

Touchez pas à notre Sécu

par Michel Bonnard

Après la mise à mal du système des pensions des personnels de la Fonction publique et la régression accentuée des retraites des salariés du privé en 2003, l'heure est venue pour le gouvernement de démanteler le système de santé et les principes de base du régime obligatoire de l'assurance maladie.

Les objectifs du gouvernement sont les mêmes (abattre les solidarités et offrir aux intérêts privés la gestion de sommes considérables), la méthode identique (dramatisation, rapports d'experts, consultation des acteurs sociaux puis passage en force) et les conséquences semblables (appauvrissement radical d'une partie importante de la population, approfondissement des inégalités). Face à cela, la responsabilité des forces sociales et en premier lieu celle des syndicats est immense. **Il est urgent de mener une campagne d'information auprès de la population, de créer les conditions d'une mobilisation générale et, forts de l'expérience de la lutte de l'an passé, de mener une action collective radicale, irrésistible, contre ces projets.**

L'augmentation des dépenses de santé et du déficit du régime obligatoire de la sécurité sociale offrent le prétexte d'une « réforme » qui sera en réalité une régression majeure. Le budget phénoménal de la protection sociale représente une masse d'argent très importante qui n'est pas sous la responsabilité du secteur marchand ; la Banque Mondiale, le FMI, l'OCDE, l'OMC somment les Etats d'abandonner aux marchés « *toute une série de biens et services qui se sont égarés dans le domaine public comme l'enseignement supérieur, la médecine curative, les retraites et d'autres formes d'assurance.* » De fait, de nombreuses catégories agissent autour du financement des dépenses de santé : les entreprises qui participent aux cotisations sociales, les acteurs de santé qui empochent ces dépenses, les mutuelles qui complètent les remboursements, les assurances qui convoitent le marché, l'Etat qui est aux mains d'hommes politiques au service du libéralisme, les usagers qui sont en voie de devenir des clients. Pour toutes ces catégories, à l'exception de la dernière, le modèle est celui des Etats-Unis. Dans cette optique, les principes de solidarités énoncés la première fois dans la Déclaration des Droits de l'Homme du 4 juin 1793, Art. 21 (« *La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.* ») risquent de disparaître.

La question de la protection sociale n'est pas seulement une question économique et politique, c'est avant tout un choix fondateur pour la société. L'Organisation Mondiale de la Santé, en 1946, déclarait : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.* »

On était loin des préoccupations liées au coût de la santé, de sa répartition et de chercher qui doit en être bénéficiaire. Et, malgré les difficultés énormes de l'après-guerre, on ne parlait pas encore de trou de la Sécu.

Un faux trou

Le budget de la protection sociale en France (417 milliards d'euros) est plus important que celui de l'Etat (274 milliards d'euros –2003–). Les dépenses de soins (136 milliards d'euros) sont prises aux trois quarts par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, pour 13% par les organismes complémentaires, et pour 11% directement par les ménages. Elles représentent 9,5% du PIB, dans la moyenne de ce que dépensent les pays de l'OCDE. Cela dit, elles croissent de plus en plus (7,8% en 2003), dépassant les prévisions de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) décidées par le gouvernement et volontairement en deçà des besoins réels liés à la modernisation des équipements de soins, du vieillissement de la population, de l'augmentation des honoraires de médecine, etc. D'où un déficit de la Sécurité sociale qui s'alourdit depuis trois ans. Il reste néanmoins bien inférieur aux 20 milliards d'euros que l'Etat détourne. Le bilan de la Commission des comptes de la Sécu et la Cour des Comptes, en 2003, indiquent que l'Etat a récupéré 13,5 Milliards d'euros destinés à la Sécurité sociale, l'équivalent du trou : la totalité de la vignette sur les alcools (3,3 Mds €), 7,8 Mds € sur la taxe sur le tabac (laissant seulement 800 millions à la Caisse nationale d'assurance maladie –Cnam–), la taxe de 15% sur les primes d'assurance-auto pour prendre en charge les victimes d'accidents de la route ira directement dans le budget de l'Etat (c'est-à-dire 1,2 Mds € affectés au financement des 35 h au travers du Forec, supprimé en 2004) ainsi que la taxe sur les industries polluantes (1,2 Mds €). Au delà de ces ponctions, la Sécurité sociale supporte les charges dites « indues » dont l'Etat devrait normalement s'acquitter : les aides à l'emploi « non compensées » (2,3 Mds €), la TVA que les hôpitaux paient (2

Mds €/par an) et qu'ils ne peuvent se faire rembourser. Par ailleurs, au nom de la « compensation démographique », le régime des salariés verse entre 3 et 4 milliards d'euros aux non salariés (avocats, notaires, dentistes, etc.). (1) Les prévisions catastrophiques présentées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a-t-il intégré la progression de ces détournements dans ses calculs ?

Il reste que la dramatisation politique qui sera faite du déficit de la branche maladie devra être rigoureusement démontée et dénoncée.

Aujourd'hui, le mode de financement et l'organisation de la protection sociale adoptés à la Libération sont progressivement remis en question.

Une avancée sociale irremplaçable

Le programme du Conseil National de la Résistance, adopté le 15 mars 1944, décide « *un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont dans l'incapacité de se les procurer par le travail, avec une gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'Etat.* » De fait, une protection sociale collective, solidaire et obligatoire se met en place. Elle s'inspire à la fois du système bismarckien d'assurance professionnelle obligatoire associant salariés et employeurs et du système anglais d'après 1944 financé par l'impôt et géré par le service public. Jusqu'à maintenant, les principes originels d'unité et d'uniformité n'ont pas été réalisés, celui d'universalité a été accompli en 1978 pour les branches maladie et famille, enfin, celui d'autonomie est de plus en plus remis en question du fait de l'intervention de plus en plus importante de l'Etat. Il reste que la protection sociale mise en place demeure contributive, c'est-à-dire que la cotisation est liée au salaire et non au risque, assurantielle (la retraite, les indemnités journalières, etc. sont liées au salaire) redistributive et solidaire (le remboursement des soins, les allocations familiales sont indépendants des revenus).

A la base du système de protection sociale initié en 1945, le financement était lié au travail et administré par les usagers, les employeurs et l'Etat. A plusieurs reprises, la représentativité des salariés (qui était de 2/3 en leur faveur et de 1/3 pour le patronat à l'origine) a été remise en cause. Après la régression imposée par les Ordonnances de 1967, elle a été fixée à 3/5 pour les salariés et à 2/5 pour les employeurs le 17-12-1982, juste avant de procéder à la dernière élection des administrateurs le 19-10-1983. Depuis, plus d'élections. Avec les Ordonnances de 1996, entre autres, le parlement est compétent pour assurer l'équilibre des comptes sociaux. Il vote la LFSS, fixe l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), renoue avec le paritarisme (moitié salariés, moitié employeurs), sans élection. (2) C'est l'occasion de remplacer, à la direction de la Cnam, FO par la CFDT qui s'était montré un soutien politique au gouvernement durant la grève de 1995.

La crise des trente dernières années a remis en cause les principes originels de la Sécurité sociale.

Année après année, au nom de la défense de la protection sociale, les gouvernements successifs, convertis au libéralisme, ont dénaturé et affaibli le régime obligatoire en difficulté pour cause de crise économique et de mondialisation.

Mais de vrais problèmes

L'arrivée massive du chômage et de la précarité au cours des années 1970, ainsi que la baisse de la part des richesses revenant aux salaires, a entraîné une augmentation constante du taux des cotisations et une diminution des remboursements, renforçant les inégalités, mettant en difficulté le régime obligatoire de l'assurance maladie, octroyant une place plus importante aux mutuelles et aux assurances complémentaires.

L'offensive libérale des vingt dernières années a permis au patronat de faire baisser ses charges ainsi que ses impôts, d'augmenter ses profits et de diminuer la rémunération du travail (10% en vingt ans !). La baisse des recettes de la protection sociale qui en a résulté a créé des nouveaux besoins de financement. Les conséquences les plus directes ont été la création de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) en novembre 1990 au taux de 1,1% (dès 1998 elle a atteint 7,5% !) qui consacre le financement par l'impôt d'une partie de la Sécurité sociale et la baisse des remboursements (de 70% à 65%, en 1993). Cette politique s'est empressée de mettre en coupe réglée le secteur hospitalier et de supprimer des lits dans les hôpitaux (146 000 lits en moins entre 1990 et 1999 pour 1,76 million de malades de plus). La loi Balladur du 26-08 1993 sur les retraites du secteur privé, bien connue maintenant, en a remis une couche contre la protection sociale. Enfin, était créée en 1996 la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale à la hauteur de 0,5% (CRDS).

Durant la même période, il est mis en place des minima sociaux qui contribuent à la protection sociale des personnes exclues du travail. Ainsi le 1^{er} janvier 1989 est créé le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) qui a un

million de bénéficiaires. En juillet 1999, c'est la Couverture Médicale Universelle (CMU) dont bénéficient 5 millions de personnes et l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui s'adresse aux « sans papiers » et aux étrangers, en général, présents en France. Ces minima ne proviennent plus d'une part contributive mais directement de l'impôt.

L'avenir s'inscrit dans de plus grandes inégalités : une protection de très faible niveau pour les plus exclus grâce à un financement public, un régime obligatoire qui couvre de moins en moins et une protection d'un meilleur niveau, en fonction des revenus, financée par des cotisations facultatives.

De plus, la construction de l'Europe libérale, qui assimile déficit public et déficits sociaux, limite ceux-ci à 3% du PIB. Ainsi le gouvernement français, dans le cadre du programme de stabilité 2005-2007 remis à la Commission européenne, s'est engagé à équilibrer les comptes de la Sécurité sociale en réduisant de moitié la croissance des dépenses de santé. (3)

De fait, l'an passé, le gouvernement a abaissé de 65 à 35% le remboursement de 617 médicaments à Pâques 2003. Les laboratoires pharmaceutiques ont été les seuls à en négocier la liste avec promesse de plus de liberté des prix sur des médicaments plus innovants, donc en position de créer des produits de substitution plus chers. (4) C'est l'inverse des médicaments génériques ! Il en a remis une couche avec 82 médicaments en septembre 2003 et il va renouveler l'opération avec 426 nouveaux médicaments sur lesquels les laboratoires pharmaceutiques doivent donner un avis d'ici un mois. Le forfait hospitalier créé en 1983, passe de 10,67 € à 13 € (9 € en psychiatrie). Les hausses successives du tabac n'auront sans doute qu'un effet, celui d'enrichir les caisses de l'Etat, comme l'an passé. Dans le même temps, il limite à l'extrême la possibilité d'accès à l'AME en exigeant trois mois de résidence sur le territoire et un ticket modérateur couvrant le tiers des dépenses. Il faut remarquer que 17% de la population vit avec moins de 700 € par mois et que les droits à la CMU s'arrêtent à 566 € par mois (22 € en dessous du minimum vieillesse) et se voit imposer une carence de deux mois depuis le printemps 2003 !

Les conséquences de cette politique de restrictions sociales sont dramatiques dans une société qui produit de la richesse, mais qui tourne le dos à la solidarité.

C'est dans ce contexte que les forces dominatrices de la mondialisation opèrent, relayées par les intérêts bien compris des professionnels de la santé et de la finance.

De gros intérêts et des propositions malsaines

Les différentes catégories, parties prenantes du système d'assurance maladie et du système de santé pèsent sur les décisions qui sont prises par les politiques : dehors les citoyens usagers, bonjour les lobbies.

Pour ce qui est du financement, nous avons vu que le patronat, et le MEDEF, ne veulent entendre que le credo de la baisse des charges. Les acteurs de santé qui bénéficient des dépenses œuvrent à faire monter les prix des consultations et des médicaments et se prononcent donc contre la limitation des soins. Les mutuelles ont vu leur intervention augmenter pour compléter les remboursements et en ont répercuté le coût sur les cotisations. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2003, elles sont soumises aux mêmes règles européennes que les assurances. Cela a provoqué une concentration importante (elles sont passées de 6 000 à 2523), les a obligées à constituer des provisions afin de garantir leur marge de solvabilité et de séparer leurs métiers : d'un côté leur activité d'assurance, de l'autre leurs activités sociales (pharmacie, accueil, etc.) (5) Les assurances, elles, sont prêtes à capter la masse financière colossale que représentent les ressources de la Sécurité sociale.

Invitée par le gouvernement à faire des propositions pour la réforme de l'assurance maladie, la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) a proposé le 4-06-03 que l'optique, le dentaire et les prothèses auditives relèvent exclusivement d'une couverture privée et sortent du champ de la Sécurité sociale, laissant à cette dernière la prise en charge des maladies graves et de longue durée. Le président de la FFSA, Gérard de La Martinière, plaide pour « une véritable cogestion de la santé », demande à connaître les médicaments remboursés sans porter atteinte à la vie privée des assurés (!) et envisage de passer des contrats avec des professionnels de santé qui seraient rémunérés au nombre de patients traités sur une période donnée. (6)

Le 20-11-03, le MEDEF a présenté un projet de réforme de la protection sociale. Le premier point est la suppression des cotisations sociales (salariales et patronales) pour faire porter le poids du financement sur une CSG déductible. Le second consiste à mettre en concurrence la Cnam avec les compagnies d'assurance, les mutuelles, les institutions de prévoyance. Il propose « un panier de soins auquel chaque Français aura accès », les organismes (publics ou privés) négocieraient le coût et la qualité des prestations médicales et les malades devraient s'adresser aux professionnels sélectionnés par l'opérateur que l'entreprise dont ils sont salariés, ou eux-mêmes s'ils ne travaillent pas, auraient choisi. L'Etat percevrait la CSG et la reverserait aux opérateurs de soins sous forme d'un « forfait correspondant au nombre d'assurés couverts. ». (7)

Daniel Bouton, chargé de la protection social pour le MEDEF, pour être sûr qu'on comprenne bien, présente dans *Le Monde* du 26-12-03 « *Treize propositions pour la réforme de l'assurance maladie* ». Il se prononce, bien sûr, contre toute augmentation des prélèvements et, par conséquent, pour des baisses de remboursements, une prise en charge accrue par les mutuelles et une augmentation de la CSG pour les inactifs et les plus âgés. Il préconise de récupérer les dépenses de maladie sur les successions et de réduire la consommation de médicaments de 20% à 25% en trois ans en appliquant à chaque ordonnance et à chaque boîte une prise en charge par le malade. Il propose l'obligation pour chaque malade d'avoir un médecin référent et pense que les malades doivent « *supporter le risque d'un aléa thérapeutique* ». Il veut faire passer les arrêts de travail et le classement en maladie de longue durée sous la responsabilité « *des médecins salariés de la Sécurité sociale* ». Enfin, il entend augmenter la part des soins confiés à des personnels non médecins (bac+3, bac+5), moins chers, pour des actes médicaux de la vie courante. De la même manière, il modifierait le système de la vente des médicaments, laissant les plus dangereux et les plus chers au monopole des pharmaciens diplômés. Enfin, « naturellement », il préconise l'introduction de la « *concurrence dans les systèmes de gestion et entre les offreurs de soins.* » (8)

Alain Madelin, député UMP et président du « forum des débats », va lancer la discussion ce trimestre sur la réforme de l'assurance maladie à l'intérieur de son parti. Il conteste la fixation des tarifs de soins et préfère « *une régularisation par les prix* » en introduisant la concurrence. Pour lui, l'assureur doit pouvoir faire jouer la concurrence des prestataires de soins afin d'aboutir à une vérité des prix. Chaque salarié aurait le choix, chaque année de choisir son assureur (public ou privé) qui recevrait une enveloppe globale versée par le régime d'assurance maladie en fonction du nombre d'assurés affiliés. Dans ces conditions, les assureurs auraient tout intérêt à ce que leurs assurés (qui ne seraient pas sélectionnés, dit-il) ne tombent pas malades et soient soignés par les médecins les plus performants. (9)

La Mutuelle Générale de l'Education Nationale, le 1-05-03, annonçait la nécessaire augmentation des cotisations de 4% pour le 1-01-04 pour cause de CMU et du déremboursement de certains médicaments. En fait, la MGEN est allée beaucoup plus loin que cela puisque, si elle a bien augmenté la cotisation des actifs de 4%, elle a augmenté celle des retraités de 10% au 1^{er} janvier 2004 et s'apprête à y ajouter 6% le 1-01-2005, soit 16% en 12 mois ! C'est d'autant plus regrettable que c'est une atteinte au principe contributif de base lié aux revenus et non pas au risque ! Cela dit, la MGEN dénonce « le panier de soins » qui limite le champ de la couverture à certains risques pour faire porter à la Sécurité sociale les gros risques et aux assurances complémentaires les petits risques alors que six millions de personnes en France n'ont pas de complémentaire de santé. L'idée du « panier de soins » vient des Etats-Unis où le coût moyen est bien plus élevé qu'en France (3 500 € contre 2579 €) pour une réussite bien inférieure : par exemple, les USA sont 25^{ème} rang mondial pour la mortalité infantile. La MGEN souhaite un renforcement du régime obligatoire, une gestion tripartite (régime obligatoire, assureurs complémentaires et professionnels de santé), le paiement aux médecins de la prévention, de la permanence et du suivi des soins. Enfin, elle observe que l'assurance maladie est financée pour 41% par les ménages et 43% par les entreprises, cette dernière part était de 46% en 1995 et de 54% en 1989. (10)

Il apparaît que les décideurs économiques ont une volonté commune : marginaliser le régime obligatoire, mettre en concurrence les acteurs sociaux, « responsabiliser » le malade, c'est-à-dire le faire payer plus, et proposer un panier limité de soins aux assurés.

Afin d'offrir une image d'indépendance et de sérieux, le gouvernement a mandaté des experts pour lui fournir des rapports.

Des rapports bien encadrés

Le 8 avril 2003, Jean-François Chadelat, ancien directeur chargé des problèmes de santé chez AXA de 1990 à 1994, puis expert auprès de Juppé en 1995 et actuellement directeur du Fonds de financement de la CMU, remettait son rapport à Jean-François Mattei. Il explique la progression des dépenses de santé par l'augmentation de l'offre de soins, le vieillissement de la population, le progrès médical et l'élévation du niveau de vie. Pour y faire face, il refuse d'élargir le champ d'action de l'assurance maladie obligatoire. Il propose une Couverture Maladie Généralisée (CMG) constituée de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'une Assurance Maladie Complémentaire dite de Base (AMCB). Le contenu de la CMG, appelé « panier de soins », serait défini par l'Etat. Les dépenses seraient financées soit par les AMO, soit par les AMO/AMC, soit par les AMC ou à la charge des assurés, 3^{ème} étage du dispositif. L'AMCB serait facultative et son accès pourrait être aidé par l'Etat de façon intégrale pour les bénéficiaires de la CMU puis de façon dégressive jusqu'à un revenu de 1 000 € modulable suivant l'âge et la composition de la famille (5 millions de personnes bénéficient de la CMU, 13,6 millions d'autres personnes seraient concernées). Le panier de soins de l'AMCB devrait comporter la prise en charge des tickets modérateurs, les dépassements (dentaire, optique, etc.), tout ou partie du forfait hospitalier. Le troisième niveau, puisque la CMG ne prendrait pas tout en charge, est facultatif et laissé à l'initiative de chacun.

Il reste que Chadelat n'avance aucune hypothèse sur la qualité du panier de soins pris en charge par la CMG, ne définit pas la frontière entre AMO et AMCB. Il est grandement probable que cela ne se ferait pas en faveur de la qualité des soins et d'une meilleure prise en charge car il entérine le renoncement au régime universel obligatoire et collectif, institutionnalise l'assurance maladie complémentaire à la charge des assurés et consacre l'intrusion des assurances privées. Le but recherché est de diminuer la part prise en charge par le Sécurité sociale et d'augmenter la part prise par le secteur privé.(11)

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HC), dont la composition présente toutes les qualités pour satisfaire les attentes du gouvernement (sur 53 membres : 1 pour les mutuelles, 1 pour chacune des trois caisses (salariés, agriculteurs, non salariés), 5 pour le Centre national des professions de santé, 2 pour les cliniques privées, etc.), a rendu son rapport fin janvier. Celui-ci, suivi au millimètre par trois conseillers de Chirac, est suffisamment dosé pour anesthésier momentanément les assurés sociaux. Pourtant, il distille de bien dangereuses idées : l'augmentation du ticket modérateur, l'instauration d'un prélèvement forfaitaire sur les boîtes de médicaments ou sur les ordonnances, le déremboursement de certains actes, l'accroissement du contrôle médical sur les patients, la hausse de la CSG et le basculement du déficit sur la CRDS. (12)

Ces rapports, sans apporter de pensée novatrice, font la partie belle aux ambitions libérales des compagnies d'assurance, garantissent les profits des acteurs de santé et s'appliquent à défaire les solidarités.

Les points de vue exprimés par les uns et les autres comportent énormément de similitudes. En effet, tous s'inspirent du modèle mis en place aux Etats-Unis.

Un modèle à ne pas suivre

Que se passe-t-il aux Etats-Unis ? Les laboratoires pharmaceutiques fixent librement leurs prix. Dans ces conditions, il existerait aux USA un risque de montée continue des prix des médicaments s'il n'y avait les compagnies d'assurance en concurrence pour négocier chacune, avec les industriels, les prix des médicaments qu'elles remboursent. Elles obtiennent des rabais de 20% à 50% sur les prix publics et créent des réseaux de praticiens que leurs adhérents doivent consulter, réseaux extrêmement contrôlés jusque dans la durée de la consultation : cette pratique est ce qui s'appelle un « panier de soins ». Le contrôle des prix se fait par la limitation de ce panier de soins, du nombre de médicaments remboursés et de la quantité des soins. Les assurés peuvent s'en sortir, les autres non (ils sont 40 millions) puisqu'ils paient le prix public, et comme ce sont les plus pauvres... Pour les assurés le dilemme est le suivant : tous les médicaments au prix fort ou un nombre limité de médicaments à bas prix.

Plus les compagnies d'assurances sont puissantes, plus elles peuvent obtenir des rabais, mais cela ne se retrouve pas sur la facture à payer pour les assurés qui se retrouvent seuls face à leur compagnie d'assurance et à l'industrie pharmaceutique « *quand ce n'est pas à leur employeur, de plus en plus réticent à payer les primes d'assurance.* » Ainsi Wal Mart n'assure plus que la moitié de son million de salariés. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les Américains dépensent 14% de leur PIB pour un service moins bon : « *le surcoût de la prise en charge par les assurances privées pourrait approcher les 50% !* »

L'industrie pharmaceutique, dans sa concurrence avec les compagnies d'assurance, fait de la publicité dans les journaux et la télévision (ce qui est interdit en Europe) pour des médicaments vendus seulement sur ordonnance et en dehors de ceux retenus par les assurances afin que les malades fassent pression sur les médecins. C'est un des objectifs visé par la réforme adoptée par le parlement pour les personnes âgées. Medicare, s'il remboursera en partie les médicaments, en plus des frais d'hospitalisation, se voit interdire toute négociation sur les prix.

Les personnes âgées, pour bénéficier d'une prise en charge partielle de leurs médicaments à partir de 2006 doivent adhérer à une assurance privée subventionnée par l'Etat à laquelle sera déléguée la gestion de Medicare. Le budget de l'Etat sera de 400 milliards de dollars sur 10 ans (2006- 2016), ce qui ne pourra pas répondre aux besoins. C'est pourquoi la franchise au-delà de laquelle les médicaments seront remboursés sera relevée dès 2007 de 10%. Le budget ainsi alloué ne servira pas les personnes âgées mais ira grossir les caisses des industries pharmaceutiques d'abord et celles des compagnies d'assurance ensuite. Les calculs les plus optimistes donnent, en moyenne, un futur taux de remboursement de 33% pour les médicaments. (13)

La mise en concurrence des assurances avec les laboratoires et les acteurs de santé ne régule que provisoirement les prix pour ceux qui ont les moyens d'adhérer au système, et dans des proportions très insuffisantes. Elle est catastrophique pour les plus démunis qui ne peuvent pas s'assurer parce qu'ils se soignent au tarif le plus élevé.

La question du régime obligatoire d'assurance maladie n'est pas un problème économique dans le sens où la société serait dans l'incapacité de répondre aux besoins de santé. C'est un problème de choix de société : une société solidaire ou une société individualiste où les rapports marchands priment sur l'intérêt général.

Il y a urgence absolue

L'assurance maladie obligatoire a déjà subi des attaques de grande puissance. Sa nature démocratique est fortement remise en cause par l'absence d'élection pour désigner ses administrateurs et par son financement de plus en plus important par l'impôt. Elle voit son champ d'action compromis par l'augmentation des cotisations et par la baisse régulière de ses remboursements. Enfin, elle est contestée par les industriels de la santé, les assureurs et les employeurs confortés par les directives de l'OMC, de la Commission européenne, etc. La dégradation de l'emploi, le développement de la précarité et la baisse de la rémunération du travail, alliés à une gestion peu rigoureuse de la part de l'Etat en matière de trésorerie, ont créé un déficit pour lequel il est demandé de nouveaux efforts aux salariés, aux inactifs, aux plus mal lotis.

Tous les prétextes sont bons pour le gouvernement, piloté par la pensée unique, le libéralisme, pour mettre en place un système de couverture maladie qui garantira un « panier minimum de prestations » pour tous et laissera le reste à la charge des assurés par le recours à des assurances privées ou à des mutuelles. L'évolution que semble prendre la MGEN, soumise à des impératifs de gestion identiques à ceux qui régissent les assurances, préfigure ce que sera la problématique des complémentaires dans un système où le régime obligatoire se réduira comme une peau de chagrin.

Le droit à la santé est plus que jamais à l'ordre du jour : c'est-à-dire avoir le droit de vivre dans de bonnes conditions de travail (pénibilité, cadences, durée, risques, ergonomie, hiérarchie, précarité,...) et dans de bonnes conditions de vie (pouvoir d'achat, alimentation, hygiène, logement, urbanisme, transports, pollution, loisirs,...). Il s'agit aussi d'avoir la possibilité d'accéder aux soins et d'en être remboursé, d'obtenir un revenu de remplacement lorsqu'on ne travaille pas (chômage, indemnités journalières, retraite, Allocation pour Adulte Handicapé, etc.).

Pour cela il n'est pas question de souscrire à un système calqué plus ou moins sur celui des Etats-Unis qui amplifie les inégalités et met en danger la santé des plus pauvres.

La réforme de l'hôpital (« le Plan Hôpital 2007 ») est concomitante à celle de l'assurance maladie, procède des mêmes attendus et présente les mêmes perspectives et les mêmes dangers.

Les dépenses de santé ne sont pas perdues pour tout le monde : elles profitent à quelques-uns. Les exonérations de charges aussi ! **La société française est parcourue par une colère muette, profonde, mais sans perspective, sans débouché politique. Personne n'est dupe des explications que donnent les hommes du pouvoir malgré leurs actions de diversion et la dramatisation des déficits. Le doute réside dans l'impression d'inexorabilité de la politique libérale débridée du gouvernement. Les syndicalistes ont un rôle sans doute exceptionnel et circonstanciel, mais indispensable, à jouer dans ces conditions.**

La période électorale n'est pas propice à une mobilisation, encore que je pense que l'exaspération qui se retrouvera dans les urnes aurait tout à gagner à se diriger contre les dangers réels et proches que fait courir le gouvernement sur l'assurance maladie et pour conquérir enfin des changements sociaux enfin positifs.

La lutte contre la réforme des retraites, qui était fondamentale, a manqué d'un petit plus : la volonté et le courage de lancer l'épreuve de force autour du 13 mai 2003 en prenant le risque d'un affrontement difficile. Cela n'a fait que reporter, avec le handicap d'avoir subi un échec, le moment de cette confrontation. La bourgeoisie mettra à genoux le mouvement syndical, à cette occasion, ou le cassera si ce dernier ne se donne pas les moyens de capter la puissance du mécontentement qui touche toutes les couches de la société. La lutte contre la remise en cause de la plus grande conquête des salariés, la Sécurité sociale, sera sans doute l'épreuve déterminante.

C'est assez d'humiliations, de précarité et de pauvreté ! Levons-nous, enfin, pour sauver la Sécu !

Michel Bonnard, à Marseille le 6-02-2004.

(1) « Comment l'Etat pique 20 milliards par an à la Sécu » Alain Guédé – *Le Canard enchaîné* - 5-11-03

- (2) fiche Assurance Assistance, site de Sud Education - janvier 2004
- (3) « Après l'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie » Communiqué FSU – 27-01-04
- (4) « Comment est née la liste des 617 condamnés sur ordonnance » David Fontaine –*Le Canard enchaîné* –23-04-03
- (5) « L'économie sociale se prépare à l'offensive du privé » Dominique Gallois – *Le Monde* –6-06-03
- (6) « Les assureurs proposent une privatisation partielle de la Sécu » Dominique Gallois –*Le Monde* – 6-06-03
- (7) « Le projet du Medef sur la « Sécu » mobilise la gauche et divise la droite » Virginie Malingre et Caroline Monnot -*Le Monde* –29-11-03
- (8) « Treize propositions pour la réforme de l'assurance maladie » Daniel Bouton –*Le Monde* –26-12-03
- (9) « Il faut introduire la concurrence dans le système public » Alain Madelin, propos recueillis par Christophe Jakubyszyn –*Le Monde* – 23-12-03
- (10) « Quelle réforme pour l'assurance maladie ? » *Valeurs mutualistes* (MGEN) n°228 novembre 2003
- (11) fiche rapport Chadelat, site SUD Education –janvier 2004
- (12) « Un rapport pour anesthésier les assurés sociaux » Alain Guédé –*Le Canard enchaîné* – 28-01-04
- (13) « Assurance maladie : la cruelle leçon américaine » Philippe Pignarre –*Le Monde* – 9-01-04