



La Sécurité sociale dans le collimateur du gouvernement

Après les retraites, l'assurance maladie ?

L'année 2003 restera une année historique en France pour l'ampleur des remises en cause de la protection sociale par le gouvernement. La branche retraites de la Sécurité sociale fut au cœur des affrontements du printemps dernier. Après les retraites, c'est maintenant le tour de l'assurance maladie. Par peur d'un nouveau mouvement social à la veille des élections aux conseils généraux et régionaux de 2004, le gouvernement semble ne plus vouloir passer en force à l'occasion de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Mais s'il prétend étaler son projet sur plusieurs mois, il est néanmoins décidé à faire adopter sa réforme coûte que coûte. La méthode est connue : parodie de concertation et de négociation étalée sur plusieurs mois avec les partenaires sociaux pour essayer d'endormir l'opinion, puis projet de loi voté le plus rapidement possible par une majorité aux ordres. Le tout est déjà préparé par un nombre de rapports réalisés sur injonction gouvernementale - rapport Berland sur la démographie médicale ; rapport Chadelat sur l'assurance maladie ; rapport Coulomb sur la médicalisation de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) -, auxquels on peut rajouter le plan « Hôpital 2007 » et la loi sur la santé publique.

La logique du projet libéral s'y exprime clairement : il s'agit d'accélérer la marchandisation de la santé et la privatisation de l'assurance-maladie en réduisant fortement la part de l'assurance maladie obligatoire au profit des complémentaires, avec, à la clef, la mainmise des assurances privées sur le marché des soins et une aggravation considérable des inégalités sociales en matière de santé.

Face à un tel projet, nous ne pouvons nous satisfaire de la défense du statu quo. D'abord parce qu'une situation dans laquelle les dépenses de santé augmentent sans aucune amélioration de l'efficacité du système n'est pas acceptable, l'assurance maladie étant trop souvent une « vache à lait » pour ceux qui veulent faire du profit sur la santé des citoyens. Mais, surtout, parce que le système de santé est aujourd'hui profondément inégalitaire, tant d'un point de vue social que territorial. La lutte contre ces inégalités doit être au cœur d'un projet de reconstruction d'une Sécurité sociale solidaire. Il nous faudra donc à la fois faire échec aux projets libéraux et imposer une véritable réforme de l'assurance maladie. Tels sont les enjeux des combats à venir dans lesquels Attac prendra toute sa place.

En moyenne, les dépenses de santé représentent 8 à 10 % du PIB dans les pays de l'OCDE, dont 74 % financés par des ressources publiques (taxes ou assurances sociale). En France, le budget de la protection sociale, 417 milliards d'euros est plus important que celui de l'Etat, 274 milliards d'euros (données 2003).

Les multinationales de l'assurance sont déterminées à s'approprier, pour les faire entrer dans le circuit financier, une part grandissante de ces sommes énormes qui restent encore sous la responsabilité du secteur non marchand. Les industriels de la santé et l'industrie des services, en particulier américains, influent aussi pour promouvoir l'extension des privatisations, la réforme des réglementations dans un sens qui favorise la concurrence, afin de profiter des réformes.

Sous leur impulsion, du niveau mondial aux niveaux européen et national, les attaques convergent pour casser les systèmes de solidarité et livrer au marché les secteurs les plus rentables.

Les organismes internationaux — Banque mondiale, FMI, OCDE, OMC — dominés par les mêmes acteurs, ont défini le rôle de l'Etat : Il est sommé d'abandonner aux marchés « toute une série de biens et services qui (...) se sont en quelque sorte égarés dans le domaine public comme l'enseignement supérieur, la médecine curative, les retraites et d'autres formes d'assurance ». Il convient de soulager l'Etat du « fardeau » que représente la protection sociale, par la privatisation, et « tirer des enseignements pratiques pour aider les gouvernements et les décideurs à instaurer un marché de l'assurance santé » (projet santé OCDE). Pour réaliser ce projet, les régimes d'assurance

doivent être clairement séparés des programmes d'aide, afin que l'Etat puisse les ouvrir au secteur privé et introduire la concurrence dans un domaine où il exerçait son monopole. Les plans d'ajustement structurel ne sont plus réservés aux pays pauvres.

La Commission européenne, au nom du Pacte de stabilité, pousse les Etats à respecter les critères de convergence du traité de Maastrich en réduisant leur budget. Elle dispose de divers outils : ses directives, comme celle sur les mutuelles, autorisant leur mise en concurrence avec les assurances privées, et le redoutable Accord générale sur le commerce des services (AGCS) qui, selon elle, doit « *aider les hommes d'affaires à faire avancer la libéralisation* ». Ainsi, dans toute l'Europe, avec la complicité des gouvernements, se mettent en place des mesures d'ajustement structurel qui peuvent prendre des formes un peu différentes, selon les pays et les rapports de forces du moment, mais obéissent à la même idéologie.

En France, il s'agit donc d'en découdre avec un système de protection sociale devenu « encombrant », selon la phraséologie de la Banque mondiale, et de se rapprocher du modèle américain. Pourtant, ce système de santé, à la fois le plus privatisé et le plus cher de l'OCDE (13,6 % du PIB), laisse 40 millions d'Américains sans couverture maladie.

Dégradation du droit à la santé

Il est clair que le gouvernement Raffarin a pour objectif de réduire les dépenses de santé socialisées (prises en charge par les régimes obligatoires) et de développer ainsi la part laissée au privé dans ce champ. Il n'y a plus de discours sur la maîtrise de l'évolution des dépenses, prises dans leur ensemble. Pourtant, une vraie question se pose et nécessite un débat démocratique : la France doit-elle consacrer un pourcentage de plus en plus important de ses richesses à la santé, les dépenses de santé augmentant plus vite que le produit intérieur brut (PIB) ? Quel arbitrage entre la santé et autres besoins (retraite, éducation, etc.) ? Le combat contre les projets du gouvernement ne doit pas occulter la réalité : la dégradation du droit à la santé. Il ne s'agit pas de défendre un système passé idyllique : c'est d'abord sur la critique de l'existant qu'Attac pourra participer à une mobilisation pour construire autrement.

Le présent document ne traite que de la question de l'accès à la protection. Il n'aborde donc pas d'autres sujets fondamentaux en matière de santé, comme ceux de la prévention ou de l'organisation des soins, etc.

Globalement, en France, les dépenses de soins (136 milliards d'euros) sont prises en charge aux trois quarts par les régimes obligatoires de Sécurité sociale ; pour 13 % par les organismes complémentaires, et pour 11% directement par les ménages. Derrière ces chiffres, une forte disparité existe entre les dépenses hospitalières, remboursées à plus de 90 % par la Sécurité sociale, et les soins dentaires pris en charge à 35 % par celle-ci. Et chacun sait que le mauvais remboursement des lunettes ou des couronnes dentaires ne date pas d'aujourd'hui. Un autre fait est la disparité de consommations de soins : 5 % des personnes consomment 51 % des dépenses, 10 % en consomment 64 %. Les personnes âgées sont particulièrement concernées par des dépenses importantes, ce qui est bien légitime.

La situation financière de la branche maladie du régime général est très dégradée (prévision de déficit cumulé fin 2003 autour

de 15 milliards d'euros). C'est le résultat de recettes qui évoluent moins rapidement que prévu (en raison de la situation économique) et de dépenses qui progressent à un rythme annuel de 8 %. Cette forte progression est essentiellement due à la médecine de ville et non à l'hôpital (45 % des dépenses).

Face à ce déséquilibre, le gouvernement accepte les augmentations des tarifs de médecins et diminue le remboursement de médicaments : il transfère ainsi les dépenses socialisées vers les complémentaires santé ou les ménages. Le gouvernement envisage même de transférer l'essentiel du "remboursement" de cette dette aux générations futures par le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Un système à plusieurs vitesses

Sur les dix dernières années, la prise en charge des dépenses de santé est restée pratiquement stable pour la Sécurité sociale (75 %), alors que la part des complémentaires a augmenté (de 9 à 11 %). Ce marché des « complémentaires santé » pèse 19 milliards d'euros (montant des cotisations ou primes) répartis à 60 % pour les mutuelles, 20 % pour les sociétés d'assurance et 20% pour la prévoyance collective d'entreprise cogérée par les syndicats et le patronat. Ce marché, comme tout marché, est profondément inégalitaire. La moitié des personnes couvertes par les complémentaires santé l'est par le biais de contrats collectifs

Professionnels de santé : une situation absurde

La situation actuelle de couverture du territoire par les professionnels de santé montre la gabegie, pour la collectivité, et la nuisance, pour les patients potentiels, quand se conjuguent pression du marché pour accroître la consommation des biens de santé et régulation comptable aveugle.

Pendant des décennies, aucune règle n'a encadré la délivrance des prescriptions ni la consommation des biens de santé, poussant ainsi à une prolifération anarchique du nombre de professionnels de santé et de leurs actes et prescriptions dans les secteurs privés (pour le plus grand bénéfice des laboratoires pharmaceutiques et équipementiers de biens). Puis une régulation comptable imposa un *numerus clausus* aveugle pour les étudiants des écoles et universités formant les professionnels de santé.

Résultat : pénurie de médecins, sauf dans les grandes agglomérations et sur la Côte d'Azur (autant de dermatologues dans les Alpes-Maritimes que dans tout le Royaume-Uni), pénurie d'infirmières et d'autres auxiliaires médicaux, mise en cause du fonctionnement des hôpitaux publics par manque de médecins et d'infirmières et, toujours, hyperconsommation d'actes et de prescriptions. A quand une régulation sur tout le territoire ?

d'entreprise gérés par des mutuelles, des assurances ou des institutions de prévoyance. Ces contrats collectifs font participer chacun d'une manière proportionnelle à ses revenus, et la couverture offerte est en général de bon niveau ; ils peuvent être facultatifs (50 %) ou obligatoires (50 %). Dans ce dernier cas, ils donnent droit à des avantages fiscaux et à des réductions de l'assiette des cotisations sociales pour les entreprises et les salariés concernés.

Il en va tout autrement des contrats individuels où c'est la jungle complète : on paie davantage en fonction de son âge et du nombre d'enfants à charge ; les cotisations ne sont pas liées aux revenus et aucun avantage fiscal n'est prévu en contrepartie. C'est dans cette situation que se retrouvent la plupart des salariés sortant des contrats collectifs (licenciement ou retraite).

Ainsi, une famille avec deux enfants doit déboursier plus de 100 euros par mois pour un contrat « moyen ». En dehors des plus pauvres, couverts par la CMU complémentaire (4,5 millions de personnes dont la moitié sont des bénéficiaires du RMI), on estime que 5 % de la population ne dispose pas de complémentaire santé, du fait de son coût. Mais, au-delà, la diversité des contrats proposés est infinie : les complémentaires santé proposent ainsi des contrats ne couvrant que le « gros risque » (contrats peu chers car couvrant essentiellement l'hôpital déjà pris en charge majoritairement par la Sécurité sociale) et excluant le remboursement des médicaments et de la médecine. On ne dispose malheureusement que de peu d'informations sur les inégalités de couvertures complémentaires. En 2000, le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) a cependant montré que la qualité de la couverture complémentaire est directement liée aux revenus des ménages.

C'est ce système à deux vitesses que propose d'aménager le rapport Chadelat, en l'améliorant par une aide financière versée par l'Etat pour l'acquisition d'une complémentaire. Il institue ainsi définitivement cette couverture à plusieurs vitesses.

Le nécessaire retour au collectif

Le pivot de l'accès aux soins doit être la solidarité. Imagine-t-on de rendre facultatives les cotisations finançant les prestations familiales ? Les plus jeunes financent d'abord le système de protection sociale santé... avant d'en bénéficier eux-mêmes une fois âgés ; ceux qui sont en bonne santé... avant d'être malades. C'est donc le caractère obligatoire de l'adhésion qui permet à la solidarité d'exister.

Le recours au privé (au marché), y compris par les mutuelles, c'est, au mieux, la solidarité limitée (ainsi deux tiers des mutuelles refusent de prendre des bénéficiaires de la CMU), au pire l'exclusion.

Même dans le cadre des engagements européens, rien n'interdit d'augmenter la part des dépenses socialisées (Sécurité sociale). C'est seulement le déficit qui est limité par les critères de convergence.

D'autres voies existent que celles explorées par les gouvernements depuis une quinzaine d'années. Pour Attac, toute solution légitime passe par :

- un débat public et des élections aux caisses de Sécurité sociale (abandonnées depuis 1983), seules capables de répondre au divorce grandissant entre les citoyens et la représentation nationale ;

- le renforcement du régime d'assurance obligatoire avec, au lieu du recul programmé par le gouvernement, éventuellement l'incorporation des mutuelles dans ce régime (analogie avec les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC pour les retraites) ;

- l'application du principe de la stricte séparation entre la sphère publique (assurance maladie obligatoire et assurance

complémentaire), et la sphère privée marchande obéissant à la logique du marché ;

- la prise en compte de la dimension sociale dans la loi de santé publique.

Un nouveau rôle pour les mutuelles

On peut faire remonter leur origine aux Sociétés de secours mutuel, apparues en France dès le début du XIXe siècle et légalisées en 1852, nées de la pratique de la solidarité ouvrière. Les mutuelles offrent des secours aux malades, aux handicapés par accident du travail ou par l'âge, aux chômeurs et à leurs familles, grâce à des cotisations volontaires prélevées d'une manière égalitaire.

Elles ont contribué ainsi à la mise en place d'une assurance maladie collective obligatoire, pour le régime général de Sécurité sociale appliqué aux salariés en 1945, mais elles ont été écartées de la constitution du réseau de caisses publiques obligatoires.

Elles se sont pourtant développées ensuite comme assurances complémentaires à cause de l'insuffisance des prises en charge du régime obligatoire d'assurance maladie, en complétant tout ou partie du « ticket modérateur » laissé à la charge des assurés, favorisées souvent par le développement des accords d'entreprise participant au financement des cotisations individuelles.

Elles sont enfin entrées dans les régimes obligatoires d'assurance maladie des professions agricoles (1961) et des professions indépendantes (1966). Elles ont complété, pour la plupart, l'élargissement du ticket modérateur, décidé depuis ces 40 dernières années par les gouvernements successifs de droite et de gauche. Cela c'est traduit par une augmentation régulière de leurs cotisations.

Le rapport Chadelat d'avril 2003 propose, pour réduire d'une manière drastique les dépenses de l'assurance maladie obligatoire, de transférer une grande partie des prises en charge, soit par l'augmentation du ticket modérateur (d'où augmentation de la part des mutuelles dans ce système de co-paiement), soit par l'abandon total de soins et prestations.

Pour atténuer cet effet, il propose un crédit d'impôt plafonné, vieille revendication de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), mais cette mesure pérenniserait l'accès aux soins à plusieurs vitesses, puisque nombre de familles, à cause du caractère facultatif de l'adhésion, n'accéderaient pas à cette couverture maladie complémentaire, ayant à faire un choix dans les dépenses du ménage considérées comme prioritaires.

Mais l'effet pervers de l'augmentation du champ de prise en charge des prestations de santé par l'assurance complémentaire est d'ouvrir la porte toute grande aux assurances privées qui, en présentant des produits d'assurances attractifs, en sélectionnant les risques (selon l'âge et l'état de santé), marginaliseront à terme les mutuelles si elles continuent à pratiquer la solidarité dans les montants de cotisations pour les prises en charge.

Il n'y a qu'une voie pour parer à cette entreprise de marchandisation des biens de santé par les assurances lucratives :

- étendre la prise en charge, par le régime obligatoire de l'assurance maladie, de l'ensemble des prestations et biens de santé, considérés comme nécessaires par les représentants élus des usagers, et de la totalité de leur montant, par des prélèvements obli-

gatoires, essentiellement sur les revenus du travail ou élargis à des prélèvements de nature fiscale ;

- proposer aux mutuelles qui le souhaitent d'entrer dans ce régime obligatoire d'assurance maladie pour prendre en charge les institutions et établissements de prévoyance, les établissements de soins de réadaptation, les réseaux de complément de soins (prothèses et appareillages), les soins de prévention et d'éducation sanitaire qui découlent au mieux de leur vocation de solidarité à partir des réseaux qu'elles ont déjà mis en place.

L'entrée dans le régime obligatoire d'assurance maladie pour ces prestations spécifiques (à la manière actuelle du régime agricole et du régime des indépendants), leur permettrait d'être protégées de la concurrence déloyale des assurances lucratives par le droit européen qui donne la possibilité aux Etats d'organiser comme ils l'entendent les régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Un nouveau Code de la mutualité pérenniserait ces dispositions et abolirait les effets de la réforme Jospin qui, depuis 2002, soumet les mutuelles au marché concurrentiel du Code des assurances.

Ce serait la même démarche que celle qu'ont faite, en leur temps, les institutions de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC, d'entrer dans le régime obligatoire de Sécurité sociale pour se protéger du marché concurrentiel.

Comment se fabrique le « trou » de la Sécu :

Pour faire passer la contre-réforme de l'assurance maladie, les néo libéraux nous servent l'argument suivant : « Il y a un trou de la Sécu, il faut bien le traiter sérieusement ».

Pour que notre critique soit pertinente, il convient de réfuter les prémisses de cet argument. Plusieurs considérations doivent être appelées. D'abord, il faut rappeler qu'en 1972, c'est-à-dire avant le début de la révolution néo libérale née après les crises pétrolière et monétaire, le montant des salaires et cotisations sociales représentait 73.2 % du produit intérieur brut (PIB), qui représente la richesse créée en une année.

Trente ans plus tard, cette part n'est plus que de 68.7 % pour un PIB de 1 559 milliards d'euros (prévisions 2003). C'est-à-dire que durant cette période, l'augmentation de la productivité a alimenté le profit au détriment des salaires et cotisations sociales. Le différentiel (près de 80 milliards d'euros) est déjà bien supérieur à tous les déficits présentés de la Sécu. Il suffirait donc de faire bouger le curseur par une politique solidaire.

Il faut ajouter que pendant cette même période, le chômage réel a progressé pour atteindre 10 % de la population active ce qui a diminué la masse salariale, et a donc entraîné un déficit de cotisations sociales versées aux caisses de Sécurité Sociale. Par ailleurs, la récente chute de la Bourse, qui a entraîné la chute de la part des recettes de la CSG reposant sur les revenus du capital, a accentué le ralentissement des recettes sociales.

Mais il y a plus : les 36 mesures d'exonérations de cotisations sociales décidées par les pouvoirs publics, au prétexte d'agir pour l'emploi, ne sont pas toutes compensées par l'Etat ; ce qui occasionne une perte de recettes de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euros.

Quant à l'affectation des douze impôts et taxes, qui participent au financement de la Sécu, les modifications fréquentes de l'affectation de ces ressources vont souvent dans le sens d'une diminution des recettes et obscurcissent le débat public.

Si maintenant, nous regardons les dépenses, nous pourrions nous réjouir de leur augmentation, si elles avaient contribué à l'égal accès aux soins. Malheureusement, cette progression dans un cadre néo libéral, a accru les inégalités de santé et a été affectée en fonction des rapports de force des différents groupes professionnels, et non en fonction d'une politique solidaire en matière d'assurance maladie.

Il convient donc autant de s'opposer à la contre-réforme Mattei, qu'à repenser le dispositif de l'assurance maladie. Ce sera l'objet d'un autre document Attac.

A lire

Le Complexe médico-industriel. - Jean-Claude Salomon, 2,5 euros (2 euros pour les comités). Depuis une trentaine d'années, dans tous les pays développés, les systèmes de santé ont subi de profondes transformations dues à l'emprise croissante des lobbies et des intérêts privés sur les politiques publiques. par analogie avec le « complexe militaro-industriel ». C'est lui qui dicte les pratiques médicales en transformant maladie et santé en marché pour consommateurs de soins et de médicaments. Ce véritable hold-up financier, que cet ouvrage analyse dans le détail, remet en cause des acquis de civilisation. Contre la capacité des multinationales de la pharmacie, une autre logique, celle du bien commun, est possible. ses contours en sont ici esquissés.

Pour contacter la commission santé d'Attac qui prépare les décisions du conseil d'administration dans son domaine :

- courriel : sante@attac.org

- tél. : 01 53 60 92 40, qui vous aiguillera sur Bernard Teper, Coordonnateur ou sur l'animateur de la commission.