

Extrait du Démocratie & Socialisme

<http://www.democratie-socialisme.fr>

Le tchatteur thatchérien

Douste-Blazy, ministre anesthésiste !

- Social - Santé, Sécurité Sociale -

Date de mise en ligne : mercredi 26 mai 2004

Démocratie & Socialisme

Lors de son intervention télévisée du 17 mai, le nouveau ministre chiraquien de la Santé avait une mission bien précise à remplir : culpabiliser les Français puis les endormir en leur laissant croire que l'essentiel de la contre-réforme libérale de l'assurance-maladie se résumerait à une franchise d'un euro par consultation.

Nous étions loin du Juppé « droit dans ses bottes » de 1995 ou même du Mattei de 2003. Nous avions en face de nous un bonimenteur, la larme à l'oeil en parlant des « mamans » et des « aides soins dont on ne dira jamais assez le dévouement... » mais dont l'objectif était d'éviter d'aborder tout ce qui pouvait montrer la vraie nature de l'offensive du gouvernement Raffarin III pour nous voler notre Sécu.

Douste-Blazy n'a pas dit un mot du plan « Hôpital 2007 » qui programme l'exclusion de milliers de malades du secteur hospitalier et détériorera profondément les conditions de travail de ces « aides soins » dont le sort le faisait larmoyer. La gestion de l'assurance-maladie est évoquée au détour d'une phrase. La place des mutuelles et des sociétés d'assurance, déterminante pour l'avenir de l'assurance-maladie, est complètement passée sous silence. Le terme de « panier de soins » (ou de « périmètre de soins », ce qui revient au même) est soigneusement évité alors qu'il constitue l'arme maîtresse des libéraux pour privatiser notre assurance maladie...

Culpabiliser les Français

Le ministre chiraquien y est de nouveau allé de son couplet sur la « fraude » à la Carte Vitale. Pourtant, selon la CNAMTS, l'utilisation des dix millions de cartes Vitale supplémentaires représente en tout et pour tout une perte de 20 millions d'euros par an pour l'assurance-maladie et n'explique donc en rien le déficit de 11 milliards d'euros. Mais là n'est pas la question pour le ministre chiraquien : l'important est de culpabiliser les assurés sociaux. Mettre en avant l'arbre de la carte vitale pour cacher la forêt du recul des cotisations patronales, des profits de l'industrie pharmaceutique et du paiement à l'acte des médecins libéraux.

Insister sur l'accroissement du nombre d'arrêts de travail a la même fonction. Il est vrai que le nombre d'arrêts de travail est en augmentation et représente une dépense annuelle de 1,2 milliards d'euros supplémentaires si l'on compare la moyenne des années 1990 et celle des années 2000. Mais pour qui ne vit pas dans un monde à la Walt Disney et connaît l'incroyable dégradation des conditions de travail dans les entreprises : cela n'a rien d'étonnant. M. Douste-Blazy ne peut pas ignorer que cette augmentation concerne en grande partie les salariés âgés de 55 à 60 ans. Mais peut-il s'en étonner ? Il n'existe plus dans les entreprises (qu'elles soient dans le secteur industriel ou celui des services) de postes de travail où la pression est moins forte et où il serait possible qu'un salarié puisse terminer un peu plus tranquillement sa carrière. Les salariés de plus de 55 ans ont de plus en plus de difficultés à « tenir le coup » alors même que les libéraux affirment que la réforme Fillon des retraites leur « permettra » de travailler jusqu'à 65 ans !

Le contrôle des arrêts de travail que veut instaurer le gouvernement ignore cette réalité dramatique et risque de se révéler aussi, en fin de compte, beaucoup plus coûteux pour l'assurance-maladie lorsque des pathologies lourdes se seront installées chez tous les salariés pour qui les arrêts maladies étaient le meilleur des remèdes.

La trompe de l'éléphant

Il y a toujours, avec les contre-réformes des libéraux, un moment d'étonnement : celui où après avoir dramatisé au maximum la situation (fatalité démographique, déficit abyssal, structurel...) ils nous expliquent, sans rire, que la réforme qu'ils proposent n'aura rien de douloureux. Nous en étions là, lundi 17 mai, lors du show télévisé de M. Douste-Blazy. Lundi, le ministre de la Santé nous avait présenté la trompe de l'éléphant.

Depuis, les choses ont déjà commencé à évoluer et l'éléphant qui trônait derrière cette trompe a commencé à apparaître.

Nous avons ainsi appris que le forfait hospitalier allait augmenter et passer de 13 euros à 14 euros par jour. Il avait déjà augmenté de 2,33 euros en septembre 2003.

Nous avons été informés que la CSG n'allait pas augmenter seulement pour les retraités mais aussi pour les salariés. Certes, son taux ne subirait pas de hausse, mais son assiette s'élargirait (passant de 95 % à 97 % du salaire brut), ce qui revient exactement au même.

C'est le président du Medef en personne qui nous a annoncé la nomination d'un directeur de l'assurance-maladie « inamovible pendant cinq ans » et dotés d'importants pouvoirs.

Et nous n'en sommes qu'au début. Au fur et à mesure des discussions avec les syndicats, les mutuelles, les médecins, le patronat... Douste-Blazy précisera son plan.

Comme pour les retraits, lorsque la loi sera votée, elle sera encore pire que les mesures annoncées et lorsque les décrets d'application interviendront, ils alourdiront encore l'addition pour les salariés.

Aujourd'hui, le seul document un peu précis remis par le Gouvernement est la « Note d'orientation sur la réforme de l'assurance maladie ». Cette note a été remise aux organisations syndicales lors des rencontres bilatérales du 18 mai.

« Une nouvelle gouvernance pour l'assurance maladie »

Pour les Chiraquiens, le système issu de l'ordonnance du 4 octobre 1945 a vécu. Le Parlement ayant, en effet, été amené à intervenir de manière croissante « dans la fixation des principaux objectifs de la politique de santé et des grands équilibres économiques des régimes sociaux ».

Douste-Blazy propose donc, dans sa « Note d'orientation » un « paritarisme rénové ».

L'Etat fixe « les grandes orientations ». Il doit également « garantir l'accès à tous de soins de qualité ».

Une Haute autorité de santé établira l'évaluation scientifique des pratiques médicales. Elle fera des propositions à l'Etat et aux gestionnaires de l'Assurance-maladie pour déterminer les actes et médicaments admis au remboursement.

Cette Haute autorité est censée être indépendante. Pourtant, les 12 « sages » qui composeront son collège de direction seront nommés par le président de la République, le Président de l'Assemblée Nationale, celui du Sénat et celui du Président du comité économique et sociale. Un gage certain d'indépendance...

Une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sera créée. Elle sera dirigée par un conseil d'orientation issue des caisses des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM) et par un directeur.

C'est le directeur de la CAMTS qui assurera la direction de l'UNCAM. Il sera nommé par le Conseil des ministres mais le conseil d'orientation disposera d'un pouvoir d'opposition sur cette nomination.

Les gestionnaires de l'assurance maladie se verraient confier d'importante responsabilité dans la fixation de la liste des actes et des médicaments admis au remboursement.

L'Etat serait ainsi gagnant sur tous les tableaux. Il ferait prendre à l'assurance-maladie la responsabilité des déremboursements de soins et d'actes médicaux et n'en supporterait donc pas l'impopularité. Mais, en nommant le directeur de l'UNCAM, il garde la mainmise sur la gestion de l'Assurance maladie.

Cette situation ne ferait qu'entériner la dérive actuelle où les gestionnaires de l'assurance-maladie n'ont aucun poids parce qu'ils n'ont aucune légitimité et ils n'ont aucune légitimité parce qu'ils ne sont pas élus.

Les assurances complémentaires feraient leur entrée dans la gestion de l'Assurance maladie. La note d'orientation précise, en effet : « Les régimes d'assurance maladie, en particulier la CNAMTS, n'assumeront pas seuls cette délégation de gestion nouvelle et élargie. Ils devront s'appuyer sur un partenariat avec les organisations des couvertures complémentaires. Ces organismes d'assurance complémentaire devraient se regrouper en une union des organismes complémentaires qui serait « associée aux décisions prises par l'UNCAM, en matière d'admission au remboursement et de fixation des taux ».

Le double mouvement d'étatisation et de privatisation de notre assurance-maladie subirait là une impulsion décisive.

Des mesures qui frappent, pour l'essentiel, les assurés sociaux

Si l'on croit M. Douste-Blazy, les mesures qu'ils préconisent sont équilibrées et frapperont aussi bien le patronat que le salariat. On a beau se frotter les yeux, on ne voit pas bien où est cet équilibre.

Les assurés sociaux subiront une franchise de un euro par consultation ce qui leur coûterait 800 millions d'euros par an.

Leurs arrêts de travail seront étroitement contrôlés et représenteraient une économie de 800 millions d'euros chaque année pour l'assurance-maladie. Ce chiffre indique clairement que nous sommes très loin de ce qu'annonçait M. Douste-Blazy lorsqu'il proposait de sanctionner les « deux ou trois » médecins qui commettent des « abus » dans chaque département...La CSG des retraités (payant l'impôt sur le revenu) augmentera de 0,4 %. Cela coûterait 450 millions d'euros aux retraités.

La contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sera augmentée et/ou prolongée après 2014, sans doute jusqu'en 2024. Le total de ce qui serait facturé aux assurés sociaux s'élève donc à 2 milliards par an, sans tenir compte du remboursement de la dette et des renoncements aux soins impliqués par la franchise de 1 euro.

En contrepartie, nous dit le Ministre de M. Raffarin, le patronat verra le taux de la Contribution spécifique de solidarité sur les sociétés (C3S) passer de 0,13 % à 0,16 % du chiffre d'affaire des sociétés. Cela représente 750 millions d'euros par an. Ce n'est pas avec cette somme dérisoire que les salaires pourront regagner les 9 points de la richesse créée chaque année dans les entreprises : plus de 120 milliards d'euros.

2 milliards pour le salariat et 750 millions pour le patronat : le compte n'y est pas. Il y est d'autant moins que si l'on peut être sûr que le patronat n'aura rien de plus à payer, il n'en ira pas de même pour le salariat, dont on apprend chaque jour une nouvelle forme de mise à contribution.

L'Etat y serait aussi de sa poche et verserait 1 milliard d'euros à l'assurance maladie. En réalité, l'Etat ne fera là que rendre à l'assurance maladie une ressource (la Contribution sur les bénéfiques) qu'il avait détourné à son profit en 2003, augmentant ainsi allégrement de 1 milliards d'euros le déficit de l'assurance-maladie.

Quant aux médecins libéraux, ils pourront continuer à s'installer où bon leur semble, même s'il y a aujourd'hui 220 spécialistes pour 100 000 habitants dans la région PACA contre 110 en Picardie et 70 en Lozère ou en Haute-Loire. Seules des incitations financières leur seront proposées. Mieux, les médecins spécialistes dont les patients ne passeront pas par un médecin « traitant » pourront augmenter leurs honoraires. Tout cela après le passage à 20 euros de la consultation des généralistes en mai 2002 et l'augmentation de 2,23 euros de la consultation de 35 000 spécialistes en septembre 2003.

Des mesures inacceptables

L'instauration d'une franchise de 1 euro par consultation est extrêmement dangereuse. Il s'agit de 1 euro aujourd'hui, mais qui peut garantir que cette franchise n'augmentera pas. Lors de son instauration, le forfait hospitalier s'élevait à l'équivalent de 3 euros. Il est aujourd'hui à 13 euros par jour d'hospitalisation. Il sera demain à 14 euros. Il est évident qu'il s'agit là de la porte ouverte à un déremboursement progressif des consultations médicales.

L'augmentation de 0,4 % de la CSG d'une bonne moitié des retraités se traduira par une perte nette de pouvoir d'achat pour ces derniers puisque le montant de leurs retraites est indexé sur les prix. Rien de garanti, d'ailleurs, que les chômeurs ne soient pas, eux aussi, frappés d'une telle mesure. C'est en tous les cas ce que suggérait le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Vraisemblablement, le gouvernement échaudé par les « recalculés de l'UNEDIC et les intermittents du spectacle, ne veut-il pas en rajouter tout de suite. Mais les chômeurs ne perdent malheureusement rien pour attendre... La note d'orientation prévoit d'ailleurs que « la CSG serait par ailleurs relevée d'environ point en ce qui concerne les revenus de remplacement ». Or, les allocations chômage sont des revenus de remplacement.

La combinaison entre, d'une part, l'instauration d'un médecin « traitant » passage obligé pour aller consulter un médecin spécialiste sans payer plus que le tarif et, d'autre part, la possibilité pour les médecins spécialistes d'augmenter le tarif de leur consultation lorsque le patient ne passera pas par un médecin traitant ouvre la porte à

une médecine à deux vitesses. Dans quelques années, la situation risque fort, en effet, de ressembler à celles de certains hôpitaux où il faut attendre trois mois pour une consultation dans le secteur public alors qu'une semaine suffit à celui qui peut payer les suppléments d'honoraires de la consultation dans le secteur privé.

Des mesures qui ne combleraient pas le déficit de l'assurance-maladie

M. Douste-Blazy annonce une économie de 16 milliards d'euros en 2007.

Cette économie de 16 milliards d'euros ne comblerait pas, selon les chiffres avancés par les libéraux eux-mêmes, le déficit de 2007 qui devrait s'élever à 20 milliards d'euros si rien ne changeait. Il resterait donc encore 4 milliards d'euros à trouver.

Nous avons déjà calculé, par ailleurs, que les annonces du ministre de la Santé, le 17 mai, représentaient 2 milliards d'euros pour le salariat et 750 millions d'euros pour le patronat. Mais avec 2,75 milliards d'euros, nous sommes loin des 16 milliards d'euros annoncés. Où Douste-Blazy trouvera-t-il les 13,25 milliards d'euros manquant ?

C'est le changement des pratiques lié à l'instauration du médecin traitant et au dossier médical informatisé (évitant les doublons des soins, d'examens, d'analyses...) qui devrait y pourvoir pour près de 10 milliards d'euros. Un tel chiffre relève de la méthode Coué et repose sur l'hypothèse d'un changement de comportement lorsque les dépenses de santé mise à la charge des assurés sociaux augmentent. Ce changement n'a rien à voir avec la réalité observée dans d'autres pays. Celle des pays scandinaves où les soins sont le plus souvent gratuits mais où les dépenses de santé par habitant sont inférieures à celle de notre pays. Celle des USA où les patients ont à leur charge 22 % des dépenses de soins sont à la charge des ménages (contre 11 % en France) ce qui n'empêche pas les Etats-Unis de dépenser 4 900 \$ par an et par habitant pour la santé contre 2 100 \$ en France. La res-pon-sa-bi-li-sa-tion dont M. Douste-Blazy nous a rebattu les oreilles : ça ne marche pas !

Quant à la généralisation des « bonnes pratiques médicales » dont le ministre de la Santé attend des miracles et, en tous les cas, des milliards d'économie, il ne faut pas rêver. Pourquoi la Haute autorité de santé réussirait-elle là où l'Agence nationale d'évaluation (Anaes) a échoué ? Les mesures préconisées par Douste-Blazy ont déjà été mises en oeuvre lors de la réforme Evin de 1993 et les mesures Juppé de 1996. La première s'appuyait sur le dialogue avec les professionnels de santé, la seconde sur la coercition, mais aucune des deux n'a eu d'effets tangibles.

Pourquoi en serait-il autrement aujourd'hui alors que les gouvernements de M. Raffarin ont déjà montré qu'ils cédaient avec beaucoup d'enthousiasme aux revendications des syndicats de médecins libéraux les plus ultras ? Reste le développement des médicaments génériques. M. Douste-Blazy a annoncé, le 17 mai, qu'il allait faire passer « de 15 à 10 ans » le délai permettant à un médicament de devenir un générique. Mais que signifie ce délai de 15 à 10 ans ? Quel est son point de départ ? Si ce point de départ est le dépôt du brevet pour un médicament, le délai n'est pas de 15 ans puisque c'est pendant 20 ans que le dépôt du brevet protège la propriété intellectuelle du laboratoire qui a conçu le médicament. Si ce point de départ est l'autorisation de mise sur le marché qui a lieu, en règle générale, environ 10 ans après le dépôt du brevet, le délai dont parle M. Blazy n'est déjà plus que de 10 ans... Où serait, dans ces conditions, l'économie annoncée.

Au cours des cinq prochaines années, 65 médicaments parmi les plus prescrits ne vont plus être protégés par des brevets et devraient pouvoir être « génériques » et vendus beaucoup moins cher. Pourquoi ne pas alors, appliquer le principe simple proposé par Béatrice Majnoni d'Intignano (Le Figaro du 21 mai 2004) : « Rembourser tous les produits ayant un générique au prix de ce générique et laisser le malade choisir entre un produit de marque plus cher et le générique, comme le font les Allemands avec succès depuis 1989 ? »

Et s'il veut vraiment faire baisser le prix des médicaments, encore faudrait-il que M. Douste-Blazy remette en question l'accord signé au début de 2004 entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique. Cet accord-cadre, en effet, selon le président du Leem (Les entreprises du médicament) lui-même « confère aux laboratoires l'initiative de la fixation du prix » à condition qu'il soit « cohérent avec ceux pratiqués en Europe »... Voilà qui est contraignant pour l'industrie pharmaceutique ! Curieusement, le ministre de la Santé n'a pas dit un mot de cet accord...

Les vraies causes du déficit sont ignorées

Les mesures préconisées par M. Douste-Blazy ne permettront pas de résorber le déficit de l'assurance maladie : une grande partie de ces mesures relevant de la poudre aux yeux.

Il ne pouvait en être autrement, les Chiraquiens refusant de s'attaquer aux causes réelles de ce déficit. Ces causes ne sont pourtant pas difficiles à trouver.

La politique économique et sociale du gouvernement, tout d'abord. Alors que la gauche avait créé 1,8 millions d'emplois, la droite a fait diminuer le nombre net d'emploi (- 60 000 en 2003) pour la première fois depuis 12 ans. Les ressources de l'assurance maladie ne pouvaient donc que se réduire.

Les exonérations de cotisations patronales non compensées par l'Etat : plus d'un milliard d'euro par an pour la seule Assurance maladie.

Les frais d'accidents du travail et de maladies professionnelles que le patronat refuse de reconnaître et qui se retrouvent alors indûment à la charge de l'Assurance-maladie.

Le refus du patronat d'augmenter le taux de ses cotisations sociales alors que les salaires (directs et cotisations sociales) ont perdu 9 points depuis 1980 dans le partage des richesses créées chaque année par les entreprises. C'est plus de 120 milliards d'euros qui sont ainsi passés de la poche des salariés à celle du patronat. Cette situation insupportable. Il ne sera pas possible de stabiliser notre système d'assurance maladie solidaire, nos retraites, sans rééquilibrer ce partage au profit des salaires.

En 2001, les dépenses de soins ont augmenté de 5,8 %. Mais les dépenses de médicaments ont augmenté de 8,3 %, celle des « autres biens médicaux » (biberons jetables, prothèses, imagerie médicale...) de 11,8 %. Une autre politique des « autres biens médicaux » et du médicament s'impose. Elle doit être d'une toute autre efficacité que les mesures cosmétiques préconisées par le docteur Douste.

Le déficit de l'assurance maladie est un déficit construit, renforcé en 2002 et 2003 par les augmentations de tarifs accordés aux médecins libéraux généralistes et spécialistes.

Les mesures de M. Douste-Blazy ne permettront pas de le résorber. L'Assurance-maladie se verra contrainte (c'est ce qu'indique le projet de Douste-Blazy) de diminuer le périmètre des soins remboursés par l'Assurance maladie afin d'équilibrer les comptes. Les assurances complémentaires verront alors leur participation au financement des dépenses de soins augmenter. Et comme la loi que veulent nous imposer les Chiraquiens leur aurait déjà permis d'être associées à la gestion de l'assurance-maladie, la privatisation de notre système de santé, sa domination par les assurances privées, comme au USA, serait en bonne voie...

Un gouvernement illégitime et qui le sait

Le profil bas de M. Douste-Blazy lors de sa prestation télévisée avait pour objectif de tromper les Français en faisant apparaître comme presque indolore la contre-réforme destinée à nous voler notre Sécurité sociale.

Mais ce profil bas est aussi le signe de la faiblesse de ce gouvernement qui se sait illégitime puisqu'il ne veut rien changer à sa politique libérale et que cette politique libérale a massivement été rejetée le 28 mars par une grande majorité des Français.

Il n'est pas sûr du tout que les Français apprécieront que le lundi 17 mai, M. Douste-Blazy se soit payé leur tête en leur laissant croire que sa « réforme » de l'assurance-maladie se limitait à un euro supplémentaire par consultation. Le retour du bâton risque fort d'être douloureux pour le gouvernement. Mais ce dernier fait le gros dos, un oeil fixé sur le 13 juin (les élections européennes) et l'autre sur le 1er juillet (les départs en vacances) en se disant qu'il n'y a plus que les élections européennes et qu'après il aura les mains libres pendant trois ans pour imposer la privatisation de l'assurance-maladie.

Il paraît donc nécessaire, le 13 juin prochain, lors des élections européennes ne pas hésiter à remettre une claque encore plus magistrale à la droite.

Il paraît tout aussi nécessaire (les urnes et la rue sont complémentaires) d'agir pour la mobilisation unitaire de tous ceux qui refusent leur soit volée leur Sécurité sociale. La manifestation unitaire du 5 juin est la première étape de cette mobilisation : elle doit être massive et commencer à faire reculer Raffarin.

Jean-Jacques Chavigné