

Bas les pattes devant la Sécu

« *Nous étions au bord du gouffre et, depuis, nous avons fait un grand pas en avant !* » C'est absolument ce que pourra dire le Premier ministre dans quelques mois si nous n'engageons pas une lutte radicale, tous ensemble, pour annihiler l'action menée par le gouvernement contre le régime général de l'assurance maladie.

Sur le modèle qui a cours aux Etats-Unis, les assurances privées lorgnent sur les sommes colossales qui sont gérées par la Sécurité sociale en France (136 milliards d'euros). La Fédération Française des Sociétés d'Assurance, le Medef et le gouvernement affichent une communauté de pensée et ont déjà passé les accords nécessaires entre eux. Le prétexte à une « réforme » est fortement médiatisé : Le trou de la Sécu. La méthode, déjà expérimentée en 2003 : des rapports « indépendants », mais sous contrôle, des consultations de diversion et un passage en force à l'été. L'objectif de la « réforme » est de casser le système solidaire qu'est l'assurance maladie obligatoire pour lui substituer progressivement, mais rapidement, un système d'assurance individuelle largement facultatif. Ce projet est particulièrement néfaste parce qu'il s'inscrit dans une perspective d'approfondissement des inégalités et de restriction des soins pour les plus pauvres.

Nous irions droit à une catastrophe sanitaire si cela se passait.

Le trou de la Sécu : faux et usage de faux !

S'il est vrai que les dépenses de santé augmentent du fait de l'amélioration des soins, du vieillissement de la population et de l'augmentation des honoraires et que les recettes sont freinées par le développement du chômage, de la précarité et des exonérations de charges offertes aux employeurs, le déficit vient de ce que l'Etat détourne chaque année 20 milliards d'euros qui devraient revenir à la Sécu, plus que « le trou ». La Commission des comptes de la Sécu et la Cour des Comptes en ont fait le détail : d'une part 13,5 milliards d'euros de taxes prévues pour financer la Sécu sont restées dans les caisses de l'Etat (taxes sur les alcools, sur le tabac, sur les primes d'assurance-auto et sur les industries polluantes), d'autre part les charges « indues » dont l'Etat devrait normalement s'acquitter s'élèvent à 2,3 milliards d'aides à l'emploi « non compensées » et enfin 2 milliards de TVA payés par les hôpitaux qui ne leur sont pas remboursés. Par ailleurs le régime des salariés verse entre 3 et 4 milliards d'euros au régime des non salariés (avocats, notaires, dentistes, etc.). Voir « Comment l'Etat pique 20 milliards par an à la Sécu » Alain Guédé- *Le Canard enchaîné*- 5-11-03. On est encore loin des scénarios catastrophiques qu'annoncent le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ou le gouvernement, directement responsable du déficit.

Les gouvernements successifs ont étranglé progressivement le régime obligatoire de l'assurance maladie.

Celui-ci, qui rembourse 75% des dépenses de santé, a perdu le caractère démocratique voulu à la Libération : plus d'élection des administrateurs par les usagers depuis 1983 et mise sous tutelle par l'Etat. Le parlement vote la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, fixe l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. La gestion est assurée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) administrée par la CFDT depuis 1995. Progressivement, les cotisations ont augmenté et ont été relayées par l'impôt : la CSG, fixée à 1,1% en 1990 à sa création, est passée à 7,5% à partir de 1998. Pendant ce temps, les remboursements ont diminué (de 70% à 65% en 1993 et certains médicaments, vignette bleue, à 40%). La précarité et le chômage ont amené la mise en place de minima sociaux, extrêmement faibles (Revenu Minimum d'Insertion en 1989 pour un million de bénéficiaires), Aide Médicale d'Etat pour les étrangers et Couverture Médicale Universelle en 1999 pour des personnes ayant moins de 566 € de revenu par mois (5 millions de personnes). D'un autre côté, 146 000 lits ont été supprimés entre 1990 et 1999 alors que les hôpitaux ont reçu 1,76 millions de malades en plus, d'où de graves problèmes sanitaires (par exemple les conséquences de la canicule ou l'engorgement des urgences).

Le gouvernement actuel s'est attaqué encore plus violemment aux bases du système.

Dans le cadre du programme de stabilité 2005-2007 remis à la Commission européenne, le gouvernement s'est engagé à équilibrer les comptes de la Sécurité sociale en réduisant de moitié la croissance des dépenses de santé. Concrètement, il a déjà abaissé de 65 à 35% le remboursement de 617 médicaments à Pâques 2003, 82 autres ont suivi en septembre 2003 et il s'apprête à faire la même chose avec 426 nouveaux médicaments dans les mois qui viennent. Pourtant ces mesures n'auront que peu de retombées financières positives pour la Sécu car les industries pharmaceutiques proposent depuis des médicaments de remplacement nouveaux, plus innovants et plus chers. Le forfait hospitalier, créé en 1983, est passé de 10,67 € à 13 € (mais à 9 € en

psychiatrie). Il a limité la possibilité d'accéder à l'AME en exigeant trois mois de résidence en France et un ticket modérateur couvrant le tiers des dépenses et imposé une carence de deux mois aux bénéficiaires de la CMU. Ces trois dernières mesures touchent directement les plus pauvres, les exclus du travail, ceux qui n'ont pas les moyens d'avoir une couverture complémentaire.

Pour ceux qui peuvent se payer une mutuelle ou une assurance complémentaire, la conséquence est une augmentation des cotisations. Par exemple, au 1^{er} janvier 2004, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale a majoré de 4% les cotisations des actifs et de 10% celles des retraités et elle ajoutera encore 6% à ces derniers le 1^{er} janvier 2005.

Une conquête sociale majeure remise en question

En mars 1944, le Conseil National de la Résistance adoptait les principes fondateurs de la Sécurité sociale : collective, solidaire et obligatoire. Les branches maladie et famille, depuis 1978, remplissent l'objectif d'universalité qui leur était fixé. La Sécu est contributive, c'est-à-dire que les cotisations sont liées au salaire et non au risque. Elle peut agir comme une assurance lorsqu'elle lie les revenus au salaire (retraite, indemnités journalières, de chômage). Enfin, elle est redistributive et solidaire pour ce qui est du remboursement des soins ou des allocations familiales qui sont indépendants des revenus.

L'assurance maladie repose ainsi sur une solidarité entre bien-portants et malades, chacun cotisant suivant ses revenus et étant secouru selon ses besoins.

Aujourd'hui il existe une conjonction entre, d'une part, une chute de 10% en vingt ans des revenus du travail par rapport aux richesses produites, l'augmentation du chômage et de la précarité, toutes choses qui induisent une baisse de recette pour la Sécu, et, d'autre part, la volonté politique défendue par l'OMC, la Commission européenne, le Medef, etc. de casser les régimes solidaires de protection sociale. Nous l'avons vu en 1993 et en 2003 pour les retraites : baisse très importante des retraites venant du régime général par répartition et création d'épargne retraite individuelle par capitalisation. La baisse des allocations de chômage, leur remise en cause par de nouvelles conditions en est un second exemple (intermittents, droits à l'Allocation Spécifique de Solidarité).

Les assurances privées, dopées par les injonctions de la pensée unique néolibérale, ont l'ambition de s'accaparer une part du budget géré jusqu'ici par la Cnam.

Des propositions malsaines et intéressées

La Fédération Française des Sociétés d'Assurance demande que l'optique, le dentaire et les prothèses auditives relèvent exclusivement d'une couverture privée. Cette proposition découle du fait que le régime général rembourse peu ces services. Cela pourrait n'être que le premier pas puisqu'elle souhaite pouvoir passer des contrats avec des professionnels de santé qui seraient rémunérés au nombre de patients traités sur une période donnée, développer ses services pour les petits risques (les gros risques restant du domaine de la Cnam).

Le Medef, lui, insiste sur la suppression des cotisations sociales (salariales et patronales) pour faire porter le poids du financement sur une CSG déductible en augmentation soit immédiatement pour tous, soit d'abord pour les retraités et les chômeurs. Il propose la mise en concurrence de la Cnam avec les compagnies d'assurance et les mutuelles sur la base « *d'un panier de soins auquel chaque Français aurait accès* ». Il faut entendre par là une restriction du nombre et de la qualité des soins qui seraient couverts. Il soutient la proposition gouvernementale de « *responsabiliser* », c'est-à-dire de faire payer les malades pour chaque ordonnance, chaque boîte de médicament. Afin d'alléger le remboursement des consultations et des médicaments, pallier la raréfaction des médecins, le Medef envisage que les actes médicaux de la vie courante soient assurés par des Bac + 3 ou 5 et que les médicaments sans dangerosité soient vendus par des officines dépourvues de pharmacien diplômé. Bien entendu, il souhaite faire contrôler les arrêts de travail et le classement en maladie de longue durée par des médecins salariés de la Sécurité sociale.

Madelin en remet une couche en avançant l'idée de libérer le prix des actes et des médicaments afin de créer « *une régularisation par les prix* ».

Pourtant, le modèle des USA n'est pas un modèle à suivre

Contrairement à ce qui se passe ici, le prix des médicaments est libre aux USA. Madelin n'invente rien. Afin de faire pression sur une montée des prix qui serait irrésistible sans cela, les compagnies d'assurance négocient avec l'industrie pharmaceutique et avec les praticiens, que leurs adhérents doivent consulter, « un panier de soins ». Le contrôle des prix passe par la limitation de ce panier de soins, du nombre de médicaments remboursés et de la quantité de soins. Les assurances peuvent ainsi obtenir de 20% à 50% de rabais pour leurs

adhérents, mais les 40 millions de personnes qui n'ont pas d'assurance maladie paient, elles, le prix public. Et comme elles font partie des plus pauvres...

Les primes d'assurance sont de plus en plus élevées : « *Le surcoût de la prise en charge par les assurances privées pourrait approcher les 50%.* » Les entreprises sont donc, maintenant, de plus en plus réticentes à payer pour leurs employés.

L'industrie pharmaceutique en concurrence avec les compagnies d'assurance fait de la publicité pour des médicaments vendus sur ordonnance et en dehors de ceux retenus par les assurances afin que les malades fassent pression sur les médecins. C'est ce qui a piloté la réforme du système mis en place pour les personnes âgées : Medicare ne pourra pas négocier le prix des médicaments. De fait, malgré les 400 milliards de dollars versés par l'Etat sur 10 ans, qui iront dans les caisses des industries pharmaceutiques et des assurances principalement, les franchises seront relevées de 10% dès 2007 et les médicaments ne devraient être remboursés qu'au niveau de 33% dans la pratique.

Les Américains dépensent 14% de leur PIB contre 9,5% en France pour un service moins bon et auquel les plus pauvres n'ont pas accès. Les seuls bénéficiaires sont les compagnies d'assurance et les industries pharmaceutiques. Où est le progrès ?

Cependant, afin de satisfaire les aspirations du privé, en France, le gouvernement fait appel à des experts « indépendants »

Chadelat, qui a fait ses classes chez AXA puis auprès de Juppé en 95, propose une Couverture Maladie Généralisée (CMG) constituée d'une Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'une Assurance Maladie Complémentaire dite de Base (AMCB). Cette CMG couvrirait un « panier de soins » défini par l'Etat. Elle ne serait donc plus universelle. Les remboursements seraient effectués par l'AMO ou par l'AMO/AMCB ou par l'AMCB, ou encore par une assurance individuelle supplémentaire. L'AMCB serait facultative mais aidée par l'Etat dans sa totalité 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. Cette aide concernerait les 5 millions de personnes bénéficiant de la CMU et 13,6 autres millions de personnes. Le rapport Chadelat entérine ainsi le renoncement au régime universel obligatoire et collectif, il institutionnalise l'assurance maladie complémentaire à la charge des assurés et assure l'intrusion des assurances privées. Il s'agit pour lui de diminuer la part prise par la Sécurité sociale et d'augmenter la part prise par le secteur privé.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, lui, a rempli sa tâche qui consistait à endormir les assurés sociaux. Pas de grands mots qui fâchent, un catastrophisme de circonstance et des idées semées au gré du vent : l'augmentation du ticket modérateur, l'instauration d'un prélèvement forfaitaire sur les boîtes de médicaments ou 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.

On ne touche pas à notre Sécu !

Les prédateurs sont perchés sur les ondes des médias en attendant que le gouvernement en ait fini d'amuser les assurés et les syndicats avec des consultations sans débouché possible. L'avenir de la Sécu, pour le gouvernement, est dicté par les appétits du Medef et des assureurs. A nous d'y mettre un terme.

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.* »

Nous devons nous lever pour conquérir le droit de vivre dans de bonnes conditions de travail (pénibilité, durée, risque, ergonomie, hiérarchie, précarité...) et dans de bonnes conditions de vie (pouvoir d'achat, alimentation, hygiène, logement, urbanisme, transports, pollution, loisirs...). Nous devons généraliser, renforcer la possibilité d'accéder aux soins et d'en être remboursé, d'obtenir des revenus de remplacement décentes lorsqu'on ne travaille pas (allocation de chômage, indemnités journalières, retraite).

Face à la pauvreté, à la précarité, aux humiliations patronales et gouvernementales, il est temps de créer les conditions d'une mobilisation générale dans une action irrésistible pour sauver la Sécu !

Michel Bonnard, 17-02-2004.