

# Gagner la bataille de la Sécurité sociale

Benoît Monier

**Le gouvernement tente une opération de camouflage. En concentrant les projecteurs sur ce qu'il appelle la gouvernance, il essaye de masquer ses intentions en matière de financement et de réduction des dépenses.**

**L**e premier ministre ne dément évidemment pas la hausse à venir de la CSG. Il précise seulement que cela ne peut être un préalable à la réforme. Cette tactique du morcellement de la réforme de la Sécurité sociale est une des leçons que le pouvoir a tiré de la mobilisation populaire contre le plan Juppé. La globalité revendiquée de ce plan avait fait comprendre aux millions de salariés qui descendaient dans la rue, qu'ils avaient affaire à une attaque contre ce que notre pays considère à juste titre comme une de ses plus belles conquêtes.

L'an dernier le gouvernement a gagné la bataille des retraites en spéculant sur une catastrophe annoncée, sans réelle démonstration et surtout en jouant des divisions entre salariés du public et du privé grâce à la capitulation de la direction de la CFDT au plus fort de la bataille.

## Médicaments, hôpital : La réforme est déjà engagée

Le ministre Mattéi a déjà engagé la réforme depuis des mois en s'attaquant discrètement aux deux domaines essentiels des médicaments et de l'hôpital.

Pour le médicament, il s'est lancé simultanément dans deux directions : la libéralisation des prix des nouveaux médicaments, d'une part, et, d'autre part, la multiplication des baisses des taux de remboursement de ceux-ci.

- **la libéralisation des prix des nouveaux médicaments** : la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 a accordé aux laboratoires la liberté de fixer eux-mêmes le prix pour les médicaments jugés innovants (en tous les cas qualifiés comme tels par les fabricants). Depuis des années, les grands laboratoires la revendiquaient. On a ainsi une situation de monopole absolu pour des médicaments protégés de toute concurrence par le système des brevets, en même temps que la liberté de leur prix. C'est la généralisation du système américain qui fait de l'industrie pharmaceutique une activité économique où le taux de profit peut dépasser 15 %. Ce qui explique qu'avec de telles perspectives de profit dans cette filière, un laboratoire comme Sanofi puisse trouver sur le marché les ressources pour financer son OPA sur Aventis, dont la valeur d'acquisition a été négociée à 55 milliards d'euros.

- **les baisses de taux de remboursement des médicaments** : Le gouvernement multiplie les baisses de taux de remboursement et fait pression pour étendre les médicaments génériques. Ces pratiques ne gênent guère les grands

laboratoires qui font la plus grande part de leurs profits sur les médicaments récents. Par contre les malades sont perdants en devant payer plus cher pour des médicaments sans être sûrs qu'ils seront plus efficaces.

## Hôpital : l'offensive pour sa privatisation s'intensifie :

Avec le projet « Hôpital 2007 » le gouvernement a donné satisfaction à tous ceux qui pensent que les règles de la fonction publique et des marchés publics sont des entraves empêchant de gérer l'hôpital comme une banale entreprise commerciale. Ce plan prévoit en outre la possibilité de faire appel aux capitaux privés pour financer les équipements et les investissements lourds. Enfin, avec la tarification à l'activité (T2A), il prétend faire correspondre les financements avec l'activité réelle. Mais au nom de l'égalité de traitement entre le public et le privé, il oblige l'hôpital public à s'aligner sur le privé au risque d'aboutir à une sélection des pathologies et même des malades, éliminant ce qui ne serait pas « rentable ».

M. Mattei a bien mérité de la reconnaissance des tenants du libéralisme en matière de santé.

## Éviter le vrai débat sur le financement

Depuis 1975, le thème du « trou de la Sécu » a sans cesse été utilisé pour justifier les multiples plans gouvernementaux sensés sauvegarder la Sécurité sociale. Le nouveau ministre ne déroge pas à la règle : dès sa première émission radio, il a fait passer le déficit annoncé pour 2004 de 11 à 14 milliards d'euros.

Par un savant travail de fuite dans la presse aussi vite démenties, le ministre multiplie les ballons d'essai. Un jour on annonce une TVA sociale, puis une hausse de la C S G, réservée le lendemain aux retraités, ou encore le doublement de la CRDS et son prolongement. En fait, au moment où ces lignes sont écrites, personne ne connaît les véritables projets du gouvernement en matière de financement.

La vérité, c'est qu'il est sous une étroite surveillance du MEDEF qui lui rappelle en permanence que la priorité est de réduire les prélèvements obligatoires.

C'est le MEDEF qui a fixé un préalable impératif : la réforme doit, avant toute chose, mettre en place des dispositifs structurants, permettant de réduire durablement les dépenses sociales de santé (ou plus précisément la part remboursée de ces dépenses).

Ensuite seulement, on pourra éventuellement parler de mesures nouvelles de financement. Il faut d'ailleurs reconnaître au MEDEF, le mérite de la franchise, ou plutôt du cynisme le plus total, puisqu'il ne cache pas son véritable objectif : la disparition totale des cotisations patronales pour les branches maladie et famille avec leur remplacement par la C S G.

Tout cela explique l'originalité de la tactique actuelle du ministre qui tout en utilisant ses effets d'annonce pour justifier le besoin d'intervention dans l'urgence, n'entend pas commencer le débat de la réforme sur ses projets en matière de financement, ni même en matière de restriction des dépenses, mais sur le thème qu'il pense plus consensuel de la gouvernance de la Sécurité sociale.

#### La gouvernance de la Sécurité sociale : une tentative d'introduire les assurances privées dans le système.

##### - Légitimer les restrictions de remboursement de soins:

M. Douste Blazy concentre donc le débat sur la question de la gouvernance. Ce serait une erreur grave que de négliger cette discussion ou d'accepter de débattre des structures à mettre en place, comme d'un problème en soi, sans voir qu'il s'agit d'un débat complètement imbriqué avec celui sur le financement. Quand, reprenant une idée avancée par la FNMF (1), le ministre propose aux une « Haute autorité en santé », sur le modèle du CSA (2) pour l'audiovisuel ou de l'ART (3) pour déréglementer les télécommunications et privatiser France Télécom, ce n'est pas un gadget. C'est un outil pour apporter une caution prétendument scientifique à la notion de « périmètre des soins remboursables » (autrement dit le panier de soins), c'est-à-dire la liste révisable en permanence de ce qui doit être pris en charge par la Sécurité sociale et donc, mais en creux, ce qui doit être renvoyé vers les mutuelles et assurances. Le calcul consiste à parier sur l'idée qu'il sera plus difficile de contester un périmètre fixé sous l'autorité d'une telle instance. Il y a donc urgence à contester le principe de cette institution, même si elle est proposée de longue date par la Mutualité française.

Ons mettez en doute l'indépendance de personnes nommées, de façon discrétionnaire, par trois personnalités aussi peu neutres et indépendantes que les Président de la République, de l'Assemblée nationale et du Sénat. Contestons aussi le caractère « scientifique » d'une assemblée qui ne serait composée que de... scientifiques.

N'est-il pas temps de faire entrer aussi dans le domaine de l'expertise des notions comme la démocratie sanitaire, avec l'expertise des « non experts » que sont les usagers, les élus, les salariés, etc..

En fait avec cette « Haute autorité en santé », le projet du gouvernement cherche à donner une « légitimité scientifique » aux décisions que l'État sera amené à prendre pour « définir les conditions de l'équilibre annuel et pluriannuel » qui, avec la définition des politiques de santé, sont les missions assignées à l'État.

Or, l'équilibre des comptes dépend d'abord de la politique économique menée dans le pays, avec en tout premier lieu la politique de l'emploi. Plutôt que la énième campagne médiatique de culpabilisation des français se « gavant » de

médicaments comme de bonbons ou des femmes enceintes confondant échographie et photo souvenir, il faudrait aussi parler des vrais gâchis que sont, par exemple, le délabrement volontairement organisé de la médecine préventive ou la dégradation accélérée des conditions de travail dans les hôpitaux.

##### - Installer les assurances au cœur du système de Sécurité sociale

Le ministre propose un bouleversement de l'architecte de la Sécurité sociale.

Actuellement elle est composée de trois caisses (salariés, agriculteurs, travailleurs indépendants). Leurs spécificités sont peu utilisées puisque les véritables décisions sont prises par l'État. Cette mainmise de l'Etat a été systématiquement mise en oeuvre par tous ceux qui, depuis la création de la Sécurité sociale, contestent ses principes fondateurs et, en premier lieu, la gestion par les assurés eux-mêmes. Ceux qui aujourd'hui font mine de déplorer les blocages dus à cette omniprésence de la tutelle de l'État sont les continuateurs de ceux qui ont mis en place cette tutelle avec les ordonnances de 1959, 1967 et 1995.

Le cœur de la réforme de Douste Blazy est la mise en place d'une Union nationale de l'assurance maladie, elle même composée de trois Unions :

- l'Union des trois caisses nationales actuelles (CNAM, MSA, CNAM : c'est à dire les caisses des salariés, des agriculteurs et des indépendants)

- l'Union des professionnels de santé (ce qui dans le jargon ministériel vise essentiellement les médecins libéraux)

- l'Union des complémentaires. On sait que cette expression recouvre les mutuelles, les compagnies d'assurances et les caisses de prévoyance.

Cela rejoint les propositions du rapport Chadelat dont l'idée essentielle était de placer les assurances au cœur du système de protection sociale.

Dans une interview (*le Monde* du 30 avril) le ministre précise que cette super union (assurance maladie, complémentaires, professionnels) devrait notamment décider « en accord avec l'État » ce qui est remboursable et ce qui ne l'est pas et il ajoute magnanime. « Il faudra probablement associer usagers et malades à ces réflexions ».

Si le MEDEF continue à se faire prier pour revenir siéger au conseil d'administration de la Sécurité sociale, la place offerte aux assurances, dont le poids au sein de l'Union des complémentaires ne peut, hélas, que grandir, répond à l'une de ses exigences.

M. Davant au nom de la FNMF veut ignorer le danger en insistant sur le poids des mutuelles. 36 millions d'adhérents, c'est effectivement une force considérable, mais à condition d'avoir la volonté de mettre cette force en mouvement. Par contre, croire ou faire croire, que cela donnera le poids économique suffisant pour résister au colosse financier des assurances rappelle la fable de la grenouille qui se prenait pour un bœuf.

Et déjà, les conséquences des directives européennes introduisant, conformément aux souhaits de la FNMF, la logique assurantielle dans les mutuelles, se font sentir dans leur gestion. Cela malgré la résistance des mutuelles les plus combattives.

### Qui est légitime pour gérer la Sécurité sociale ?

Depuis la création de la Sécurité sociale en 1945, le patronat a déployé beaucoup d'énergie pour réduire la place des syndicats dans sa gestion. Il veut maintenant aller jusqu'au bout en supprimant les conseils d'administration, remplacés par un directoire désigné par l'État et assisté d'un vague conseil de surveillance où tout le monde pourrait venir discuter mais sans pouvoir de décision.

Les inventeurs du vocable de « partenaires sociaux » visent à accréditer l'idée que cet ensemble serait légitime parce qu'il regroupe patrons et syndicats. C'est une des raisons qui pousse M. Chirac à insister pour que le MEDEF revienne dans la gestion de la Sécurité sociale. Ne peut-on pas, au contraire, prendre appui sur le départ du MEDEF depuis maintenant trois ans, sans que le système ne s'écroule comme beaucoup le prédisaient, pour relancer le débat sur la légitimité de ceux qui doivent gérer cette institution ? Les syndicats ont-ils en soi cette légitimité ? Oui, dans la mesure la Sécurité sociale est financée à partir des richesses produites par les salariés dans les entreprises (la valeur ajoutée) et qu'elle vise à répondre, de manière socialisée ou mutualisée à des besoins vitaux de la population, parallèlement aux salaires qui répondent aux besoins individuels. On connaît l'expression « syndicalisme de la feuille de paye ». Or sur la feuille de paye, il y a le salaires et les cotisations sociales. Cette légitimité syndicale est liée à une conception solidarisant au salariat les chômeurs et tous ceux qui sont exclus du monde du travail par la politique patronale. Mais soyons clairs la véritable légitimité, les syndicats ne la reconquerront qu'en se battant pour rétablir l'élection des conseils d'administration. Seule cette légitimité donnée par le suffrage universel donnera aux administrateurs syndicaux le poids nécessaire face à l'appareil d'État et face au capital.

Dire cela ne signifie pas que tout serait réglé par le rétablissement des élections. Se pose par exemple la question du lien entre les administrateurs et les assurés sociaux. C'est pourquoi nous défendons l'idée de créer des « correspondants sécu » dans les entreprises. De même les représentants élus doivent avoir de vrais pouvoirs. Pour cela il faut revoir de fond en comble les rapports avec l'État avec notamment la suppression de la tutelle actuelle. Il faut aussi revoir l'organisation de l'État avec ses différentes composantes : le Parlement, l'administration et le gouvernement. Il faut redonner des pouvoirs réels au Parlement qui jusqu'à maintenant ne discute jamais de la politique de santé. La loi de santé publique en cours de discussion se limite à instituer un débat formel au Parlement, l'essentiel continuant à se régler dans le secret des réunions ministérielles.

Le plan Juppé, qui a instauré un débat annuel sur la Sécurité sociale, ne l'a pas fait pour définir une politique de santé ou de protection sociale, mais uniquement pour fixer l'enveloppe budgétaire et les conditions à remplir pour atteindre ces objectifs budgétaires. Le Conseil constitutionnel a plusieurs fois annulé des articles de loi au motif qu'ils ne traitaient pas des questions de financement.

Le Parlement doit donc être doté de pouvoirs réels pour définir la politique de santé et de protection sociale du

pays. La nécessité de ce débat régulier au parlement est particulièrement forte en matière de santé ou les événements peuvent aller très vite. Depuis 25 ans on a vu apparaître des maladies nouvelles comme le sida, mais aussi la légionellose, le SRAS. D'autres maladies qu'on croyait en voie de disparition peuvent revenir, beaucoup plus dangereuses, comme la tuberculose. L'indifférence des pays riches vis à vis des maladies tropicales (que les laboratoires pharmaceutiques jugent non rentables) peut se transformer très vite en catastrophe mondiale. Il y a bien des choix politiques à prendre qui ne peuvent être laissés aux seuls scientifiques.

Il faudra bien un jour cesser de croire avec beaucoup de prétention que nous avons toujours le meilleur système de santé du monde. Le drame de la canicule de l'été 2003 oblige à plus de modestie. Le refus persistant de tirer les leçons de cette catastrophe sanitaire est bien un scandale politique majeur.

On le voit, il ne s'agit pas ici de nier le rôle du politique en matière de santé et de protection sociale. Il est tout aussi nécessaire que les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale soient dotés de pouvoirs réels. Le processus optimal de décision nécessite un va et vient entre l'État et la Sécurité sociale dans lequel il faudra inventer le moyen de faire intervenir directement les citoyens, les usagers, les professionnels.

Un autre débat porte sur la composition des conseils d'administration. Le MEDEF en est parti, persuadé que ce départ provoquerait un blocage général. La CGT avait immédiatement réagi en disant qu'elle faisait le pari que la démonstration pouvait ainsi être faite qu'on pouvait se passer de lui. Ce pari n'est pas loin d'être gagné. A condition bien sûr d'empêcher le gouvernement de céder au chantage du MEDEF qui propose de supprimer le CA au profit d'un directoire restreint directement désigné par l'État. C'est bien le MEDEF qui propose d'étatiser ce qui resterait d'assurance maladie.

Il faut aussi entendre ceux qui comme les mutuelles et de nombreuses associations soulignent qu'elles ont aussi un rôle à jouer. C'est pourquoi l'idée est avancée d'avoir à côté du conseil d'administration une instance de réflexion où se retrouveraient mutuelles, professionnels de santé, associations de malades, qui par le dialogue avec le CA et les élus locaux et nationaux pourraient participer au processus de décision.

### Des propositions pour rassembler

On a bien deux logiques antagoniques qui s'opposent : logique de réponse aux besoins sociaux contre logique de contrainte comptable. Faire le choix de la première ne dispensera pas de mener la bataille pour un financement efficace. Ce n'est pas l'objet de cet article mais il faut signaler le succès de l'appel initié par Catherine Mills. Il montre que c'est en approfondissant le débat sur cet aspect du financement qu'on peut rassembler des forces dont certaines au départ avaient de fortes divergences sur ces questions du financement. C'est ainsi que des militants du PCF, du MRC, de la LCR, d'ATTAC, des syndicalistes de la CGT de la FSU, du G10 Solidaires, rejoint par des Verts et