

Extrait du Démocratie & Socialisme

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

Ce qu'Obama essaie de construire là-bas, Sarkozy essaie
de le détruire ici

Notre assurance maladie au bord du gouffre

- Social -

Date de mise en ligne : mercredi 30 décembre 2009

Démocratie & Socialisme

Sans une bonne mutuelle, il n'y a pas d'égalité des soins : ce slogan cynique d'une des plus importantes mutuelles françaises résume parfaitement la situation de notre assurance maladie.

Tout le monde, en effet, n'a pas les moyens de se payer une mutuelle et encore moins une « bonne mutuelle ». L'égalité des soins ne fait donc que reculer. C'est un des piliers fondamentaux du pacte social conclu à la Libération qui est en train de disparaître sous les coups de boutoirs successifs du Medef et des gouvernements de droite. Notre assurance maladie et plus largement notre Sécurité sociale sont minées, sapées par la volonté des néolibéraux qui dirigent notre pays, de faire de la santé une marchandise comme les autres. Le principe qui avait présidé à la création de la Sécurité sociale en 1945 : « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins » est en train de laisser la place à un tout autre principe « A chacun selon ses moyens ».

UN DÉFICIT ESSENTIELLEMENT CONJONCTUREL

Les médias ont repris leur refrain favori quand ils traitent de la Sécurité sociale et de l'Assurance maladie, celui des « déficits abyssaux ». Ils ont déjà oublié la crise économique et les responsabilités qu'elle pourrait bien avoir dans ces déficits.

Selon le dernier rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS), le déficit de la Sécurité sociale s'élèvera à 22,7 milliards en 2009 et représentera 11 milliards d'euros pour l'Assurance maladie (l'une des quatre branches de la Sécurité sociale avec les retraites, la famille et les accidents du travail). Selon ce même rapport, en 2010, les prévisions sont un déficit de 33,6 milliards d'euros pour la Sécurité sociale et de 17,1 milliards pour l'Assurance maladie.

Mais, toujours selon le rapport de la CCSS : « En 2010, plus des deux tiers du déficit du régime général (de la Sécurité sociale) serait d'origine conjoncturelle ». L'explication en est simple : « la baisse de la masse salariale prive le régime général de plus de 23 milliards d'euros de recettes ». En effet, les cotisations sociales ont pour base de calcul les salaires et l'augmentation de la masse salariale qui était de 4,8 % en 2007 n'était plus que de 3,4 % en 2008. Pire, cette masse salariale diminuait de 1,3 % en 2009 et devrait encore diminuer de 0,4 % en 2010. Cette diminution est due aux pertes d'emplois du secteur privé et à une quasi stagnation du salaire moyen.

Pour Gérard Cornilleau, économiste à l'Observatoire Français des Conjonctures Economiques, le doublement prévisible du déficit de la Sécurité sociale en 2009 n'avait rien d'étonnant (Le Monde du 15 juin 2009) : « *Nous sommes dans une récession grave, déclarait-il, avec une dépression économique comme on n'en a probablement pas vu depuis que la comptabilité nationale existe. C'est donc très naturellement que les recettes de la protection sociale diminuent et provoquent un déficit. Mais c'est un déficit conjoncturel. Il n'est absolument pas structurel, et n'a donc pas vocation à être comblé* ».

UN DÉFICIT « STRUCTUREL » CONSCIEMMENT CONSTRUIT

Selon le rapport de la CCSS, le déficit « structurel » de la Sécurité sociale serait de l'ordre d'un tiers du déficit actuel, soit une dizaine de milliards d'euros en 2010. Il est vrai que ce rapport reconnaît que le déficit structurel « est une construction qui repose sur des hypothèses en partie conventionnelles ». Et l'une de ces hypothèses tout à fait

conventionnelle est que le taux des cotisations patronales qui participent largement au financement de l'Assurance maladie ne peut pas augmenter, alors qu'il stagne depuis plus de vingt ans.

Cette hypothèse conventionnelle n'étant pas soumise à discussion, la cause est entendue : le déficit ne peut être que « structurel », le vieillissement de la population et les pathologies qui lui sont liées entraînent mécaniquement une augmentation des dépenses de santé supérieure à l'augmentation annuelle du PIB. La part du PIB destiné au financement de l'Assurance maladie est de 11% en France, à peu près comme en Allemagne ou en Suisse, un peu plus qu'au Royaume-Uni (9%) mais nettement moins qu'aux Etats-Unis (16%). En 2025, il serait réaliste de penser (surtout si l'espérance de vie continue à augmenter) que les dépenses de santé représenteront 15% du PIB. Mais comment imaginer que la part des plus de 65 ans soit de plus en plus importante dans la population et que cela n'ait aucune implication sur les dépenses de santé ?

Ce déficit, aussi artificiellement construit soit-il, servira de justification aux mesures qui permettraient d'atteindre le double objectif fixé par le Medef et les gouvernements de droite successifs. Le premier objectif est d'en finir avec le salaire socialisé que constituent les cotisations sociales et plus particulièrement avec la part patronale de ces cotisations. Le deuxième est de permettre aux capitaux des multinationales de l'assurance de trouver un terrain d'accumulation (immense) qui leur était jusque-là interdit.

LA TROMPE DE L'ÉLÉPHANT

Le 17 mai 2004, le ministre de la Santé du gouvernement Raffarin III, Douste-Blazy jouait les bonimenteurs télévisés, la larme à l'oeil en parlant des « mamans » et des « aides soins dont on ne dira jamais assez le dévouement ». A l'entendre, la « réforme » de l'assurance maladie qu'il essayait alors de nous vendre se résumait à « un euro de plus par consultation ».

Cela ne laissait pas de suspendre tant le gouvernement et les médias venaient de nous rebattre les oreilles du gouffre abyssal (déjà) de l'Assurance-maladie et de la nécessaire « responsabilisation des patients ».

En réalité, Douste-Blazy ne laissait entrevoir que la trompe de l'éléphant mais préparait le terrain aux offensives suivantes en changeant profondément la « gouvernance » de l'Assurance maladie. La loi qui porte son nom prévoyait, en effet, la création d'une Haute Autorité de Santé chargée d'établir l'évaluation « scientifique » des pratiques médicales et sensée être indépendant même si les 12 « sages » qui composaient sa direction étaient nommés par le Président de la République, le Président de l'Assemblée nationale, celui du Sénat et celui du Comité économique et social.

Surtout, cette loi prévoyait l'instauration d'une Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) mettant fin à toute forme de gestion des cotisations sociales, de leur salaire indirect, par les salariés eux-mêmes. Les conseils d'administration n'étaient plus élus (ils ne l'étaient plus, de fait, depuis 1989...) mais nommés par les organisations syndicales et patronales. La réalité des pouvoirs de cette union était remise aux mains d'un directeur nommé par le Conseil des ministres. Et comme on n'est jamais si bien servi que par soi-même, le premier directeur (il est toujours en place) nommé par le Conseil des ministres de Raffarin n'était autre que le chef de cabinet de Philippe Douste-Blazy, Frédéric Van Rookeghem, libéral de choc.

Aujourd'hui : l'éléphant est dans le magasin de porcelaine de l'Assurancemaladie et tente d'écraser de ses lourdes pattes tout ce qui est solidaire, mutualisé dans ce système issu du programme du Conseil National de la Résistance (CNR).

En 2004, Douste-Blazy parlait de « responsabiliser les patients », c'était disait-il le fil directeur de sa réforme. Aujourd'hui, le gouvernement Sarkozy n'a plus ces timidités, il avance carrément l'idée d'imposer un « ticket modérateur » de 5 % aux patients sous le régime des Affections de Longue Durée (ALD). A qui fera-t-on croire que ces patients aient bien pu choisir d'avoir une longue maladie et que l'instauration d'un ticket modérateur pourrait les « modérer » ?

Le but de la « contre-réforme » initiée par Douste-Blazy est aujourd'hui évident et n'a rien à voir avec la « responsabilisation des patients », il s'agit, quel qu'en soit le coût humain, de diminuer drastiquement les dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

UN SYSTÈME CONTRADICTOIRE

Notre système d'Assurance maladie s'est construit sur une contradiction qui ne l'avait pas empêché de fonctionner à peu près correctement pendant plus de 50ans.

D'un côté, un système de financement essentiellement public et solidaire basé sur un salaire indirect, les cotisations sociales ou sur la CSG qui reste malgré son appellation de contribution une cotisation sociale puisqu'elle est pré-affectée à une dépense précise, le financement de l'Assurance Maladie.

De l'autre : un système de soins à la fois privé et public.

Privé, lorsqu'il s'agit des médecins libéraux qui bénéficient - c'est un cas unique au monde - de la liberté de prescription, de la liberté d'installation, du libre choix du médecin par le patient et, de plus en plus, de la liberté de fixer eux-mêmes leurs tarifs.

Privé, lorsqu'il s'agit des cliniques qui aujourd'hui n'appartiennent plus pour la plupart à leurs chirurgiens mais à des multinationales comme la Générale de Santé ou des fonds de pension, comme le fonds d'investissement 21 Central Partners ou Vitalia, lié au fonds d'investissement américain Blackstone dont les actionnaires exigent une rentabilité de 20% de leurs capitaux. Un secteur privé qui avance au fur et à mesure des reculs que lui imposent le gouvernement et son bras armé, les Agences Régionales de Santé dont les directeurs, véritables superpréfets de la Santé, viennent bien souvent du secteur privé.

Privé encore, dans le cas de l'industrie pharmaceutique, des grossistes en médicaments et des pharmaciens d'officine.

Le Medef et les gouvernements de droite, de Raffarin à Sarkozy, ont décidé de dépasser cette contradiction d'une façon simple, en privatisant tout ce qu'ils pourront privatiser, aussi bien dans le système de soin que dans son financement.

FINANCEMENT : DÉPLACER LE CURSEUR

Le rapport Chadelat qui avait précédé la contre-réforme lancé par Philippe Douste-Blazy avait précisé les objectifs de cette offensive : il s'agissait de « déplacer le curseur » du financement des dépenses de Santé de l'Assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires privées (mutuelles et sociétés d'assurances).

Notre assurance maladie au bord du gouffre

Une partie du chemin avait déjà été fait avec le forfait hospitalier (l'équivalent de 3 euros lors de sa création, 18 euros aujourd'hui), l'instauration de tickets modérateurs qui étaient (et restent) autant de tickets d'exclusion des soins.

Un pas qualitatif a été fait avec l'instauration des multiples franchises voulues par Nicolas Sarkozy, même si le Conseil d'Etat a posé quelques limites à leur extension. Des médicaments efficaces ont été déremboursés. Les assurances complémentaires qui ont été taxées pour éviter (selon le gouvernement) de prendre l'argent dans la poche des patients, ont aussitôt répercuté cette augmentation sur les primes payées par leurs adhérents.

Pour déplacer encore plus le « curseur », le gouvernement avance plusieurs pistes. D'abord faire évoluer « le panier des soins » remboursé par l'Assurance maladie.

Roselyne Bachelot a ainsi évoqué le non remboursement des dépenses d'optique, de soins dentaires et des médicaments à vignette bleue (remboursés aujourd'hui à 35%). Le Centre Technique des Institutions de Prévoyance a calculé ce que cela coûterait aux assurés sociaux en termes d'augmentation des tarifs des assurances complémentaires.

Pour l'optique : 227 millions d'euros, soit une augmentation de 1,3 % des tarifs des complémentaires.

Pour les prothèses dentaires : 1,3 milliards d'euros et 6,3 %.

Pour les soins dentaires des adultes : 2,1 milliards d'euros et 10,3 %.

Pour le déremboursement des médicaments à vignette bleue 3,6 milliards d'euros et 17,8 %.

En revanche, 200 millions d'euros seulement serait épargnée par l'assurance-maladie par le passage de 3 à 8 jours de la franchise mis à la charge du salarié lors d'un arrêt de travail. Beaucoup de bruits pour rien, donc, madame Bachelot...

Une autre piste serait, soit instaurer un « ticket modérateur » pour les patients en Affection de Longue Durée (ALD), soit de « faciliter » leur sortie du dispositif dès qu'ils seront « guéris ». En effet, l'ALD représente 60 % des dépenses de l'Assurance maladie et concerne 14 % des patients pris en charge à 100 % pour les soins relevant de cette pathologie. Et les néolibéraux qui nous gouvernent en ont aujourd'hui fini avec le faux-semblant de ne s'attaquer qu'aux « petits risques ». C'est au coeur de l'Assurance maladie qu'ils ont maintenant décidé de s'attaquer ouvertement.

Tous ces reculs de l'Assurance maladie font le jeu des assurances complémentaires privées.

Des sociétés d'assurances tout d'abord : les multinationales de l'assurance ont conquis 24 % du marché de l'assurance complémentaire privée. Leur progression est (en 2008) de 85 % au cours des 6 dernières années pour l'Union des Familles Laïques (UFAL).

Les mutuelles progressent également mais sont amenées à adopter les mêmes pratiques que les sociétés d'assurances et méritent de moins en moins l'appellation de « mutuelles ».

Le pire reste à venir : l'implication de plus en plus prononcée des assurances privées dans la gestion de l'assurance

maladie. Le beau rêve américain sera alors à portée de la main. Ce sont pourtant les multinationales de l'assurance qui font actuellement campagne pour empêcher Barak Obama de mettre en oeuvre sa réforme (pourtant limitée) de l'assurance maladie.

PRIVATISER LE SYSTÈME DE SOINS

Les libéraux n'ont rien contre l'augmentation des dépenses de santé, au contraire, s'il s'agit d'un marché comme un autre. Déjà, d'ailleurs, nombre de médecins de villes et l'industrie pharmaceutique agissent comme si la santé était déjà une marchandise.

L'industrie pharmaceutique considère depuis longtemps que la Santé est un marché comme les autres, juste un peu plus juteux. Ce qui ne les empêche pas d'exiger et d'obtenir des garanties publiques exorbitantes, comme dans le cas du vaccin contre la grippe A.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales dans un récent rapport demande leur « désarmement commercial » tant leurs dépenses de commercialisation sont disproportionnées au regard de leurs dépenses de recherche et de développement.

Les médecins de villes n'hésitent guère non plus à jouer du rapport de forces que la limitation du nombre de médecins formés chaque année depuis 20 ans (le « numerus clausus ») leur a permis d'acquérir. Non seulement le tarif remboursé des consultations des médecins généralistes a considérablement augmenté en juillet 2002 avec le passage à 20 euros mais les médecins réclament toujours plus. Ils ont obtenu une consultation à 22 euros en 2007 et exigent maintenant 23 euros. Surtout, les dépassements d'honoraires se multiplient. 58 % des médecins pratiquent ce sport lucratif à Paris.

Et, le gouvernement, cédant de nouveau à leurs pressions crée un « secteur optionnel » c'est-à-dire de nouvelles possibilités pour les médecins de dépasser les tarifs de remboursement. Le gros morceau à avaler, c'est-à-dire à privatiser d'une façon ou d'une autre, reste l'Hôpital public.

Pour y arriver, les néolibéraux au pouvoir ont supprimé la carte sanitaire nationale en 2003. Ils peuvent toujours, après cela, parler d'égalité des soins entre tous les territoires alors qu'ils ont cassé le seul instrument qui permettrait de mesurer ce degré d'égalité.

Ils ont introduit la T2A (Tarification A l'Activité) qui avantage délibérément les cliniques privées en créant des « groupes homogènes » sensés regrouper des activités similaires et donc tarifées de manière identiques. Mais, curieusement, au sein d'un même groupe, les pathologies simples correspondent aux activités des cliniques privées alors que les plus complexes sont du ressort des hôpitaux publics.

Dans un remarquable article du « Monde diplomatique » de novembre 2009 « Hôpital : comment créer un marché qui n'existe pas », le professeur André Grimaldi énumère les étapes de la privatisation de l'hôpital public.

Première étape en 2004 : la T2A ne concernera que 50 % du budget de l'hôpital public. Les médecins reçoivent délégation des pouvoirs.

Deuxième étape en 2008 : la T2A passe à 100 % de l'activité des hôpitaux publics. L'hôpital est cogéré par les

médecins et l'administration. Les emplois et donc l'activité globale sont plafonnés.

Troisième étape en 2009 : la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPTS) encore appelée « loi Bachelot » marque la fin de la cogestion : l'administration dirige seule.

Nous en somme là et la loi HPST soulève la colère des hôpitaux. A l'Assistance publique de Paris 700 responsables médicaux menacent de démissionner.

Les professeurs Bensman (hôpital Armand Trousseau) et Lejonc (Hôpital Henri Mondor) ont d'ores et déjà démissionné. Le Mouvement de Défense des Hôpitaux Publics dénoncent « une réduction de 100 millions d'euros par an (pour les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris) pendant 3 ans, entraînant mécaniquement la suppression chaque année d'environ 150 emplois de médecins et 1000 emplois de soignants non-médecins, après les 700 suppressions déjà réalisées en 2009).

Les syndicats prévoient que cette loi, au total provoquera une suppression de 20000 emplois pour l'ensemble des hôpitaux publics. Et, pendant ce temps là, les nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS) prépareront la « vente » à la découpe des hôpitaux publics au profit du secteur hospitalier privé.

Si la mobilisation ne peut arrêter la marche forcée à la privatisation, André Grimaldi prévoit 4 autres étapes.

Quatrième étape : changement de statut des médecins hospitaliers qui vont devenir contractuels.

Cinquième étape : l'hôpital public deviendra un établissement privé à but non lucratif. Les personnels nouvellement embauchés changeront eux-aussi de statut.

Sixième étape : la fin du monopole de la sécurité sociale.

Septième étape : l'abrogation de l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie (ONDAM) qui fixe le montant du budget public national de la santé. La santé sera alors un marché, à dimension européenne, entièrement « libre et non faussé ».

Le professeur Grimaldi conclut : « Ainsi pourra naître un nouvel système de santé, véritable coproduction co-américaine ayant gardé du système français la CMU et le financement des cas les plus graves par la collectivité, et ayant pris au système américain la gestion par les assureurs privés du marché rentables de la santé : un cauchemar pour les médecins et les malades, un rêve pour les assureurs et les « nouveaux managers ».

UNE MÉDECINE À DIX VITESSES

La médecine à deux vitesses est maintenant largement dépassée.

A l'un des pôles : ceux qui ont la possibilité de se payer une assurance complémentaire « classe affaire » à 1000 euros par mois.

A l'autre pôle, les bénéficiaires d'une CMU que de plus en plus de professionnels de santé refusent de soigner. Ainsi,

à Paris - selon une étude du Fonds de Financement de la CMU - 25,5 % des professionnels de santé refusent de soigner les patients bénéficiant de la CMU. 31,6 % des dentistes ; 19,4 % des généralistes ; 38 % des gynécologues ; 28 % des ophtalmologues. La raison qu'ils avancent se résume à un mot « paperasse ». La réalité est assez différente. Leur refus s'appuie le plus souvent sur l'incapacité des bénéficiaires de la CMU de payer les dépassements d'honoraires des médecins ou les prothèses proposées par les dentistes. Nous l'avons vu, en effet, 58 % des praticiens parisiens pratiquent les dépassements d'honoraires. Entre les deux, une myriade de situations variant en fonction de l'âge et des ressources. De l'âge tout d'abord. Une fois à la retraite, fini les contrats d'entreprise, il faut avoir recours au contrat individuel nettement plus onéreux. D'autant plus onéreux que les sociétés d'assurances et les mutuelles augmentent leurs tarifs en fonction de l'âge. Ce qui constitue bien, malgré leurs dénégations, une méthode pour sélectionner les patients en fonction de leur état de santé. Chacun sait bien que la santé ne s'arrange pas en vieillissant. N'est-ce pas pour cela, d'ailleurs, que les assurances privées (mutuelles et sociétés d'assurance) augmentent leurs tarifs en fonction de l'âge de leurs clients ?

En fonction des ressources, ensuite. Les tarifs de remboursement des assurances privées sont multiples, en fonction du montant des primes payées chaque mois par l'assuré. Selon une étude du Cabinet privé Jalma faite à la demande de Roselyne Bachelot entre 2001 et 2009, les coûts directs de santé dans les budgets des ménages (hors cotisation assurance maladie) ont augmenté de 40 à 50 %. Il s'agit des primes versées aux assurances complémentaires privées (mutuelles et sociétés d'assurance) et de ce qui reste à la charge des ménages une fois les remboursements de l'Assurance maladie et des assurances complémentaires effectués. Cela représente 5,4 % du revenu disponible en moyenne. Pour les plus de 65 ans, l'augmentation est de plus de 55 % en 8 ans et représente 11 % de leur budget. Le Cabinet Jalma prévoit une augmentation aussi massive d'ici 2015. Ce qui représenterait plus de 10 % du revenu moyen d'un ménage et 22 % pour les plus de 65 ans.

Face à cette accélération de l'offensive libérale, le rôle de la gauche et de sa principale composante (le parti Socialiste) est évident : proposer un projet réellement alternatif à celui des néolibéraux. Un projet qui permette de sauver et de renforcer notre Assurance maladie solidaire.

Dans son prochain numéro, D&S apportera sa contribution au débat indispensable pour l'élaboration d'un tel projet alternatif.

Jean-Jacques Chavigné