

Extrait de l'ouvrage : *Le système de santé. Résistances et alternatives. Critique de la contre-réforme Douste-Blazy et perspectives*, Catherine Mills, José Caudron, Le Temps des cerises, coll. « Espere », septembre 2004.

La loi Douste-Blazy : une réforme qui conjugue étatisation et privatisation

Malgré les affirmations du ministre qui prétend résoudre le déficit de l'assurance maladie tout en préservant la solidarité du système de santé, il s'agit bien d'un plan de démantèlement de notre système de santé solidaire et de reconstitution d'un nouveau système adapté aux plans du libéralisme. L'objectif fondamental est la réduction drastique des dépenses publiques de santé et l'irruption des assurances complémentaires et de la privatisation. Mais ceci est masqué par une présentation parcellisée du projet de la droite et de soi-disant concessions sociales. Le ministre a utilisé la dramatisation du déficit, la culpabilisation des usagers, comme la stigmatisation de prétendus abus à grand renfort d'effets médiatiques afin de conditionner l'opinion. Il a également tenté de composer avec les différents groupes de pression, les syndicats de médecins, les mutuelles, les assureurs privés, le Medef, les syndicats de salariés... En réalité, le cœur de la réforme se situe dans le schéma de « nouvelle gouvernance », sur laquelle on organise une sous-information et une désinformation afin de masquer la gravité profonde des modifications de structure qu'elle va entraîner.

1) La « nouvelle gouvernance » : une déstructuration-restructuration de l'assurance maladie pilotée par la montée de la privatisation

La compréhension du schéma complexe de la « gouvernance » mise en place par la loi de juillet 2004 nécessite que l'on se penche sur le schéma ci-contre, pour comprendre comment il verrouille d'un côté l'étatisation d'une couverture de base minimale, et fait entrer de l'autre de plain pied les assureurs complémentaires dans la gestion de l'assurance maladie, y compris pour la définition de la couverture de base elle-même. Ce schéma adopté par la loi est en définitive très proche de celui qu'avait proposé Jean-Pierre Davant, président de La Mutualité française, à Jean-François Mattéi.

- Une **Union nationale des caisses d'assurance-maladie** (UNCAM) regroupera la CNAM (la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), la MSA (la Mutualité sociale agricole, caisse des professionnels de l'agriculture) et la CANAM (la caisse maladie des artisans, commerçants, industriels et de des professions libérales). Dans le même temps est constituée une **Union des organismes de protection sociale complémentaire en santé** (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance), qui assurera en partenariat avec l'UNCAM une gestion conjointe. Ces organismes de droit privé pourront ainsi peser sur le choix des soins remboursables, les taux de remboursement et participeront à la négociation

des conventions avec les professionnels de santé. Cette architecture répond aux préconisations du rapport Chadelat, puisque le partenariat entre les deux Unions, celle des caisses et celle des assureurs complémentaires, aboutira à constituer un cahier de charges définissant les règles des contrats complémentaires de base susceptibles de bénéficier des divers avantages sociaux et fiscaux, notamment le crédit d'impôt sur lequel nous reviendrons.

- À l'UNCAM, ainsi que dans les caisses primaires, la création **d'un conseil d'orientation stratégique** mandaté pour cinq ans est censé donner un aspect démocratique à la gouvernance. Il sera composé de représentants des syndicats de salariés, des syndicats patronaux et de représentants d'acteurs de l'économie sociale, notamment des mutuelles. Les représentants de salariés seront désignés par les organisations syndicales et non élus, au mépris de la volonté exprimée par les mouvements citoyens de résistance à la réforme.

- **Le conseil d'administration de L'UNCAM** sera composé de dix-huit membres, 12 désignés par la CNAM, 3 par la MSA et 3 par la CANAM. Mais cette structure risque de ne pas préserver la parité entre représentants des salariés et représentants des employeurs. En effet, dans le système électif de la MSA d'une part, il n'existe qu'un collège de salariés sur les trois collèges, et cette proportion devrait se retrouver dans la représentation de la MSA à l'UNCAM. Concernant la CANAM d'autre part, les représentants sont élus parmi les travailleurs indépendants, les artisans, les commerçants, les industriels affiliés à cette caisse. On devrait ainsi arriver, au sein du Conseil d'administration de l'UNCAM, à une majorité de membres issus du Medef, de la CGPME (Confédération générale des petites et moyennes entreprises), éventuellement de la FNSEA (Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles) et de l'UPA (Union professionnelle artisanale). On comprend pourquoi cette « nouvelle gouvernance » a reçu la bénédiction du Medef et son retour dans la gestion de l'assurance maladie...

- **Le directeur de l'Union des caisses sera nommé par l'État** et aura la main mise sur les caisses dont il pourra d'ailleurs annuler les décisions. Il aura sous tutelle le conseil d'orientation et sera l'instrument de la réduction des dépenses publiques et en conséquence du transfert des dépenses vers les complémentaires.

- **Une Haute autorité de santé** sera dirigée par un collège de 12 membres présentés comme indépendants, mais trois d'entre eux seront nommés par le Président de la République, trois autres par le Président de l'Assemblée nationale, trois encore par le Président du Sénat et enfin trois par le Président du Conseil économique et social. Cette Haute autorité définira le « périmètre de soins et de biens remboursables », donc un panier de soins limité. Elle décidera de ce qui sera remboursé par la couverture de base, de ce qui sera inclus dans l'assurance maladie complémentaire de base ouvrant droit pour les assureurs aux avantages sociaux et fiscaux. Par exclusion, ceci définit aussi ce qui sera livré directement au marché des surcomplémentaires. Ces choix seront faits en commun par les deux Unions nationales, celle des caisses d'assurance maladie et celle des organismes de protection sociale complémentaire.

La Haute autorité procédera aussi à l'évaluation du « service médical rendu » des médicaments et à l'élaboration et à la diffusion des règles de bonne pratique et de bon usage des soins. Cela lui permettrait éventuellement de décider du montant « légitime » des dépenses remboursables par la couverture de base pour une pathologie donnée, sous la forme « d'un tarif forfaitaire de responsabilité » répondant aux références médicales opposables, version de panier de soins qui avait, dès 2002, la faveur du président CFDT de la CNAM, Jean-Marie Spaeth. En définitive, **tout est mis en place pour que l'État, les caisses et les assureurs décident en commun de ce qui sera remboursé et à quel taux.**