



Rebonds

Il est urgent de se mobiliser contre les tentatives de privatisation de l'assurance maladie.

Avenir à risque pour la Sécu

Par Catherine MILLS et Jos é CAUDRON et Jean -Paul DOMIN

jeudi 15 janvier 2004

Catherine Mills,
Jos é Caudron et
Jean-Paul Domin, universitaires.

En inaugurant le 13 octobre le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Jean-Pierre Raffarin déclarait vouloir trouver le «*juste équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle*», visant ainsi une large privatisation par le développement des complémentaires santé. Le déficit considérable de l'assurance maladie (plus de 10 milliards d'euros en 2003) constitue l'alibi essentiel pour promouvoir la contre-réforme libérale qui exige le démantèlement du système de santé solidaire. Les premiers travaux du Haut Conseil font preuve d'un catastrophisme semblable à celui qui a favorisé le laminage des pensions publiques de retraites afin de pousser la capitalisation ; concernant l'assurance maladie, il s'agit de convaincre que la privatisation est désormais la seule voie possible.

De sinistres projections envisagent ainsi un déficit cumulé de l'assurance maladie atteignant 640 milliards d'euros en 2020. Ce déficit «structurel», selon la logique libérale, ne permet pas d'échappatoire : nous ne pouvons plus payer collectivement, alors privatisons, comme le laissent entendre le Premier ministre et Jean -François Mattei, ministre de la Santé.

Pourtant, la vraie nature du déficit réside d'abord dans les résultats catastrophiques de l'économie française et la remontée du chômage, entretenus par une politique économique consternante qui fait plonger les ressources de l'assurance maladie. La commission des comptes de la Sécurité sociale estimait, en septembre 2003, que la stagnation de la production expliquait les deux tiers du déficit. En outre, les hausses d'honoraires des praticiens libéraux concédées par le ministre de la Santé représentent à elles seules 15 % du déficit, car elles n'ont pas été financées. Aurait-on voulu creuser sciemment le déficit que l'on ne s'y serait pas pris autrement...

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie recherche ainsi de nouvelles voies pour limiter les dépenses publiques de santé, notamment la création de «paniers de soins» et la mise en concurrence des assureurs comme celle des offreurs de soins. Le rapport Chadelat (mars 2003) sur «*la répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires*» définissait deux «paniers de soins» : une assurance maladie obligatoire minimalisée (AMO) d'une part et une assurance maladie complémentaire de base privée et facultative (AMCB) d'autre part. Prétendant inciter les ménages à souscrire à l'AMCB, un «*crédit d'impôt*» viendrait financer les assurances privées et les mutuelles sur fonds publics. Au-delà de ces deux étages, les soins pourraient être couverts par des assurances «*surcomplémentaires*» entièrement libres.

On ouvrirait ainsi le «*marché*» de la santé aux assurances, tandis que la frontière entre les mutuelles et les assurances privées deviendrait peu discernable. Les fédérations mutualistes ont désormais un pied dans la solidarité et l'autre dans la logique de l'assurance, et ce même si leur base tente de contrer cette évolution redoutable.

Pour installer plus radicalement encore la domination du privé, le Medef propose de mettre en concurrence les «opérateurs de soins» dès l'assurance maladie obligatoire. L'entreprise choisirait pour ses salariés un assureur privé, une mutuelle ou la caisse d'assurance maladie locale, «*l'opérateur*» investi d'une «*délégation de gestion d'une mission de service public*» et rémunéré sur un principe de capitation (un forfait par affilié). Les assureurs bénéficieraient du financement public grâce à une hausse vertigineuse de la CSG visant à supprimer les cotisations patronales.

Alain Madelin, dans *le Monde* du 22 décembre 2003, déclare qu'«*il faut introduire la concurrence dans le système public*» et fustige notre système de santé, héritage «*d'une économie de type soviétique qu'il faut réformer en profondeur*». Dans la tradition des économistes américains du *public choice*, tout ce qui est public et socialisé serait inévitablement inefficace, dispendieux et dépassé, alors que le privé serait efficace, vertueux et moderne. Mais les faits démontrent le contraire : les indicateurs de santé

aux Etats-Unis, où l'assurance privée est la règle, sont très médiocres pour un coût prohibitif. Aux Pays-Bas, où l'on a dichotomisé « gros risques » et « petits risques » dans des « paniers de soins » en recourant au privé, le système est inégalitaire et les résultats moyens, alors que la hausse des dépenses se poursuit.

Daniel Bouton, président de la Société générale, directeur du budget lorsqu'Alain Juppé était Premier ministre, présente dans *le Monde* du 25 décembre 2003 « Treize propositions pour la réforme de l'assurance maladie ». Proclamant « l'interdiction de tout recours à des prélèvements obligatoires supplémentaires », l'auteur propose que les dépenses d'assurance maladie soient budgétisées dans le cadre de la loi de finances, placées sous la tutelle du ministère des Finances et contrôlées par un « *directoire de trois personnes* » responsables devant le Parlement. Ces mesures sonneraient le glas de la gestion paritaire de l'assurance maladie (1). Daniel Bouton envisage les réformes des plus drastiques, comme la récupération sur succession des dépenses de santé (!), ou encore un taux de CSG progressif avec l'âge touchant donc en priorité les retraités. Son ultime proposition implique, à l'instar d'Alain Madelin, que « *des éléments de concurrence dans les systèmes de gestion et entre les offreurs de soins* » soient introduits dans le système de santé, pour mettre fin au « *monopole de gestion confié* » à la Sécurité sociale. Ainsi, on consacrerait la sélection des risques et la sélection par l'argent, avec un système de santé minimal étatisé à un bout et, à l'autre bout, un système de santé privatisé pour ceux qui pourraient souscrire aux surcomplémentaires privées.

Le vent de la privatisation souffle également sur le système hospitalier. Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », Jean-François Mattei a supprimé la carte sanitaire qui obligeait à mettre à la disposition des usagers des établissements hospitaliers publics. La « *tarification à l'activité* » qu'il préconise afin de rémunérer « *la performance* » et « *l'excellence des soins* » encouragerait le développement du secteur hospitalier privé et imposerait à l'hôpital public un principe de rentabilité incompatible avec sa mission de service public.

Il faut organiser les résistances contre la privatisation programmée et l'éclatement du système de santé solidaire. Il est urgent que les forces de progrès, les syndicats de salariés et les usagers interviennent avant que la contre-réforme libérale ne soit ordonnée comme celle des retraites. Les besoins de santé doivent être évalués par les acteurs de terrain pour répondre au vieillissement, pour sortir des inégalités et promouvoir la santé publique. La catastrophe sanitaire de l'été, comme le développement spectaculaire des infections nosocomiales en raison de la déshérence organisée de l'hôpital public, ont cruellement démontré où conduit le malthusianisme en matière de santé.

Une réorganisation du système de soins est indispensable. La médecine en réseau permet de coordonner les professionnels de santé (médecins généralistes, praticiens hospitaliers, professions paramédicales, travailleurs sociaux) en assurant une prise en charge globale du malade. Le système de santé doit être réorienté vers la prévention. Il faut renforcer l'efficacité de l'hôpital public en termes de qualité des soins et de proximité, par la promotion de l'emploi et la formation des personnels. Mais ces réformes de progrès exigent des moyens de financement.

Aussi proposons-nous que les revenus financiers des entreprises et des institutions financières (175 milliards d'euros par an) soient soumis à contribution. Leur appliquer le taux de cotisation patronale à l'assurance maladie apporterait plus de 20 milliards d'euros par an au régime général. Dans le même temps, une modulation des taux de cotisations patronales à partir du ratio masse salariale - valeur ajoutée viserait à pénaliser les entreprises qui licencient et compriment les salaires et, au contraire, à encourager les entreprises qui développent l'emploi, les salaires et la formation, l'objectif étant d'accroître les rentrées de cotisations par la croissance réelle de l'économie.

(1) Lire, dans *Libération* du 29 décembre 2003, « Les sévères remèdes du Medef pour réformer la Sécu ».

Dernier ouvrage paru de Catherine Mills, José Caudron et Jean-Paul Domin : *Main basse sur l'assurance maladie, note de la fondation Copernic*, Syllepse, septembre 2003.