

Health insurance systems : a comparison between the French and American systems showing different concepts around realities, with recent datas. (text in French)

LES SYSTEMES D'ASSURANCE SANTE AMERICAINS ET FRANÇAIS

Concepts & réalités – comparaison

Beaucoup de Français pensent, avec la propagande médiatique, qu'il n'y a pas de Sécurité Sociale aux USA. Voyons un peu la réalité et oublions les clichés.

1.0 CONSTAT : UN SYSTEME FRANCAIS MORIBOND

En France, le déficit global de la Sécurité Sociale pour l'année 2003-2004 a été de 11,9 milliards d'euros auxquels il faut ajouter les 38 milliards de dettes héritées du plan Juppé, avec 8 milliards d'euros d'intérêts restant à payer.

- En 2005, le déficit a légèrement baissé de 11.9 à 11.6 milliards d'euros.
- En 2006, il a baissé de 11.6 milliards à 8.7 milliards d'euros avec une forte baisse des remboursements, des indemnités journalières et de plus en plus de médicaments déremboursés.
- En 2007, il est remonté à 9.5 milliards avec des déremboursements massifs et une hausse des tarifs hospitaliers.
- En 2009, il est de 24 milliards d'euros (pour 15 prévus) et les déremboursements continuent.
- En 2010, il est prévu de 30 milliards (record depuis 1947).

Bref, on tourne en rond en s'enfonçant et les améliorations ne sont que des pailles face au déficit chronique qui, hélas, n'attire plus l'inquiétude de personne ; habitude oblige.

La Sécu perd 28000 euros par minute en moyenne (soit 2 ans de salaire SMIC par minute). Or elle a atteint son plafond d'avance de trésorerie auprès de la Caisse des Dépôts & Consignations et en est rendu maintenant à mendier auprès des banques¹.

184 milliards de francs (28 milliards d'euros) de déficit ont déjà été cumulés dans les années 90 ! Malgré les plans alambiqués d'économies drastiques soi-disant toujours plus géniaux, décisifs et malins que les précédents mais au détriment des assurés, le trou abyssal (le terme est faible) de la Sécu n'a jamais été bouché sinon dans les rêves des hommes politiques ... Pourtant, il pourrait l'être surtout si les comptes étaient bien tenus² et aussi si les débiteurs de la Sécu payaient leur dû. Le problème est donc issu d'une mauvaise gestion des technocrates et des syndicats³.

Il va falloir continuer d'augmenter encore les cotisations et supprimer toujours plus de remboursements pour encore tenter de combler ce fameux gouffre financier. Or les cotisations ont déjà augmenté de 16 fois entre 1951 et 1991. Quant à la CSG confirmée comme illégale par le Conseil d'Etat conformément aux lois de la CEE, elle ne saurait être augmentée mais plutôt disparaître.

Cependant les recettes diminuent en raison de la montée obstinée du chômage, la faible augmentation des salaires et des nombreuses faillites d'entreprises ou des délocalisations à l'étranger (autre phénomène relevant maintenant de l'épidémie). On assiste également à une

¹ chiffres et données Le Canard Enchaîné, 7 avril 2004

² Cf Annexe, les débiteurs de la Sécu.

³ Essentiellement CGT, FO et CFDT

diminution très nette des remboursements : en 1997, les français en étaient déjà pour 109 milliards de francs (17 milliards d'euros) de dépenses à leur charge exclusive ...

A noter que l'économie Française est de plus en plus exsangue, la dette de plus en plus forte (2200 milliards d'euros) et les caisses de l'Etat sont vides.

Il est néanmoins édifiant de savoir que 50 % des français n'ont aucune idée du montant de leurs propres dépenses de santé mensuelles. 10 % seulement des français connaissent le montant des cotisations sociales prélevées sur leur salaire et 1 % des français connaissent les taux de remboursement en vigueur. A part cela, 2 français sur 3 affirment être suffisamment informés sur la situation de leur système de santé : c'est le règne de l'inconscience et de la déresponsabilisation.

1.1 CMU ou le trou noir de la Sécu

Le fait d'offrir aux plus démunis la possibilité de se faire soigner gratuitement part d'un bon sentiment mais s'avère un peu naïf quand on connaît la propension des gens à profiter d'un système sur le dos des autres. La fameuse couverture maladie universelle (CMU) mise en place par Martine Aubry n'est pas un exemple de concept responsable et encore moins de système intelligemment calculé. Les dérives de ce système ont été mises à jour ⁴.

Les acteurs du système médical français dénoncent déjà les abus en tout genre. Au moment où les gouvernants voient leurs efforts de réforme se briser sans cesse sur le mur des réalités économiques, le cas de la CMU met une nouvelle fois en exergue la nécessité incontournable d'une responsabilisation des patients qui sont hélas loin d'en prendre eux-mêmes conscience.

Offerte durant un an à tout résident régulier en France dont les revenus n'excèdent pas 566.50 € par mois, la CMU est accordée sans qu'aucune pièce justificative ne soit obligatoire, si ce n'est une simple déclaration sur l'honneur ! Et aucun risque de contrôle de la caisse primaire car elle est incapable de les effectuer. En d'autres termes, c'est la porte grande ouverte aux abus qui sont même de belle taille.

La CMU (cf. annexe) couvre généralement des personnes qui ont moins de 40 ans (70%) et moins de 20 ans (39%). 25 % des bénéficiaires (2.6 millions de personnes entre 20 et 59 ans) ont un emploi, et 37% sont sans emploi. Dans 4 cas sur 10, la personne bénéficiant de la CMU est RMIste, donc automatiquement affiliée avec ses ayants droit. Toutefois, les cas de bénéficiaires travaillant au noir sont impossibles à déterminer, bien que réels.

4.7 millions de personnes en France bénéficient de la CMU ; et sachant que chacune dépense 1627 € par an, la CMU coûte au contribuable français la bagatelle de 7,65 milliards d'euros par an !

Dans une période de faible croissance, il va sans dire que cela aggrave sérieusement le drame économique de la Sécu et le déficit déjà astronomique du pays.

Le système est tellement mal conçu qu'il ne fait pas honneur à ses créateurs. Il y a de plus en plus d'abus. Ainsi, nombreux sont ceux qui font passer des soins non remboursés sur la CMU. La majorité des bénéficiaires sont les RMIstes mais beaucoup d'autres sont des gens qui n'en ont aucunement besoin car ils ont largement les moyens de se soigner. Ainsi, de nombreux cas ont été découverts qui avaient le moyen de se payer voiture de luxe et téléphone portable, vivaient confortablement dans de belles maisons mais fraudaient par roublardise. Par ailleurs, les cartes vitales servant déjà pour plusieurs personnes et pouvant même être louées à la journée, celles possédant la marque CMU sont encore plus prisées par les fraudeurs. Des cas de trafic de médicaments en masse vers l'étranger avec une carte CMU ont même été relevés, notamment concernant des médicaments substituts de drogues (Subutex) et pour des sommes faramineuses.

Il va sans dire que tout cela n'arrange pas le déficit chronique de la Sécu « la meilleure du monde » que les gouvernants successifs sont incapables de juguler malgré leurs belles promesses de remède miracle. En effet, la France n'a plus du tout les moyens de sa générosité. Il est très facile pour les politiciens de distribuer l'argent public pour honorer leurs promesses purement électoralistes. Mais

⁴ chiffres et données L'Expansion n° 688, juillet/août 2004

il faut plutôt à la France des hommes de courage et de pragmatisme pour faire évoluer un système désuet, archaïque et hors du temps en assurant des soins de santé efficaces dont la qualité a un prix.

1.2 Préentions et réalités

Le système de la Sécurité Sociale française, fièrement clamé comme “*le meilleur du monde*” (ce qui est faux car, selon les experts, ce serait le système Suédois) coûte de plus en plus cher, parce qu’il est ainsi fait que personne n’y a intérêt à économiser : les malades remboursés (de moins en moins bien d’ailleurs) demandent de plus en plus de prestations et une assistance plus importante, voire quasi totale. Les médecins, payés à l’acte, ont donc logiquement intérêt à faire le plus d’actes possible (les laboratoires pharmaceutiques sont même les gagnants). Les hôpitaux chargés de faire de la médecine de pointe demandent de plus en plus de crédits et de remboursements d’actes pour des interventions coûteuses. Or la Sécu paya aveuglément les factures pendant des dizaines d’années, selon les observateurs ... Désormais, c’est la misère.

Le système poussant par nature à la surconsommation, le déficit est devenu un mal permanent, fatal et endémique, voire “provoqué aussi par les malversations du corps médical” : ce sont là les observations déjà publiées en 1992 de l’ancien médecin-conseil de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie, le Professeur BERAUD⁵. Selon Gilles JOHANET, ex-Directeur de la CNAM, le gaspillage était alors de 100 milliards de francs (15 milliards d’euros) en 1998.

En effet, étant bien remboursés jusqu’à ces dernières années, les patients avaient l’illusion de gratuité des soins et ne regardaient pas à aller consulter différents médecins et spécialistes ; le système pourrait s’apparenter, selon les mêmes observateurs, à une sorte d’assurance-revenus pour les médecins qui peuvent ainsi, de leur côté, tabler sur une clientèle fidèle et régulière à bien des égards...⁶

De manière globale, les dépenses de santé en France atteignaient déjà 800 milliards de francs, dont 630 milliards de remboursements en 1999.

Actuellement, les remboursements diminuant très nettement (à l’inverse des cotisations et autres taxes nouvelles ou impôts), le patient devient plus regardant et cherche de plus en plus une réelle compétence et une véritable fiabilité chez les praticiens. Il n’a même plus peur de leur faire un procès en cas de faute avérée.

Ainsi, le patient lucide s’aperçoit que le remboursement n’augure pas du tout de la compétence du praticien.

De fait, la concurrence se fait de plus en plus incisive parmi ces derniers, chose à laquelle le corps médical français de cette fin de siècle n’est pas du tout préparé. L’ouverture de la concurrence avec les confrères de la CEE s’installant en France aggrave encore cette perspective de renchérissement des niveaux de compétence.

A noter qu’un renchérissement des niveaux de compétence ou émulation qualitative professionnelle ne peut être finalement que bénéfique au patient.

Mais en ce qui concerne les consultations, on observe également de sérieux dérapages épinglés par la Cour de Comptes. Ainsi, les médecins hospitaliers qui donnent dans les hôpitaux des consultations à titre privées dans une proportion dépassant largement les limites autorisées (de 50 à 80 %).

Si l’on considère les coûts des examens, on est aussi stupéfait. Il a fallu 12 ans à la CNAM pour arrêter définitivement le coût d’un examen scanner. Entre temps, le prix d’achat des scannographes avait baissé de 70 %, or le coût de l’examen n’a été réduit que de 28 %⁷.

Par ailleurs, certains examens supplémentaires devant être financièrement supportés par les patients sont frauduleusement mis sur le compte de la CNAM. Ainsi, en 1998, on découvrit en Loire

⁵ Rapport BERAUD, Revue “le concours médical”, 3 octobre 1992 -114-30

⁶ Rapport BERAUD, Revue “le concours médical”, 3 octobre 1992 -114-30

⁷ chiffres et données Le Canard Enchaîné, 7 avril 2004

Atlantique que 311 densitométries osseuses sur 344 étaient illégalement portées à la charge de la CNAM (800.000 F à l'époque).

En Gironde, 45 % des généralistes facturaient 2 fois les consultations de pensionnés militaires : à la CNAM et au Ministère des Anciens Combattants.

Si l'on se penche sur les arrêts de travail, c'est le vertige assuré : en 2003, il y a eu 212 millions de jours d'arrêt distribués par les médecins (donc autant de jours de productivité en moins). On avoue pudiquement que 5% sont injustifiés, mais on avoue aussi que seulement 0,5% sont contrôlés !...

En ce qui concerne l'efficacité des médicaments, on nage en plein flou puisque les caisses ne disposent d'aucun moyen de statistiques pour permettre une évaluation précise. Ainsi, 97 % des produits présentés par les laboratoires sont admis (aveuglement, semble-t-il) au remboursement. Or les médicaments acceptés avant 1993 (3000 sur les 5000 actuels) ne peuvent plus être supprimés. Depuis 1 an seulement, la communauté scientifique est consultée pour connaître les médicaments inefficaces. La sécu dépense actuellement des milliards par an pour des médicaments prescrits dont l'efficacité est douteuse.

A ce propos, une certaine dérive se manifeste dans la suppression du remboursement de remèdes à base de plantes soi-disant peu efficaces mais en fait trop dangereux pour le commerce des labos.

Ces remèdes sont en effet peu coûteux mais souvent aussi efficaces voire plus que les médicaments chimiques plus onéreux mais souvent toxiques. Il est donc commode de passer ainsi par la trappe des remèdes concurrents trop efficaces et qui plus est trop naturels...

Pendant ce temps, près de 130000 français passent plus de 1 millions de journées d'hospitalisation par an à cause de l'absorption de médicaments incompatibles entre eux (7 % des admissions en urgence pour intoxication iatrogène chaque année, 10 000 morts par an).

Par ailleurs, comment ne pas s'indigner quand on sait qu'un vaccin anti-grippe coûte environ 1,5 € à la sortie du laboratoire et qu'il est vendu à 9,50 € ou qu'un vaccin anti-hépatite B coûte environ 1,50 € à la sortie du laboratoire et qu'il est vendu près de 38 €? Or on sait bien que les vaccins sont les produits qui rapportent le plus aux laboratoires en constituant un pactole annuel mondial titanesque ; ce qui explique pas mal de choses comme les excès de vaccins et les obligations vaccinales dont la France reste la championne (dernier pays instituant encore des obligations vaccinales). Mais on connaît hélas aussi le prix des abus vaccinaux sur la santé des patients dont l'immunité s'effondre lentement (paradoxe déroutant pour la Médecine qui le réfute de moins en moins devant les évidences).

Comment ne pas s'indigner également qu'un produit anti-cholestérol évalué à 4,50 € a été finalement fixé, sur demande du laboratoire et par instruction du cabinet du Ministre de la Santé d'alors, à 13 € On apprend ensuite que le laboratoire avait promis à ce Ministre d'implanter une usine (ce qui fut fait) sur son fief électoral ⁸...

Quand on sait que le meilleur anti-cholestérol est une huile végétale peu coûteuse et sans toxicité : la lécithine de soja, on peut se poser des questions.

2.0 PROJETS DE REFORME FRANCAIS

La Sécurité Sociale française, créée après la seconde guerre mondiale tablait sur une économie qui repartait vers la croissance et une prospective de P.I.B que ne démentirent pas les fameuses années de prospérité qui suivirent.

Actuellement, elle est toujours organisée en fonction de ces anciens paramètres de production de richesse et de démographie. Or ceux-ci sont complètement dépassés et différents dans la France du XXIème siècle.

Les responsables de la Sécurité Sociale auraient manifestement ignoré les adaptations nécessaires à effectuer, et nous en constatons le résultat très préoccupant, pour ne pas dire dramatique.

⁸ chiffres et données Le Canard Enchaîné, 7 avril 2004

Aussi, dans les années 80, un groupe de médecins et d'économistes réunis autour de Mr. GIRAUD, Conseiller-Maire à la Cour des Comptes, pensèrent déjà à changer sérieusement ce système dépassé en proposant, en place de rafistolages peu probants, la création d'un nouveau système moderne et souple inspiré de l'expérience de la Health Maintenance Organisation (HMO) (Organisation américaine pour le Maintien de la Santé), mais adapté à la française.

Par la suite, une proposition de loi suggérait une adaptation aux nouvelles directives Européennes⁹. Toutefois, à l'heure actuelle en France, il faut savoir que les choses s'aggravent dans une spirale plutôt extravagante : en 1999 a été mise en place l'Aide Médicale d'Etat (gratuite) ou A.M.E. Toute individu de quelque nationalité que ce soit, même immigré clandestin, a droit à des soins médicaux gratuits. Ces soins, payés par le contribuable Français, peuvent être effectués dans n'importe quel hôpital français, auprès de n'importe quel médecin ou professeur (même les meilleurs) avec tous les examens nécessaires y compris les plus sophistiqués. Tout est pris en charge à 100 % par la Sécu qui doit par la suite présenter en principe la facture à l'ambassade du ressortissant ; mais en théorie car en fait, la Sécu n'est jamais remboursée.

Ainsi, la Sécu française est-elle devenue réellement la Sécurité sociale du monde entier ; et les patients affluent de plus en plus. En 2005, quelques 178 689 étrangers sans titre de séjour en ont bénéficié...

3.0 LE SYSTEME AMERICAIN

Les américains, confrontés naguère aux mêmes difficultés que les français (leur système était identique au nôtre jusqu'en 1973) ont identifié les vrais raisons des problèmes économiques causés par le système d'assurance "maladie" classique, comme celui en vigueur en France.

Les experts l'ont courageusement dénoncé ; les américains, comme on le sait, sont des gens pragmatiques. Selon ces économistes : "les médecins auraient finalement intérêt à ce que les gens soient malades ". D'autres experts ont démontré les perversions conceptuelles de notre système et leurs conséquences.¹⁰

Il suffisait donc d'imaginer un système où les médecins ont intérêt à ce que les individus soient en bonne santé (intérêt qui pourrait aller de paire avec celui des assurances, et des patients).

C'est le principe de la HMO (*Health Maintenance Organisation*).

L'adhérent souscrit un contrat de soins forfaitaire (dentaires, médicaux, chiropratiques, etc..) auprès d'un réseau d'assurances-santé privé, comprenant une palette de cabinets divers, de cliniques, d'hôpitaux, etc.

C'est une sorte d'abonnement fixe à l'année. Rien n'est déboursé lors des consultations, quelle que soit leur fréquence : il suffit de présenter sa carte d'abonné et les soins sont facturés aux HMO.

Les entreprises ou sociétés prennent en charge une partie de l'abonnement de leurs employés adhérents à ces réseaux HMO.

La rémunération des praticiens du réseau dépend de leurs résultats techniques cliniques et leur fiabilité, donc économiques. A savoir que, si le patient est soigné de façon fiable en 3 séances, le praticien sera mieux "côté" qu'un autre soignant le même cas en 8 séances.

Parallèlement, les praticiens doivent de leur côté toujours améliorer leurs compétences par une formation continue obligatoire ; formation continue exigée par ailleurs pour la maintenance de leur licence annuelle d'exercice (on aurait tenté d'instituer ce système de contrôle de niveau technique en France mais cela aurait, semble-t-il, déclenché un tollé des instances médicales : le projet aurait été discrètement abandonné).

Ce contrôle technique des praticiens est depuis longtemps institué sans contestations dans de nombreux pays modernes ...

⁹ projet de Loi BEAUMONT, n° 665 du 2 novembre 1993

¹⁰ Directive CEE 92/49 du 18 juin 1992 - J.O. des Communautés Européennes n° L228 du 11 août 1992

Les praticiens américains ont donc intérêt à faire du bon travail afin de réduire les coûts et éviter les gaspillages, des consultations et des soins excessifs, disproportionnés ou inadéquates. Ils se doivent de soigner judicieusement, efficacement, pour permettre aux hôpitaux et aux assurances de faire des économies.

Les praticiens américains évitent ainsi les actes inutiles et recherchent les techniques les meilleures, les plus adéquates, les plus fiables et les plus rentables pour résoudre les cas rapidement de façon magistrale.

Par ailleurs, ils ont également intérêt à effectuer des soins efficaces et judicieux, selon des protocoles précis afin d'éviter également les procès pour abus ou faute professionnelle.

De fait, désormais, ils privilégient beaucoup la prévention et l'éducation sanitaire dans le meilleur intérêt du patient ; c'est à dire tout ce qui va dans le sens d'une responsabilisation des individus pour une prise en charge de leur propre santé. La concurrence d'autres réseaux les oblige aussi à appliquer et donner des soins de qualité toujours plus performants afin de garder leurs patients au sein de leur réseau.

Tout le monde est satisfait et s'adapte sans jérémiades à ces règles bien adoptées de nos jours.

Ce système équilibré introduit aux Etats-Unis en 1973 comptait déjà en 1983 plus de 2 millions d'utilisateurs, satisfaits bien entendu. De 1993 à 1994, on constata une croissance des inscriptions HMO de plus de 35 %.

En fin des années 90, on rapporte que dans de nombreuses entreprises, plus de 80 % des employés sont couverts par une HMO. Plus de 150 millions de personnes seraient ainsi couverts.

Une des plus grande HMO, Affordable Medical Network, comptait, en 1996, 4 millions d'inscriptions. Aujourd'hui, Medco Behavioral Care Corp. en compte 14.175 000 ; BLUE Cross-BLUE Shield, un des premiers, en comptait déjà 8.118 412 en 1996.

Ce système rationnel suscite un engouement actuel croissant dépassant les prévisions. D'après les premières études, il a permis de réduire de 25 à 45 % le taux des hospitalisations et surtout les gaspillages dans les soins. Ces données actuelles sont de l'ordre de 55 %. Le mot d'ordre est « soins judicieux et efficaces ».

Les premières économies réalisées sur les dépenses globales furent de 10 à 45% par patient, chiffres encore améliorés depuis de façon exponentielle.

Ce qui permet de stabiliser également, en juste retour, le montant des forfaits annuels. En Allemagne (système similaire) des mutuelles récompensent les patients qui n'ont pas demandé de remboursement durant l'année en leur restituant 3 mois de cotisation. Un seuil de remboursement raisonnable est d'ailleurs établi : les médicaments en dessous d'un certain coût ne sont pas remboursés.

Le seul effet « pervers » pourrait être, pour les mutuelles, celui de vouloir à tout prix faire des économies. Cependant, la parade contre cela est l'avènement du patient responsable de sa propre santé qui cherche à la protéger au mieux par lui-même.

Aux USA, il s'avère que dans 19 cas sur 27, la qualité des soins dispensés dans les établissements des HMO est supérieure à celle des soins d'établissement affiliés au système classique de Sécurité Sociale.

En effet, il existe bel et bien une "Sécu" aux Etats-Unis (cf. annexe) contrairement à ce que disent souvent les médias français, mais elle n'est pas déficitaire et ne détient pas le monopole de la couverture santé. Toutefois, elle est plutôt destinée à servir les personnes ayant de faibles revenus.

On constate, d'autre part, que dans les H.M.O. sont privilégiées les thérapies naturelles destinées, par finalité, à maintenir les gens en bonne santé, à stimuler leur vitalité, ou améliorer la santé des gens affaiblis : ainsi, la Chiropratique et l'Acupuncture ont-elles le soutien des HMO par le remboursement des soins et l'encouragement des recherches. Cela bien sûr, au vu des résultats cliniques probants.

Il est à noter d'ailleurs un fait manifeste : les thérapeutes naturels comme les chiropraticiens (corps de santé indépendant) exercent dans le but de développer la santé et stimuler la force vitale du patient.

Les médecins ont pour charge, quant à eux, de soigner les maladies et les traumatismes graves (urgences vitales) présentés par le patient.

A propos d'efficacité clinique, il est un autre fait à noter en France, par exemple, où les soins d'authentiques thérapeutes naturels non-médecins ne sont pas remboursés mais sont assujettis par ailleurs à la TVA, au mépris de la Charte Sociale Européenne ratifiée par la France qui stipule l'interdiction de taxer les soins de santé ! Ces praticiens ont non seulement l'obligation de moyens (tout comme les médecins) mais de surcroît l'obligation de résultat (contrairement aux médecins) car sans remboursement, ni efficacité, ni fiabilité, ni compétence, ces thérapeutes non conventionnels n'ont alors aucune chance d'avoir du succès ...

Ceux qui réussissent n'ont que plus de mérite car soutenus par leurs résultats et par les patients satisfaits : leur efficacité est ainsi réellement validée.

Une généralisation des HMO s'effectue avec succès dans toute l'Amérique du Nord et d'autres pays, avec certaines adaptations et ce, en restant à la portée de chacun ; rappelons cependant qu'aux USA, contrairement à la France, la couverture santé et retraite n'est pas obligatoire.

Ce fait réside dans l'esprit de liberté défendu avec attachement par la nation américaine.

On considère les citoyens comme majeurs et responsables d'eux-mêmes, donc aptes à définir où se trouvent leurs propres intérêts et ainsi faire leurs choix. On respecte donc vraiment le mot Liberté sans pour autant le placarder sur le fronton des mairies.

Finalement, chacun est partout libre de ses propres choix et doit en accepter aussi les conséquences: on pourrait dire aussi que chacun a finalement la médecine qu'il mérite d'après son propre choix et son niveau culturel.

4.0 UN NOUVEAU PROJET FRANCAIS PLUS ADAPTE

Dans le projet "HMO" français, la cotisation correspondrait au montant moyen du ticket modérateur. La Sécurité Sociale fournirait le reste du financement (sûrement moins que ce qu'elle dépense actuellement en moyenne par assuré).

Il est à noter un fait important : depuis juillet 1994, le monopole des Sécurités Sociales des pays membres de la CEE, en matières de couverture santé & retraite, est sensé être supprimé (Directive CEE 92/49, art. 3)¹¹. Ce monopole a toutefois été enfin supprimé en France par ordonnance du 19 avril 2001¹².

Ce qui implique que chacun devrait être libre de choisir son organisme de couverture-santé comme on choisit son assurance automobile. Le financement de la Sécurité Sociale devrait être assuré seulement par une C.S.G. Une saine concurrence, profitable au consommateur, s'établirait alors parmi les compagnies d'assurance et les Caisses d'Assurance Maladie pour offrir la meilleure prestation au plus faible coût.

Mais cela implique par ailleurs une réelle liberté du patient pour choisir enfin le thérapeute qui lui convient, comme l'établissent et le confirment pourtant les codes de déontologies des professions de santé officielles et les déclarations publiques de l'Association Médicale mondiale.

¹¹ Némésis médical, Yvan ILLICH

¹² Cf : http://www.wikiberal.org/wiki/Abrogation_du_monopole_de_la_S%C3%A9curit%C3%A9_Sociale et aussi http://www.wikiberal.org/wiki/Abrogation_du_monopole_de_la_S%C3%A9curit%C3%A9_Sociale:_strat%C3%A9gie_de_d%C3%A9sengagement_individuel

La France est bien signataire de cette directive Européenne mais semble préserver ce fait de la connaissance du public ... Etant donnée la situation actuelle, on pourrait penser que le gouvernement essaye de reculer ou éluder son application.

Le propos n'est cependant pas ici d'amener simplement la France à suivre exactement le modèle américain.

Certes, les américains ont un système économique plus performant que le notre actuellement, force est de le constater (moins de 5 % de chômeurs pour 260 millions d'habitants). Mais c'est un système qui ne répond pas forcément aux critères ou préoccupations des français. Il n'est donc pas évident que ce soit pour nous le modèle précisément souhaitable.

Toutefois, le fait de créer un système non déficitaire, sans laissés-pour-compte, qui convienne et bénéficie surtout au simple citoyen plutôt qu'aux industries de la santé, n'est peut-être pas non plus un souhait extravagant.

Un système de couverture sociale privilégiant une prévention sophistiquée, réelle, efficace et non toxique (grâce aux thérapies naturelles éprouvées, par exemple) permettrait sûrement de limiter les problèmes sanitaires de la population en élevant son niveau de santé. Ceci permettrait ainsi de dériver les fonds économisés vers la recherche, les soins et la technologie de pointe pour soigner les malades qui n'auront pu éviter le pire ou les exclus sans aucune ressource.

Par ailleurs, même si on ne peut copier les systèmes de couverture sociale apparemment efficaces des pays alentour, rien n'empêche de considérer avec courage notre situation et son contexte. Il faut considérer en face nos lacunes évidentes (et aggravées au fil du temps) puis regarder par la même occasion ce qui marche ailleurs afin de réfléchir et remédier sincèrement au problème.

Une autre ébauche de solution a été élaborée par Claude BEBEAR, le Président du groupe AXA, à partir de sa mutuelle complémentaire. Il propose aux pouvoirs publics l'expérimentation d'un réseau de soins, géré par AXA, inspiré du H.M.O adapté à la culture française (dans la suite du projet GIRAUD) qui serait mis en oeuvre en parallèle des régimes obligatoires actuels.

Le réseau s'organiserait autour d'un centre d'orientation médicale où des médecins guideraient et conseilleraient les affiliés. Les partenaires médicaux seraient conventionnés par AXA de façon plus pointue que la Sécurité Sociale.

Le pari d'AXA est de démontrer que la prise en charge globale du patient permet d'améliorer la qualité des services rendus tout en diminuant les dépenses. Les assurés paieraient normalement leurs cotisations à la Sécu et la mutuelle AXA ; la Sécurité Sociale reversant un forfait annuel à AXA. Il restera ensuite à faire profiter les assurés des diminutions de dépenses.¹³

Cette idée semble intéressante mais ne serait réalisable concrètement que dans la mesure où la Médecine changerait sa philosophie et ses dogmes en évoluant vers une prévention globale d'entretien de la santé plutôt que des soins attentistes parcellaires et essentiellement palliatifs.

"Maintenir la santé " est différent de "soigner les maladies". Il faut dès lors que la Médecine officielle modifie complètement sa conception de la santé pour répondre à ce système de façon satisfaisante, chose à laquelle elle n'est pas du tout préparée. Une nouvelle philosophie ne s'improvise pas en quelques mois ...

Aussi, une grosse lacune de ce projet AXA serait de ne pas compter sur le rôle des thérapeutes naturels confirmés et réputés dans le monde pour être les acteurs principaux et spécifiques d'une prévention réelle et efficace.

5.0 PRINCIPES DE PREVENTION

Un système moderne doit être désormais basé sur la mise en oeuvre réelle de concepts de prévention concrets et d'une philosophie des soins tenant compte de réalités biologiques et non de principes commerciaux.

¹³ Sécurité Sociale bis, le projet d'AXA - article du Figaro- 29 juillet 1999

Le concept de prévention semble difficile à faire comprendre et à faire intégrer aux français. Il n'est pourtant un secret pour personne que le corps humain s'entretient ; mais pas sans aide ! Il demande un peu de soins de la part de son "propriétaire", et cela, tout le monde est capable de le concevoir, ne serait-ce que pour la toilette corporelle.

Prenons cependant une image facile à comprendre pour le citoyen moyen :

Il est évident pour tous qu'une automobile doit être entretenue par son propriétaire sinon celle-ci se dégradera, vieillira trop vite, et vous connaissez la suite ... Il est certain que nul n'oublie cela à propos de son véhicule d'acier ou de son logement, mais hélas pas de son véhicule de chair pourtant bien plus sophistiqué donc fragile. De même, nul ne songerait (sauf idiotie) à mettre du gas-oil ou du kérosène dans une voiture de sport, ou passer outre les vidanges de son auto. Personne ne croirait non plus un vendeur prétendant que le véhicule vendu n'a besoin d'aucun entretien et qu'il suffira de l'apporter à la réparation en cas de panne ! ...

Cependant, nombre de gens prennent pratiquement leur estomac pour une poubelle ! Ils mangent même des choses que refuseraient les animaux ; mais ils espèrent quand même obtenir ainsi une excellente santé sans devoir s'en préoccuper. L'alimentation est pourtant le premier facteur majeur conditionnant la santé. En ce qui concerne l'entretien et la nutrition adéquate de l'organisme, il y a hélas matière à nombreuses constatations hallucinantes en consultation ... Peu de français songent à cela pour en déduire enfin une sagesse et un comportement intelligent : il faut savoir que "qui veut aller loin ménage sa monture" et que "comme on fait son lit on se couche".

L'organisme nécessite un entretien, une hygiène externe, certes, mais aussi interne, compte tenu également que ce qui se passe à l'intérieur se voit à l'extérieur, et non l'inverse. Il est alors évident que chercher à avoir un niveau de santé et une force vitale optimale permet de se mettre hors de portée de nombreux problèmes bel et bien présents (et croissants). Cela permet aussi de se sortir rapidement, sans trop de dégâts, d'éventuelles maladies ou accidents n'ayant pu être évités.

Il semble ainsi que certains européens soient également peu enclins à ce type de saine logique dictée par les réalités de la nature et de la vie.

L'oriental, au contraire, semble intellectuellement plus apte à cette évidence incontournable.

L'asiatique, par exemple, est très prudent et soigneux de sa santé. Depuis plus de 5000 ans, il sait qu'il faut respecter son propre corps et préserver ainsi sa dignité. Tout le système sanitaire est axé sur ce principe et cette philosophie astucieuse. En Chine, les médecins respectent même la liberté du malade en lui proposant de choisir entre soins conventionnels allopathiques et soins naturels traditionnels lorsqu'il se fait soigner en milieu hospitalier.

Mais depuis des lustres en Asie, la logique et la sagesse s'exprime dans une culture intelligente de soins de santé équitables : Les familles viennent régulièrement consulter leur praticien de santé (environ 3 fois par an) pour faire contrôler leur état de vitalité et éventuellement l'améliorer.

Le médecin les examine minutieusement sur divers plans, détecte les défaillances en gestation, les corrige, stimule les centres énergétiques, désamorce les dérèglements en cours et les patients le payent pour cela. En revanche, si les patients tombent malades ou développent des troubles auxquels il aurait pu pallier par son expérience, il les soignera gratuitement jusqu'à leur rétablissement et stabilisation, mais il perdra un peu de sa notoriété professionnelle dans l'affaire.

Tout cela démontre une maturité, un remarquable bon sens, témoignant d'une remarquable conscience des réalités biologiques du vivant. Il n'en demeure pas moins que les asiatiques, à niveau social et âge comparable, semblent avoir manifestement plus de vitalité que les français et vieillissent plus lentement.

On peut donc se demander où réside le bénéfice de la soi-disant culture française et du fameux cartésianisme génial si ceci ne permet pas d'aboutir à une telle sagesse et un tel réalisme. Doit-on en déduire que les français manquent de maturité et de culture ?

C'est ce qui ressort pourtant de l'observation de leur comportement, inconscient pour la plupart des cas, même si quelques efforts se remarquent parfois individuellement ; on peut toutefois espérer

qu'ils parviennent collectivement, selon cette cadence, à une meilleure sagesse vers ... la fin de ce siècle.

Cela dit, il faut tout de même apporter à la décharge des français le fait de l'influence du lobby médecins/ laboratoires pharmaceutiques qui ne croit pas en la prévention (il est vrai peu commerciale) et prétendrait même que l'entretien de la santé est une illusion et une arnaque de certains praticiens douteux qu'ils nomment charlatans : Il est stupide, selon ces médecins, de consulter si on ne présente aucun symptôme ...

Certains professeurs affirmeraient par là même, que prétendre entretenir la santé mène à tous les abus.

Certes, compte tenu de certains abus effectivement constatés, on ne peut nier ces dérapages qui, toutefois, sont peu de choses comparés à certains graves dérapages tous azimuts connus de la Médecine allopathique (cf. actualités). Les médecins conventionnels choisissent donc, pour la plupart, de conseiller au patient de ne les consulter que lorsque les problèmes de santé se manifestent bien. Ce qui revient à dire : lorsque la phase d'éclosion physiologique est bien avancée, et le trouble bien installé ou enraciné ; donc lorsqu'il est fort tard Et il faut espérer qu'ils puissent soigner la maladie par la suite ...

Comprenons toutefois que la Médecine conventionnelle n'a jamais vraiment conçu une philosophie de prévention et que ses concepts sont peu compatibles avec cette notion diamétralement différente.

Si l'on considère la déroute patente de l'allopathie devant certaines infections récalcitrantes (notamment nosocomiales), pathologies rebelles et nouvelles formes d'anciennes maladies plus dangereuses grâce aux agents pathogènes mutants, on peut se poser des questions compte tenu que ces maladies étaient autrefois redoutées ou inconnues jusqu'alors en Europe.,

Lorsque l'on constate une recrudescence de certaines maladies contagieuses soi-disant éradiquées et la dissémination de divers virus face à une immunité humaine globalement plutôt déclinante, on est en droit de ne plus fermer les yeux et de s'interroger. Il faut donc s'informer et s'instruire pour se préserver.

Nous laisserons là le lecteur juger des faits et en tirer conclusion.

La survie sera de plus en plus fonction du bon choix individuel et du niveau culturel de l'individu ; force est déjà de le constater.

Il reste à souhaiter que la société française réfléchisse vraiment et sérieusement à la notion de santé et d'entretien.

6.0 CONCLUSION

Pour que l'idée de 'HMO adapté à la française' devienne réalité, elle doit passer l'épreuve politique, donc la pression des lobbies médicaux et pharmaceutiques qui n'ont pas d'intérêt dans ce système, ainsi que l'hostilité des syndicats médicaux que le système nourri. De plus, depuis la disparition du monopole de la Sécu, celle-ci est mise peu à peu en concurrence avec les mutuelles et risque de perdre la course. Or ce sont les syndicats de salariés qui gèrent la Sécu et ils perdraient ainsi leurs prérogatives ...

Quels seront les hommes politiques qui auront enfin le courage de réformer le système en profondeur tout en l'améliorant, afin de stopper l'actuelle situation économiquement aberrante et desservant finalement l'intérêt du public ?

Il est clair que ce déficit délirant ne peut durer éternellement : Il ne fait pas du tout honneur à la compétence des technocrates concernés ; le résoudre est désormais pour eux une question de dignité.

Il va bien falloir que la France considère en face l'évolution des choses dans d'autres pays et s'attelle enfin à s'adapter et innover de son côté, sous peine de ne pouvoir rattraper les choses et d'accepter une domination économique extérieure (chose, hélas, déjà en cours, et à l'insu du public).

On ne peut plus cultiver ainsi notre traditionnel retard français (dénommé "exception française" et généralement négative) devenu de plus en plus sujet de plaisanteries et de moquerie à l'étranger. Il faut voir la réalité en face. Va-t-on continuer à leurrer longtemps les usagers ?

Aussi, ces usagers devraient pouvoir exprimer librement leur opinion en vertu des cotisations de plus en plus lourdes qu'ils sont obligés de payer en échange de remboursements de plus en plus symboliques. Ainsi, la C.S.G. / R.D.S. promises comme très provisoires, paraît-il, mais en constante augmentation : 900% depuis sa création). Même si une partie des dépenses est prise en charge par les mutuelles, ce n'est pas gratuit et celles-ci augmentent également, pour leur part, leurs cotisations de façon franche.

Il ne faut pas oublier l'intérêt des mutuelles et assurances privées à éviter le gaspillage et les déficits (ces organismes n'ont pas de but philanthropique). Il faudrait peut-être laisser plus de libertés à celles-ci pour innover : par exemple, une réduction de cotisation annuelle pour ceux qui s'occupent de leur santé, ne sont pas souvent malades, donc sollicitent peu de remboursements ; une réduction éventuellement inspirée de celle obtenue des assurances-auto pour les bons conducteurs (bonus) ? C'est à réfléchir.

Force est aux usagers de considérer tout cela mais, il est vrai, avec actuellement en arrière pensée un sentiment de culpabilité totale instillé dans leur esprit via les campagnes médiatiques du genre : "La Sécurité c'est bien, en abuser ça craint".

Hormis ce slogan en langage des rues, on pourrait se demander qui abuse qui. Certes, il est vrai que si certains usagers trichent ou abusent des largesses d'une Sécurité Sociale encore myope, le corps médical a peut-être sa part belle dans la réalisation de nombreux actes inutiles et coûteux comme l'exposent les conclusions du rapport BERAUD¹⁴ ?

Encore faut-il que le public français soit sérieusement interpellé, informé correctement et non anesthésié ou illusionnés par les médias grâce à des propos glorieux comme par exemple, "nous avons le meilleur système du monde !" (méthode Coué ?). Il semble en effet qu'il est facile de convaincre la population française qu'il ne se passe rien de mieux ailleurs, puisqu'elle est traditionnellement assez peu ouverte à l'information étrangère et aux courants internationaux ... On aime volontiers montrer les lacunes (la paille dans l'oeil) dans certains pays comme si, en France, ces mêmes lacunes (la poutre dans l'oeil) n'existaient pas. Les certitudes gratuites coûtent parfois très cher. En fait, la France est généralement première dans tout ce qui est négatif et dernière dans tout ce qui est positif.

Il est étrange de constater, selon toute apparence, la nonchalance, voire le fatalisme, d'un peuple qui se prétend volontiers "sage" ou "intellectuel" mais ne réagit pas devant certaines évidences simples qu'il constate sûrement mais qu'il accepte piteusement d'une manière ou d'une autre. Un homme politique français fort connu a même déclaré que "les français étaient lents à évoluer"(sic) ; mais peut-être devrait-on aussi en dire autant de nos institutions et nos esprits politiques ?

Il est vrai que lorsque l'on peut facilement obtenir une rallonge d'argent (impôts & taxes) d'un peuple qui se plie bon gré, mal gré à cette demande, on est peu enclin à faire réellement des économies budgétaires concrètes et décentes en réduisant le train de vie de l'Etat. Parler savamment d'économies budgétaires et les promettre depuis des années semblent suffire à convaincre le peuple, on peut alors se demander pourquoi les programmer et effectuer réellement des économies intelligentes ?

¹⁴ Rapport BERAUD, Revue "le concours médical", 3 octobre 1992 -114-30

Les faits ont confirmé d'ailleurs cela dans les dépassements successifs faramineux du Budget de l'Etat français depuis des années. On peut s'interroger d'ailleurs sur la réalité du fameux déficit de la Sécurité Sociale qui pourrait bien être un simple argument financier efficace pour justifier une surenchère des prélèvements ; ceci n'est qu'une hypothèse ... Certains affirment même que si certaines institutions d'Etat payaient enfin ce qu'elles doivent à la Sécurité Sociale, le déficit serait quasi effacé¹⁵. Il resterait donc à mettre à jour bien des réalités inconnues du public ...

Certains fléaux sont de grands consommateurs d'argent public comme le tabac vendu par l'Etat et dont les méfaits sanitaires sont pris en charge (hospitalisations) par le même Etat. L'alcool est sur le même plan, dans une autre variante.

Cela constaté, il n'en demeure pas moins que, selon l'INSERM, le tabac déminéralise l'organisme, diminue l'adaptation neurologique, l'immunité naturelle et les capacités intellectuelles en favorisant par ailleurs les cancers et maladies cardio-vasculaires.

L'alcool diminue l'immunité naturelle, dégénère le système nerveux, favorise les cancers et maladies du système digestif. Et enfin, les tranquillisants, antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères détruisent la mémoire, l'immunité naturelle et augmentent l'appétit, l'asthénie mentale, intellectuelle et physique. On peut donc aisément comprendre tous les dangers potentiels de cet affaiblissement, compte tenu de la situation épidémiologique mondiale évoquée plus haut (virus & épidémies).

Cela pourrait être une information sanitaire ordinaire si d'autre part, on ne constatait pas parallèlement, pour l'anecdote, que les français sont, hélas, toujours champions du monde en consommation de tranquillisants, antidépresseurs dont ils sont friands (5 fois plus que les américains) et en consommation d'alcool (presque autant que les russes) ... Alors ?

Alors nous laisserons le lecteur se faire sa propre opinion, si tant est, (nous l'espérons vivement) qu'il puisse le faire correctement, donc qu'il ne se trouve pas lui-même dans la catégorie des gros consommateurs de tels produits néfastes à la santé.

« Notre système dit de 'protection sociale' consiste à taxer le travail, l'invention, l'initiative, la prévoyance, le courage, la vigilance, et la sobriété afin de subventionner l'insouciance, l'imprudence, l'irresponsabilité, l'intempérance et la glotonnerie. Un biologiste vous dira qu'un tel système de sélection négative maintenu au sein d'une population durant plusieurs générations ne peut aboutir qu'à la dégénérescence globale de cette population et sa disparition du monde vivant à plus ou moins brève échéance. » – Pierre Lance

Le véritable et seul espoir d'économies réelles, en financement des soins de santé pour améliorer l'hygiène publique, réside dans une prise de conscience collective, un changement des mentalités et un retour à la responsabilité individuelle. Ceci pourra vraiment infléchir le cours des choses vers plus de vraie solidarité, plus d'équité, plus d'efficacité concrète, plus de raison et de bon sens.

La résolution politique et économique de notre situation socio-économique très préoccupante nécessite un grand courage, une quête sincère de la vérité et une bonne compétence.

La véritable prévention sanitaire s'étoffant alors qualitativement, les praticiens confirmés pourront mieux conseiller et guider le public vers une meilleure hygiène générale afin d'obtenir une meilleure adaptation des organismes aux conditions de vie, donc une meilleure santé à moindre frais. L'avenir démontrera rapidement les nécessités pressantes et les responsabilités des décideurs.

© Pascal Labouret – 1999-2009

¹⁵ Cf. Annexe

ANNEXE

La Sécurité Sociale aux Etats-Unis exactement

La population des USA est de 300 millions d'habitants. La Sécurité Sociale américaine diffère quelque peu de la Sécurité Sociale française dans le sens où elle n'est pas déficitaire. Il existe par ailleurs des différences dictées par la logique la plus élémentaire et le souci de solidarité issu de l'esprit pionnier si cher aux Américains.

L'employeur retient un pourcentage fixe sur les salaires de ses employés et paye aussi sa propre cote part s'il est lui-même dans la norme fiscale dévolue.

Cette taxe unique, sorte de C.S.G., est déduite sur les salaires bruts de moins de 60.000 \$ par an (~ 55 000 €). Les salaires supérieurs ne sont pas taxés puisque suffisants pour assurer à leur bénéficiaire une couverture entièrement privée et personnelle souvent bien plus concurrentielle que l'offre publique de la Sécu.

Le maximum de cette taxe de type "CSG" est plafonné à 15,3 % du salaire brut (plus du double en France).

Il n'y a pas d'autres prélèvements. L'employeur paie la moitié. Les travailleurs indépendants paient seulement 15,3 % de leur bénéfice.

La Sécurité Sociale couvre donc les salariés d'emplois privés ou les fonctionnaires pour :

- 1) O.A.S.I (= retraite)
- 2) D.I. (= invalidité)
- 3) H.I. (=caisses santé)

Les taxes perçues sont réparties sur ces caisses pour les bénéficiaires. La Sécu est également financée par les taxes collectées sur les pensions de ces catégories citées qui concernent :

- 1) OASI : pension retraite incluant :
 - a) les personnes de plus de 62 ans.
 - b) les enfants de moins de 18 ans qui ont survécu à leurs parents.
- 2) DI : pension invalidité incluant les personnes entre 18 et 62 ans possédant un handicap et déclarées inaptes au travail.
- 3) HI : caisses santé incluant :
 - a) Medicare : les personnes de plus de 62 ans car elles ne peuvent plus être assurées par le privé. La part de financement est déductible de leur retraite. Ces personnes sont remboursées soit à 80 %, soit à 70 % selon leur choix, les mutuelles complétant le reste ; Les travailleurs peuvent avoir une mutuelle de leur choix qui complète la Sécu. 40 millions d'Américains en bénéficient.
 - b) Medicaid : prise en charge pour les personnes sans emploi ni salaire. 37 millions d'Américains en bénéficient.

Les visites médicales sont remboursées sur une base de 17 € et les soins Chiropratiques, par exemple, sont remboursés à 50 %.

Tous les examens radiologiques ou de laboratoires sont remboursés à 100 %.

Rappelons encore qu'aux U.S.A., la couverture sociale n'est pas obligatoire (contrairement à la France) et que la Sécurité Sociale n'a pas de monopole.

Les assurances santé et mutuelles sont mises, avec la Sécu, sur le même plan concurrentiel, ce qui est peut être bénéfique aux citoyens.

Toute personne peut souscrire librement à un contrat retraite par capitalisation (principal/exclusif ou complémentaire)

Chaque compagnie d'assurance ou mutuelle propose une option H.M.O. de plus en plus prisée par le public étant donné le succès de ce système. ■

Déficit public français chronique

Pour information, voici les données relatives à la mauvaise situation chronique de la France :

Années	Croissance du P.I.B. en %	Déficit public en % du P.I.B	Dettes publiques en % du P.I.B	Sécurité sociale (salariés, en millions d'€ solde du Régime Général)
1997	2,3 %	-3 %	59,3 %	-5,2
1998	3,1 %	-2,7 %	59,5 %	-2,5
1999	2,7 %	-1,6 %	58,5 %	0,1
2000	2 %	-1,3 %	57,2 %	0,7
2001	2,1 %	-1,4 %	56,8 %	1,1
2002	1,2 %	-3,1 %	59 %	-3,3
2003	0,2 %	-4,1 %	63 %	-8,9

Sources : Natexis Banques Populaires, ministère des Finances, INSEE, Cnam

Financement : parts de couverture en France

En 2001, la Sécurité Sociale, l'Etat et les collectivités locales ont couvert 76,6 % des dépenses de santé des français. La part des mutuelles a été ensuite de 7,1 % et celle des compagnies d'assurances de 2,5 %. Les français ont payé le reliquat de leur poche, soit 13,8 %.

Les débiteurs de la SECU

Les 11 milliards d'Euros de perte de la Sécu se trouvent en effet quelque part. Le trou serait déjà bouché si les débiteurs assumaient leur dû. Hélas, ce cas de figure existe aussi pour de nombreuses administrations :

- 7.8 milliards non reversés à la Sécu concernant les taxes sur le tabac
- 3.5 milliards non reversés à la Sécu concernant les taxes sur l'alcool
- 1.6 milliards non reversés à la Sécu concernant les accidents d'auto pour les victimes de la route
- 1.2 milliards non reversée à la Sécu concernant la taxe sur les industries polluantes
- 2 milliards de TVA non reversés à la Sécu
- 2.1 milliards de retard de paiement à la Sécu concernant les contrats aidés
- 1.9 milliards de retard de paiement des entreprises

Total : 20.1 milliards !

Où est donc allé cet argent ? Comme le veut la tradition dans ce pays, personne ne le sait, sauf les hommes politiques et surtout les hauts fonctionnaires...

Source : Rapport 2003-2004 de la Cour des Comptes à propos de la Sécu

CHIFFRES DE L'IMMIGRATION

La France accueille 250.000 immigrés légaux chaque année, et 50 à 80.000 immigrés clandestins. Une immigration essentiellement issue d'Afrique noire.

5 à 10 % d'immigrés quittent la France chaque année.

110 000 naturalisations sont validés chaque année dont 41 % de jeunes automatiquement parce qu'ils sont nés sur le territoire national.

178.000 inscriptions de plus à l'CMU en 2007 pour un coût de 500 millions d'euros par an.

La dette actuelle de la France est de 2000 milliards d'euros, soit 120 % du PIB national.

Source : Ministère de l'Intérieur et Sécurité Sociale – 2007 chiffres ad minima...