires. En cause les spécialistes de secteur 2 et les praticiens exerçant dans les cliniques privées qui ont, à eux seuls, facturé à leurs patients près d'un milliard d'euros de dépassements d'honoraires.

Force est de constater que le "tact et la mesure" inscrits dans l'article 54 de la loi Hôpital voilà onze ans n'ont guère été appliqués, laissant aux mu-

tuelles – quand les patients en ont une – le soin de payer quitte à renforcer le phénomène. Ces dépassements pèsent sur les mutuelles mais de plus en plus sur les assurés car les contrats responsables, imposés par l'ANI, plafonnent les remboursements de ce type d'honoraires. Ni le coût pour les patients ni les incitations de l'Assurance maladie n'ont inversé la tendance. D'où ce décret publié le 2 octobre dernier.

Des sanctions financières

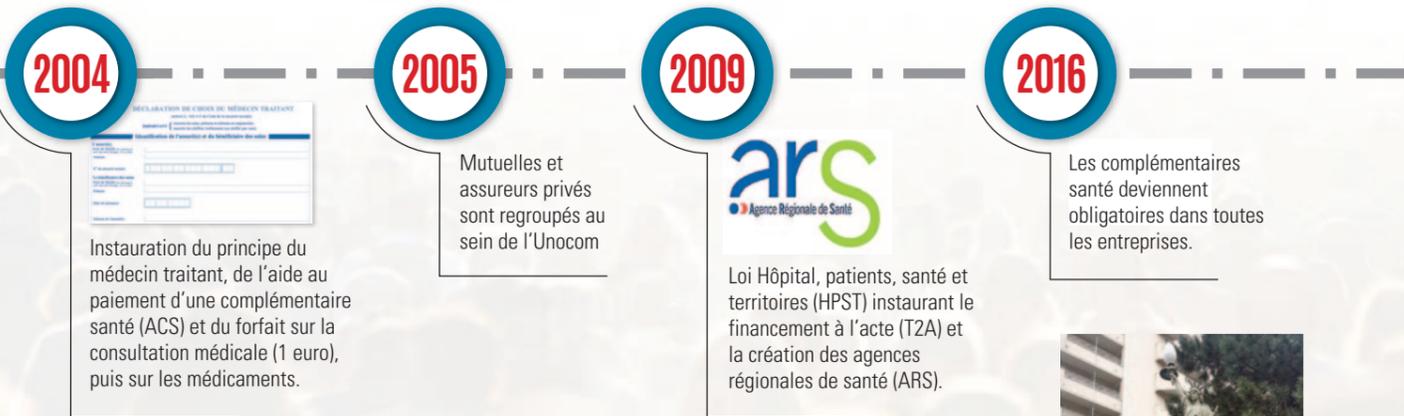
En cas de dépassements d'honoraires excessifs,

les médecins risquent une pénalité équivalant à 200 % du montant des dépassements facturés. Un dépassement de 30 euros serait alors transformé en sanction de 60 euros.

Difficile pourtant d'évaluer si un dépassement est excessif. C'est pour cela que la commission en charge de l'application du décret veillera au "respect du tact et de la mesure" selon différents critères comme la situation financière du patient, la notoriété du praticien ou encore la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré.

En cas de récurrence dans un délai de trois à six ans selon les motifs, le praticien pourrait se voir retirer le droit à dépassement pour une durée maximum de trois ans s'il était déjà autorisé à pratiquer les dépassements d'honoraires.

La menace de ces sanctions suffira-t-elle à réduire les tarifs pratiqués ? En attendant, pour éviter les mauvaises surprises, mieux vaut se tourner vers des praticiens installés en secteur 1 (qui ne peuvent pratiquer de dépassements) ou, à défaut, ceux de secteur 2 qui ont adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam)...



ALTERNATIVE MUTUALISTE

DÉFENDRE LA SÉCURITÉ SOCIALE, NOTRE BIEN COMMUN

À l'occasion du 75^e anniversaire de la Sécurité sociale, une convergence d'organisations syndicales et de partis politiques, dont Alternative Mutualiste fait partie, s'est réunie début octobre à Saint-Étienne pour lancer une campagne de défense de ce bien commun.

Les deux tables rondes organisées le 2 octobre ont rassemblé spécialistes de la Sécurité sociale et du système de santé, et militants mutualistes et syndicaux, mobilisés pour sa défense. L'occasion de rappeler le rôle central d'Ambroise Croizat dans l'édification de la Sécu, et de rendre hommage à ce ministre ouvrier oublié. Ainsi, les militants ont-ils posé une plaque en son honneur aux pieds de la statue de la Liberté, avec l'espoir que d'autres seront posées dans toute la France. L'occasion également de revenir sur la modernité de la Sécu, bâtie sur les principes d'unicité, de solidarité, d'universalité et de démocratie. Avec la Sécu, finie la charité, remplacée par un système solidaire éloignant les inquiétudes du lendemain. Ce moment d'éducation populaire s'est poursuivi le jour d'après, lorsque tous ont participé à la rédaction de l'Appel de Saint-Étienne, lançant de fait la campagne – qui court jusqu'au 22 mai,

C'est sous une pluie battante, en cette fin d'après-midi du 2 octobre, que les militants syndicaux de Convergence Services publics ont posé une plaque en l'honneur d'Ambroise Croizat, ministre ouvrier et créateur de la Sécurité sociale.



date anniversaire de la loi portant généralisation de la Sécurité sociale – pour défendre et reconquérir ce bien commun. Car, depuis le début de son existence, la Sécurité sociale est victime d'attaques visant à restreindre son rôle au profit du privé, supprimant son principe fondamental de solidarité : « je cotise selon mes moyens, je reçois selon mes besoins ». Cette campagne a également pour objectif de faire progresser la société en faisant des propositions pour étendre ses prérogatives, avec notamment l'instauration du "100 % Sécu" pour la maladie, le développement d'une politique de prévention et la mise en débat du financement de la Sécurité sociale, dévoyé par les gouvernements successifs. L'Appel de Saint-Étienne rappelle que les citoyens ne sauraient se satisfaire de la politique menée actuellement, et que des droits nouveaux sont nécessaires pour assurer la sécurité des femmes et des hommes, ainsi que pour garantir l'émancipation humaine.

Pauvreté et mauvaise santé, un lien de cause à effet

Des enquêtes ont montré que le développement et la gravité du Covid-19 sont marqués par des inégalités sociales, avec 83 % des patients hospitalisés en réanimation en surpoids ou obèses. Les études sont unanimes : les catégories sociales défavorisées sont en moins bonne santé.



Ce constat au cours de la crise épidémique n'a pas surpris les médecins : ils savent que les personnes obèses ont six fois plus de risques de développer, par exemple, un diabète de type 2 et que ces problématiques touchent plus fréquemment les personnes issues de milieux défavorisés. Le phénomène "d'inégalités sociales de santé"

a toujours existé, mais il a été conceptualisé à partir des années 1970. Depuis cinquante ans, les études montrent que les différents groupes sociaux et classes sociales ne bénéficient pas du même niveau de santé. Ces inégalités de santé résultent d'autres inégalités : conditions de travail, logement, ressources

financières sont autant de facteurs qui agissent négativement sur la santé. À 35 ans, un ouvrier masculin a une espérance de vie inférieure de 7 ans à celle d'un cadre masculin. Et contrairement à l'idée reçue « il suffit de prendre soin de soi pour inverser le phénomène », l'INSEE indique que seulement 7 % des inégalités de santé sont liées à des comportements à risque. C'est bien le milieu d'origine qui joue, et ce très tôt. Comme l'ont rappelé les professionnels de santé à l'occasion de la Journée internationale des droits de l'enfant, c'est pendant les 1 000 premiers jours de l'enfant que se créent les inégalités en santé. Or un enfant sur cinq vit sous le seuil de pauvreté...

QUELQUES CHIFFRES

- 14 % des personnes pauvres ont connu au moins une hospitalisation au cours de l'année (contre 12,8 % du reste de la population)
- 6 % des enfants pauvres souffrent de caries (contre 2 % des autres enfants).
- 15 % des personnes sans diplôme ou ayant au plus le brevet des collèges sont obèses (contre 5 % des diplômés supérieurs).
- 34 % des femmes de plus de 40 ans appartenant à des ménages pauvres n'ont jamais effectué de mammographie (contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans)
- 22 % des personnes pauvres n'ont pas de complémentaire santé (CMU comprise) contre 7 % du reste de la population.

Source : Regards croisés sur l'économie

Vie mutualiste]

La pandémie de Covid-19 a démontré le rôle déterminant de nos centres de santé mutualistes dans l'accessibilité et la continuité des soins. En première ligne, ils sont impactés par la crise sanitaire. Nous faisons le point sur la situation avec Jéssel Rodriguez, directrice de la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales et Sébastien Pommaret, directeur général de l'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc.



Comment la Covid a impacté les œuvres sociales mutualistes ?

Les centres de santé relèvent du livre III du Code de la Mutualité. L'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc et la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales ont créé un réseau de centres de soins (dentaire, ophtalmologie, audition, infirmiers), des services de soins à domicile et des centres d'optique et d'audition, respectivement en Haute-Savoie et dans le Loir-et-Cher. Ils se présentent comme une alternative solide à l'offre libérale et privée, grâce à ses valeurs mutualistes essentielles de solidarité, de proximité et d'accès aux soins pour tous.

Rendre accessible la santé à tous

Les centres de santé mutualistes de l'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc et de la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales ont un rôle et un fonctionnement qui rend la médecine accessible à tous sur un territoire donné. « À l'époque de notre installation, beaucoup de dentistes pratiquaient le dépassement d'honoraires. Le but de nos mutuelles était donc d'offrir à la population des soins à toute la population, sans aucune distinction. On n'a pas attendu le 100 % Santé ! » précise Jéssel Rodriguez. Développer des centres de santé mutualistes, c'est aussi défendre les valeurs de proximité et de territoire chères aux mutuelles. Elle rajoute : « La région Centre est la moins dotée en termes de praticiens dentaires. Nous sommes un désert médical. Nos centres de soins permettent à la population de se soigner correctement, mais il est difficile de recruter des praticiens ». En Haute-Savoie, la difficulté de recrutement est aussi une réalité : « Nous avons de vraies difficultés à recruter, notamment dans nos centres de soins infirmiers. La liste des patients qui attendent une prise en charge s'allonge et ce phénomène s'est clairement accentué en 2020 » précise Sébastien Pommaret.

En première ligne face au Covid-19
Durant le premier confinement, les centres de santé mutualistes sont restés porte close et il a fallu s'organiser très rapidement. « Nous avons eu 24 heures pour fermer nos centres et nous avons

Développer des centres de santé mutualistes, c'est aussi défendre les valeurs de proximité et de territoire chères aux mutuelles

dû nous adapter. Nous avons pu nous inscrire dans une réponse rapide aux patients en prenant en charge les urgences dentaires et en maintenant l'activité de notre Centre de soins infirmiers et de nos Services de soins infirmiers à domicile », nous confie Sébastien Pommaret. « Le métier de chirurgien-dentiste a été considéré comme parmi les métiers les plus à risque. Nos équipes étaient en première ligne. Nous n'avions plus le droit de faire certains soins, et c'est encore le cas. Malgré tout, nous avons mis tout en œuvre pour protéger nos praticiens et nos patients, ce qui a rassuré tout le monde. Aujourd'hui, les journées sont intenses, mais nos équipes font le maximum pour répondre aux besoins de la population » ajoute Jéssel Rodriguez. Une mobilisation partagée par l'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc : « Nous sommes tous très motivés, malgré la fatigue accumulée ».

De grosses difficultés logistiques
Outre l'énorme travail de reprogrammation des rendez-vous annulés lors du premier confinement - 12 000 pour les centres dentaires haut-savoyards ! -, c'est l'approvisionnement en

matériels de soins qui a été le plus problématique. À la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales, « la pénurie en équipements individuels était forte après le premier confinement. Masques, gants, surblouses... Nous manquions de tout. L'État n'a pas bloqué les prix, nous avons dû investir beaucoup, alors que nous n'avons aucune ressource. Pour le dire clairement, certains fournisseurs se sont "gavés" sur notre dos, ils nous ont imposé leurs prix. » À cela s'ajoute l'obligation d'aérer pendant un quart d'heure entre chaque patient, et la nécessaire désinfection de la salle. « Nous avons dû espacer nos rendez-vous sur nos agendas pour intégrer les contraintes d'aération et de désinfection. C'est très lourd à gérer pour nos équipes, qui sont déjà éprouvées par la situation », poursuit Sébastien Pommaret.

Des centres de santé mutualistes en danger ?

La crise sanitaire a mis à mal les centres de santé mutualistes, qui ne sont pas reconnus pour leur travail. Ils accusent un trimestre en moins et malgré les aides gouvernementales, ils ont dû faire face à de nouvelles dépenses. Pour Jéssel Rodriguez, « je crois que si l'on n'avait pas été un groupe mutualiste, on n'aurait pas pu résister. » Sébastien Pommaret nuance : « En comparaison avec les commerces, nous sommes moins menacés. Mais compte-tenu de notre vocation sociale et du fait que la crise touche particulièrement les populations les plus fragiles, il nous faudra, tous, repenser nos mécanismes de solidarité, pour que personne ne soit exclu du système. 2021 devra forcément être l'année de la solidarité car une crise sociale et économique se dessine. C'est notre vocation d'atténuer ces difficultés. »

Retrouvez les coordonnées de nos centres de santé mutualistes en page 16 de votre magazine.

L'asso qui crée du lien]

Plus que jamais, le Secours populaire a besoin de vous !



Partout en France, le constat est le même. Depuis mars, nous assistons à une explosion de la précarité et des demandes d'aides. Le Secours populaire multiplie les gestes de solidarité, notamment en assurant en urgence une aide alimentaire à une population de plus en plus inquiète de l'avenir.

Dès les premiers jours de confinement, le Secours populaire a vu son aide décoller auprès de travailleurs précaires, de personnes en fin de droits, de jeunes, d'étudiants, de personnes âgées, d'artisans qui ont basculé dans la précarité. En effet, frappées de plein fouet par la crise, ces personnes ont vu leur niveau de vie considérablement se dégrader.

Le baromètre de la précarité sonne l'alerte

L'état des lieux de la précarité en France, rendez-vous annuel du Secours populaire, fait cette année

le focus sur l'impact de la crise sanitaire sur les personnes en situation de précarité. Durant les deux mois du premier confinement, le Secours populaire a aidé plus de 1,2 million de personnes, dont 45 % n'étaient pas connues de l'association. Les demandes d'aides ont explosé, l'augmentation allant de 15 à 50 % dans certains départements.

L'aide alimentaire au centre de la solidarité

Pour le Secours populaire, « la plupart des personnes qui poussent pour la première fois la porte d'une permanence d'accueil de l'association sollicitent en priorité une aide alimentaire. Lors du premier confinement, le Secours populaire a inlassablement poursuivi ses actions solidaires, pour éviter qu'à la détresse sanitaire vienne s'ajouter la misère sociale. Ainsi, les 1 300 lieux de solidarité et les nombreux bénévoles ont répondu présents pour assurer l'aide alimentaire dont la population avait besoin, dans le respect des gestes barrières.

Le deuxième confinement, un peu plus de galères

Si l'aide alimentaire massive apportée par le

Secours populaire a permis aux bénéficiaires de reporter leurs dépenses sur le paiement de leur loyer et de ne pas se retrouver à la rue, ce deuxième confinement de novembre a encore plus fragilisé leur situation. Le gouvernement ayant décidé de ne pas augmenter ni le RSA ni les allocations logement, les précaires sont les grands oubliés du Plan de relance du gouvernement, les laissant sur le carreau.

PAS D'ACTION SANS DON !

Le Secours populaire ne peut se passer de votre soutien financier, indispensable pour faire solidarité. Face aux nombreuses annulations des activités de collectes de fonds et à la fermeture des boutiques de solidarité, le Secours populaire a besoin de vous !

Pour faire un don :

► **Par courrier :** rendez-vous sur le site Internet du Secours populaire pour trouver une structure près de chez vous (secourspopulaire.fr).

► **Sur Internet :** <https://don.secourspopulaire.fr/b/mon-don>

Solidarité et coopération pour COOPàCUBA

Association loi 1901, COOPàCUBA existe depuis 2011, créée par une poignée de Vendômois amoureux de "Crocodile" des Antilles. Soutenue par Mutuale, l'association œuvre tout au long de l'année pour faire connaître cette île et sa culture, et pour instaurer des actions de coopération et de solidarité envers le peuple cubain.

Parler de Cuba sans la caricaturer est le pari réussi, de l'association COOPàCUBA, qui, au travers de nombreuses manifestations à Vendôme, fait découvrir cette culture si particulière. Tout au long de l'année, des événements sont organisés comme "Femme à Cuba 2020". Ainsi, ce début du mois de mars a été l'occasion pour les Vendômois de découvrir plus d'une centaine d'artistes cubains, des films et des expositions de photographies.

La solidarité au cœur des actions

Les 30 adhérents et bénévoles répondent à certains besoins de la population cubaine. « Nous leur apportons la logistique indispensable comme des climatiseurs, des réfrigérateurs, des télévisions, dans la construction d'un foyer ou d'un hôpital. Depuis



Le 6 octobre dernier, à la Chaussée-Saint-Victor, Mutuale et la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales ont organisé une soirée rendant hommage aux brigades médicales cubaines qui, cette année encore, ont été envoyées dans le monde entier pour aider les équipes médicales locales.

2017, nous avons contribué au confort de deux foyers d'accueil pour personnes âgées et d'un foyer pour futures mamans, ainsi qu'aux conditions d'accueil d'un hôpital de Trinidad », précise le président de l'association, Jacques Burlaud. L'association agit toujours en lien avec la population locale, et les bénévoles se déplacent aussi régulièrement à Cuba pour voir sur place l'évolution et l'utilisation du matériel envoyé.

Le Contingent médical international Henry Reeve à l'honneur

Au mois d'octobre, les 8^e Journées cubaines ont permis de faire honneur aux brigades médicales cubaines qui ont apporté leur aide dans une trentaine de pays dans la lutte contre le Covid-19. Initiée par Mutuale et la Mutuelle familiale des Œuvres Sociales, la soirée du 6 octobre était donc

consacrée à ce Contingent Henry Reeve, du nom d'un jeune américain qui a rejoint la lutte cubaine contre les Espagnols au XIX^e siècle. L'occasion de rappeler la place de la santé - égalitaire et gratuite - dans le paysage politique cubain, et de rendre hommage à ces femmes et à ces hommes qui, malgré l'embargo, ont été envoyés partout dans le monde pour aider les professionnels de santé locaux.

En 2020, ce sont plus de 1 450 médecins cubains qui ont fait face à la pandémie, mais au total, on estime que ces 56 dernières années ont vu plus de 400 000 collaborateurs de santé cubains venir en aide à 164 pays. Malgré une mobilisation internationale, cette brigade médicale Henry Reeve n'a pas obtenu le Prix Nobel de la paix.

En savoir + coopacuba.org



► En 2019, on comptait **19,1 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie** en France pour 561 structures et 419 000 patients (ATIH santé).

► On compte environ **12 500 médecins spécialisés en psychiatrie** en France, dont 25% exercent dans le libéral (Statista).

Psychiatrie: un diagnostic critique

Selon un rapport parlementaire de 2019, la psychiatrie est en crise. Entre sur-occupation des lits, patients en grande souffrance et épuisement des professionnels, l'humain disparaît peu à peu des soins. Le constat est accablant : la psychiatrie est en crise, faute de moyens.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur trois sera affectée au cours de sa vie par un trouble psychiatrique : dépression, troubles bipolaires, autisme, schizophrénie, troubles obsessionnels compulsifs ou du comportement alimentaire. À l'opposé du budget alloué à ce domaine, la demande de soins est en constante augmentation. Pourtant, la psychiatrie n'échappe pas à la logique libérale appliquée à la santé. Au quotidien, ce sont les soignants et les patients qui trinquent.

Les blouses blanches à l'agonie

Aux avant-postes de la souffrance humaine, les soignants en psychiatrie sont eux-mêmes au bord du burn-out. À cela, plusieurs explications. Toutes sont relatives à la dégradation des conditions de travail et de la prise en charge des patients. Actuellement, la capacité d'accueil des hôpitaux psychiatriques est insuffisante, les lits sont sur-occupés. Entre 1976 et 2006, le nombre de lits en psychiatrie générale publique et privés non lucratifs a diminué de 60%, selon l'Inspection générale des affaires sociales. Logique quand on sait que les pouvoirs publics n'ont eu de cesse de réduire le nombre d'hospitalisations au profit de l'ambulance. Pendant ce temps, les établissements privés augmentent leur nombre de lits : il s'agit donc d'un désosage en règle du public au profit du privé. De plus, 25% des postes en psychiatrie sont vacants selon l'Union syndicale de la psychiatrie, si bien que la prise en charge de nouveaux patients ne peut se faire. Les professionnels de la psychiatrie,

en grève au mois de juin, exigeaient une augmentation de 5% du budget, ainsi qu'une revalorisation des salaires.

«De l'écoute et pas que des gouttes»

D'une prise en charge globale et égalitaire dans les années 1960, on est passé à une vision court-termiste du soin psychiatrique.

Face à l'augmentation de la demande de prise en charge et aux manques de moyens humains, les établissements psychiatriques sont saturés. En 2018, l'affaire de la généralisation de la contention aux urgences psychiatriques de Saint-Étienne avait fait un tollé médiatique.

Pourtant, le recours à la contention tend à se généraliser, redevenant un soin à part entière. L'humain disparaît du soin, au profit d'un retour à la camisole et d'un recours aux médicaments. Ces derniers sont sur-utilisés, au mépris de la présence humaine et de l'écoute des soignants auprès des malades. Au point de parler de maltraitance.

Dans ce contexte de "souffrance éthique" –accepter l'inacceptable pour continuer sa mission–, gérer les crises est devenu la base du travail des soignants, alors qu'elles peuvent être évitées. La prise en charge n'est plus évaluée sur le long terme, et les patients sortent souvent avant d'être stabilisés. Dans le livre *Psychiatrie: l'état d'urgence*, les auteurs rappellent que «les troubles psychiatriques sont fréquents, que l'on peut les prévenir et dont on peut guérir. Mais peu de mesures de santé publique de prévention et de détection précoces sont engagées.»

Face à la logique comptable, réaffirmer la primauté du soin relationnel est une gageure. Pourtant, durant la pandémie, l'engagement de ces personnels soignants a limité les dégâts.

La logique comptable appliquée à la psychiatrie

En psychiatrie, la prise en charge des patients est plus longue que dans d'autres services hospitaliers : en 2015, selon la Direction générale de l'offre de soins, près de 500 000 patients sont restés hospitalisés en moyenne deux mois. Pourtant, l'État maintient une pression financière sur ces services. Organisée dans les années 1960 comme une sorte de mille-feuilles de structures, la psychiatrie est aujourd'hui un dédale dans lequel il est compliqué de se retrouver. Mais la nouveauté pour 2021, c'est la T2C-Psy, la tarification par compartiments, petite sœur de la T2A, la tarification à l'acte.

Jusqu'ici, chaque établissement psychiatrique bénéficiait de la DAF, la dotation annuelle de financement. Le PLFSS 2021 prévoit que, dès janvier, la psychiatrie soit soumise à la T2C. En résumé, il s'agit de faire toujours plus avec toujours moins, en faisant la part belle à l'offre libérale en incitant à voir le plus de patients possibles dans un temps de soins réduit.

Cette vision se révèle d'ores et déjà sélective, peu adaptée aux patients présentant de lourdes pathologies et aux précaires. Pour les soignants, «compartimenter n'est pas soigner».

Dans une tribune parue dans *Le Monde* le 8 octobre dernier, des médecins et chefs de service s'élèvent contre ceux qui «s'entêtent à croire qu'une rationalisation à outrance du financement de la psychiatrie constitue une priorité, négligeant par là ce qui fait la possibilité du soin», constatant que «cette réforme marque une attaque de la possibilité d'une psychiatrie sur mesure, s'occupant des personnes les plus en souffrance, sur un temps long s'il le faut.»

Don du sang, une situation alarmante

Chaque année, un million de personnes bénéficie des dons de sang. Mais depuis la fin du confinement, la collecte de sang est désorganisée, et les stocks ont diminué de manière inquiétante, menaçant la prise en charge de nombreux patients. L'Établissement français du sang (EFS) appelle à la mobilisation avec la campagne «Prenez une heure pour sauver trois vies».



La France a toujours été pionnière en matière de transfusion sanguine. Aujourd'hui, 6 Français sur 10 déclarent avoir déjà donné leur sang au cours de leur vie, mais seuls 15% le donnent au moins une fois par an. Face à l'urgence de la situation, il est essentiel de faire remonter le niveau des réserves de ces produits irremplaçables, vitaux et solidaires.

«Prenez une heure pour sauver trois vies»

La collecte de sang a beaucoup diminué, au point que le président de l'EFS, François Toujas, parle de «situation extrêmement inquiétante». En effet, le Covid-19 a désorganisé la collecte : le télétravail, les vacances d'été, l'état d'urgence sanitaire, la couvre-feu ont fragilisé les collectes mobiles, qui représentent habituellement 80% des dons de produits sanguins. Pourtant, la reprise des activités hospitalières a accru les demandes en produits sanguins. Aujourd'hui, on délivre plus de produits que l'EFS n'en collecte.

Pour Jean-Pierre Basset, militant du don du sang, «Jamais depuis 1948 un malade n'a manqué de produits sanguins. Dès que le stock national tombe en dessous de 12,5 jours, il y a alerte. À 10 jours, il y a alerte rouge.» Pour répondre aux besoins des malades, 10 000 dons de sang sont nécessaires par jour.

Le sang, un "bien" précieux...

N'étant toujours pas capables de fabriquer du sang artificiel ou tout autre médicament pouvant s'y substituer, le don de sang est l'unique source de produits sanguins.

«Les citoyens connaissent mal l'ampleur des besoins : en 2019, en France, on a compté 3 044 777 transfusions pour 530 980 patients,

grâce à 1 652 771 donneurs et 2 894 199 prélèvements», ajoute Jean-Pierre Basset. Le don de sang permet ainsi la collecte de plaquettes, de globules rouges et de plasma – ce dernier servant

à la fabrication de médicaments. Utilisés dans les situations d'urgence ou en cas de besoins chroniques, les produits sanguins sont nécessaires tout au long de l'année, car ils ont une durée de vie courte : 5 jours pour les plaquettes et 42 jours pour les globules rouges. D'où la difficulté supplémentaire de l'EFS, qui est chargé, en plus de la collecte, de réguler les stocks.

... et solidaire

«Le système transfusionnel français, issu de la loi du 21 juillet 1952, interdit le commerce du sang et de ses dérivés. C'est le principe éthique : volontaire, anonyme, bénévole et non-profit. Le don de sang ne peut pas générer de profit, et l'anonymat interdit le "don dirigé", c'est-à-dire je veux bien donner mon sang, mais pas pour telle communauté, tel groupe de personnes...» précise M. Basset. Le don de sang est donc un acte citoyen fort et indispensable, issu d'une vraie économie du partage.

Remboursés à 100% par la Sécurité sociale, les produits sanguins attirent pourtant les vautours, le système transfusionnel français étant régulièrement attaqué. M. Basset le rappelle : «La France subit une perversion imposée par l'Union européenne, pour qui le plasma est une matière première commercialisée depuis 1993. Nous sommes déficitaires en plasma, une partie des malades sont donc traités par médicaments dérivés du sang importés, issus pour l'essentiel de plasmas prélevés contre paiement sur des personnes précaires aux États-Unis.»

QUESTIONS-RÉPONSES SUR LE DON DE SANG

- **Quelles sont les conditions pour donner son sang ?**
Pour donner son sang, il faut avoir entre 18 et 70 ans, peser plus de 50 kg et être reconnu apte suite à l'entretien avec le médecin.
- **Quelles sont les étapes d'un don de sang et combien de temps dure-t-il ?**
Le don dure environ 45 minutes et se découpe en quatre étapes : l'accueil, l'entretien avec un médecin, le prélèvement et la collation. À noter, il faut obligatoirement sa pièce d'identité pour donner son sang.
- **Faut-il être à jeun pour donner son sang ?**
Non, bien au contraire ! Il faut avoir mangé pour éviter tout risque de malaise.
- **Quelles sont les contre-indications au don de sang ?**
 - Certains traitements et certaines maladies ou antécédents médicaux. Voir le site Internet de l'EFS.
 - Si vous avez un tatouage ou un piercing qui date de moins de 4 mois.
 - Si vous avez des antécédents de consommation de drogue par injection.
 - Si vous avez séjourné dans une région où peuvent sévir certaines maladies.
 - Certaines pratiques sexuelles. Voir le site Internet de l'EFS.
- **Quelle quantité de sang prélève-t-on pour un don ?**
On prélève en moyenne entre 400 et 500 ml de sang par don.
- **Combien de fois par an peut-on donner son sang ?**
Un homme peut donner son sang jusqu'à 6 fois par an, et une femme jusqu'à 4 fois. Entre deux dons, il faut respecter un délai de minimum huit semaines.
- **Dois-je prendre rendez-vous pour mon don ?**
Avec la pandémie de Covid-19, il faut désormais prendre rendez-vous, via le site Internet de l'EFS ou l'application Don du Sang.
- **Le don est-il sécurisé ?**
Oui. Toutes les précautions sont prises pour éviter tout risque de transmission du Covid-19. Le matériel de prélèvement est stérile et à usage unique. Le sang que vous donnez est testé avant d'être stocké et donné à une personne qui en a besoin.
- **Pour savoir où et quand donner votre sang :**
Téléchargez l'appli Don de Sang sur smartphones Apple et Android.
Rendez-vous sur <https://dondesang.efs.sante.fr/>



- ▶ Une antenne 5G consomme **350% de plus** qu'une antenne 4G (Huawei).
- ▶ La 5G est classée 2B dans les champs de radiofréquences électromagnétiques, ce qui signifie qu'elle est **probablement cancérigène** (OMS).
- ▶ La portée de la 5G est faible, elle pénètre mal les bâtiments (Numérama).

La 5G, entre innovation et controverses

L'avènement de la cinquième génération de réseaux mobiles, qui succède à la 2G, la 3G et la 4G, cristallise les inquiétudes et les oppositions. Mais plus qu'une énième innovation, la 5G est un véritable projet de société, qui va bouleverser tous les pans de nos vies. Quels sont les réels enjeux de la 5G ?

La 5G annonce un saut vers l'hyperconnectivité et la mise en réseau global de tous les appareils connectés. On parle d'une capacité d'un million d'objets connectés par kilomètre carré. Cet Internet des objets ou « smart city » est imposé comme une innovation majeure par les industriels du secteur et les gouvernements, sans qu'aucun citoyen n'ait été associé à la réflexion.

Au-delà des enjeux stratégiques et financiers, la question des conséquences de cette technologie se pose.

La 5G, qu'est-ce que ça va changer ?

La 5G sera une révolution technologique dans le domaine des télécommunications à laquelle les sociétés du monde entier devront se plier. Ce réseau s'ajoute est présenté comme un enjeu stratégique majeur. Elle permettra le développement de services innovants, tous liés à une augmentation de la connectivité et du débit, dans les domaines des transports, de la médecine, de l'industrie, de la communication et de l'innovation informatique. Mais pour le citoyen lambda, ça va changer quoi ?

Pour Nicolas Bérard, journaliste et auteur du livre

5G mon amour, « la 5G n'est pas faite pour un besoin précis. On crée un réseau, on le lance et après on évalue quels usages on pourra en faire ».

“Modèle amish” contre compétitivité

Jamais la mise en place d'un tel réseau n'avait cristallisé les oppositions. Il faut dire que l'asymétrie de la réflexion et de la prise de décision prive les citoyens de donner de la voix.

En 2017, des médecins demandaient des mesures fermes en faveur du principe de précaution

Si la Convention citoyenne pour le climat demandait un moratoire sur la 5G, Macron n'a pas tenu sa promesse de présenter à l'Assemblée nationale ou en référendum les 150 propositions de la Convention. Déjà, en 2017, plus de 130 médecins et scientifiques avaient adressé à l'Union européenne leurs inquiétudes quant aux risques sanitaires de la 5G et sollicitaient la prise de mesures fermes en faveur du principe de précaution. Ces doutes n'ont pas freiné le président de la République, qui moquait le “modèle amish” voulu par les anti-5G, dans la mise aux enchères des fréquences, qui a rapporté trois milliards d'euros. Indispensable, le débat sur le sujet n'aura donc pas lieu. Les citoyens ont la sensation que la compétitivité passe avant la démocratie, d'autant plus que les territoires ne peuvent refuser les antennes installées par les quatre principaux

opérateurs, alors qu'il reste encore de nombreuses zones blanches.

Quels sont les dangers ?

Les réfractaires à la 5G opposent au gouvernement et aux opérateurs de nombreux arguments sur ses dangers. D'un point de vue environnemental, le réseau s'ajouterait à celui de la 4G et nécessiterait une forte consommation d'énergie, à la fois pour la fabrication et la connexion d'objets entre eux. En France, la consommation d'électricité augmenterait de 2 %. D'un point de vue sanitaire, l'Agence nationale des fréquences (ANFR) alertait en septembre dernier d'une augmentation sensible des expositions aux ondes. Il faut dire que la fréquence de ces ondes électromagnétiques est 10 à 100 fois plus élevée que les émetteurs actuels. S'ajoute la multiplication des antennes, pour mailler le territoire. Et cela, craignent les scientifiques, pourrait entraîner des risques de cancer, du stress cellulaire, des dommages génétiques, etc. En clair, un impact négatif sur la santé et le bien-être.

Quelle société voulons-nous pour demain ?

D'un point de vue social, la 4G nous a déjà riviés sur nos smartphones, la 5G, elle, risque de tout restructurer autour de la connectivité. D'autant que l'explosion des données collectées, leur stockage et leur utilisation pose une fois encore question. Héritage direct du système capitaliste, la 5G créera l'avènement d'une société hyper-compétitive, où les acteurs privés auront tout pouvoir sur ces fameuses données. Et Nicolas Bérard de conclure : « Je crois que les problèmes de santé n'expliquent qu'une partie de l'opposition à la 5G. Cela concerne plus largement le rejet d'une forme d'intrusion, de l'imposition d'une certaine conception du monde. »

À l'adolescence, on fait attention à ses dents !

Entre appareil dentaire, caries et apparition des dents de sagesse, l'adolescence n'est pas de tout repos en termes de santé bucco-dentaire. Petit tour d'horizon des principaux problèmes dentaires survenant à cet âge et des solutions pour les éviter.

L'adolescence est une période où il est particulièrement important de consulter un dentiste, car c'est durant l'enfance et à l'adolescence que se construit une bonne santé bucco-dentaire. C'est aussi l'âge où le grignotage et les mauvaises habitudes s'installent durablement.

Prendre de bonnes habitudes

Prendre soin de sa bouche et de ses dents est autant un acte d'hygiène qu'esthétique. Pour protéger sa santé bucco-dentaire, la base, c'est le brossage de dents : deux fois par jour minimum, pendant deux minutes, avec une brosse à dents changée tous les trois mois. Le grignotage et la consommation de produits sucrés sont l'ennemi numéro 1 des dents, car ils provoquent des attaques acides responsables des caries. Pour préserver la blancheur du sourire, on évite le tabac et le café ou le thé en grande quantité. Enfin, les piercings de la langue sont certes très tendances, mais ils provoquent à la longue le déchaussement des dents, qui est quasi irréversible.

Le temps des appareils dentaires

L'adolescence rime bien souvent avec un sourire métallique ! C'est en effet la période privilégiée par les orthodontistes pour mettre en place des traitements, si les dents ne sont pas alignées ou se chevauchent. Mais ce type de soins n'est efficace



qu'à partir du moment où les dents définitives sont toutes sorties.

La meilleure solution, c'est l'appareil dentaire, qui exerce une force sur les dents pour les positionner correctement. Il peut occasionner quelques douleurs lorsque le dentiste règle régulièrement la tension de l'appareil, mais le traitement ne dure généralement pas plus de deux ans.

L'apparition des dents de sagesse

C'est généralement vers 18 ans que les dents de sagesse apparaissent, et peuvent causer des douleurs ou faire bouger la dentition. Positionnées à l'arrière de la bouche, derrière les deuxième molaires, elles ont le même rôle que les autres molaires : elles servent à mastiquer. Quand elles poussent mal ou ont une morphologie anormale, il faut les faire enlever, de manière chirurgicale la plupart du temps, ce qui provoque bien souvent un œdème, qui se résorbe rapidement, les fameuses “joues de hamster”.

M'T DENTS, POUR GARDER DES DENTS SAINES

À partir de 3 ans et jusqu'à 24 ans, l'Assurance maladie offre un rendez-vous chez le dentiste tous les trois ans, pour prendre de bonnes habitudes et soigner les problèmes dentaires dès leur apparition. Ces rendez-vous de prévention se font à des âges clés (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans) et sont obligatoires. L'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc et la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales vous accueillent gratuitement dans leurs centres de santé dentaire pour effectuer ces visites avec des chirurgiens-dentistes. Il suffit pour cela, le jour du rendez-vous, de se munir de votre carte Vitale et du formulaire M'T dents reçu par courrier ou sur votre compte ameli.

La sécurité sociale L'histoire d'une des plus belles conquêtes de la dignité racontée à tous

Michel Étiévent
Éditions Gap / 2013 / 9,50 €

Écrivain, historien, auteur et spécialiste d'Ambroise Croizat, Michel Étiévent propose de découvrir l'histoire de la protection sociale, de la charité à la création de la Sécurité sociale que nous connaissons tous. Militant, l'ouvrage n'oublie pas de rappeler le bien-fondé de la Sécu, qui donne à tous le droit à la santé, et ouvre des pistes pour lui redonner un rôle central dans la solidarité et dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.



5G, mon amour Enquête sur la face cachée des réseaux mobiles

Nicolas Bérard
Éditions Passager clandestin / 2020 / 14 €

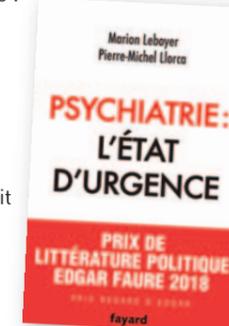
Demain, avec l'arrivée de la 5G, tous les objets de notre quotidien seront connectés. De la voiture autonome au robot-chirurgien en passant par le frigo intelligent, nous sommes à l'aube d'une évolution des télécommunications. Mais que se cache-t-il derrière ? Quels en sont les effets sur notre santé et l'environnement ? Tant de questions qui n'ont jamais été débattues avec les citoyens.



Psychiatrie : l'état d'urgence

Marion Leboyer et Pierre-Michel Ilorca
Éditions Fayard / 2018 / 24 €

Chaque année, les troubles psychiatriques concernent près de douze millions de Français. Dépression, autisme, bipolarité, schizophrénie..., ces pathologies nous concernent tous de près ou de loin. Pourtant, le secteur de la psychiatrie est en grande crise : souffrance des soignants et des patients, budgets annuels insuffisants... Rédigé avec des associations de patients, le livre fait un diagnostic éclairé et sans concession.



LES OFFRES

Assurance Protection Juridique

Pensées pour votre budget



Pour
seulement
2,5€*
PAR MOIS

Vous avez le droit d'être bien protégé

Nos + Mutuelle

- + Assistance 24h/24, 7j/7 pour toutes vos questions juridiques
- + Prise en charge des honoraires d'avocat, des frais d'expertise et de procédure
- + Jusqu'à 15 000€ par litige

Pour plus de renseignements, rendez-vous :

- Sur le site internet de votre mutuelle
- Par téléphone : **09 69 39 96 96**

*Offre valable la 1^{ère} année pour toute nouvelle souscription. Offre soumise à conditions, voir modalités avec votre conseiller en agence