

A L'INTENTION DES MILITANTS ET INTERVENANTS

**LIBERALISME – SANTE – PROTECTION SOCIALE : UN ENJEU EXEMPLAIRE  
ALERTE, LA REFORME EST EN MARCHÉ**

SENEQUE ; lettre à LUCILIUS ? 1<sup>er</sup> siècle av. JC, Cordoue :  
« Nous ne demandons plus ce que sont les choses, mais  
combien elles coûtent ? »

**On parle** d'un «déficit abyssal» de la sécurité sociale et d'un coût que notre société ne peut plus se permettre d'assurer collectivement et pour tous. On nous prépare à des «réformes nécessaires» rendues plus inévitables encore à cause de nos «vieux».

**On évite surtout de rappeler en préalable que :**

-la santé est un Droit et non un bien économique comme les autres.

-La solidarité est une valeur fondamentale, élément de notre cohésion sociale.

**Toute atteinte à ce CONTRAT SOCIAL serait lourde de conséquences individuelles et collectives. Si nous devons passer d'une conception «politique» de la solidarité, fondée sur le Droit, à une conception «privée», chacun pour soi et chacun son contrat selon ses moyens, nous ne tarderions pas à constater les effets d'une régression sociale programmée qui correspondrait à un recul de civilisation.**

Que ce péril apparaisse dans un monde et à une époque où la masse des richesses produites ne cesse de croître, nous impose une réflexion, une résistance et l'affirmation de l'attachement à un modèle social encore imparfait mais qu'il convient d'améliorer plutôt que le détruire. Ceci est l'affaire de tous et non des seuls professionnels ou de décideurs en charge de notre devenir sur un mandat que nous ne leur avons pas confié dans ce but.

VICTOR HUGO ; « Joyeuse vie », Les châtiments,  
depuis Jersey 1853 : « Les gueux disent : Bah ! Le poète !  
Il est dans les nuages ! Soit, le tonnerre aussi. »

**INTRODUCTION :**

Ouvrir un débat autour de la protection sociale alors même que s'accroissent les réformes dans l'indifférence presque générale de l'opposition et de l'opinion publique est un défi difficile mais nécessaire qu'il faut poursuivre (cf. contribution numéro douze, octobre 2003).

**Nécessaire car existe bien le sentiment d'une menace diffuse aux causes mal cernées :**

- Quatre sondages successifs entre août 2003 et février 2004 mettent **la santé en tête des préoccupations** des Français (54 à 59%), juste devant les retraites (43-44%) et bien avant la sécurité (24-29%)
- Mais dans le dernier sondage comme dans les précédents, moins du tiers des sondés fait le lien entre leurs inquiétudes et la réorganisation annoncée de la protection sociale. Ceci montre combien les termes du débat sont brouillés par une désinformation que l'on peut sans excès qualifier d'intentionnelle.
- **Ils sont pourtant 85% à considérer que la sécurité sociale est un bon système qu'il faut conserver** en l'adaptant ; ils n'étaient que 73% en 1995 (SOFRES juillet 2003).
- **Ils sont massivement opposés à la privatisation du système.**

**Difficile car la confusion est entretenue** par notre gouvernement qui simultanément :

- Annonce des réformes, puis leur «report» (Après les élections !)
- Mais organise en même temps le **tronçonnage des réformes en dispositions successives** dont certaines sont ou seront mises en application avant qu'un texte de loi soit présenté au parlement.
- Affirme son «attachement à des principes de solidarité» et d'universalité que les dispositions déjà prises démentent cruellement : remboursements accélérés de médicaments, augmentation du forfait hospitalier, suppression de la prise en charge à 100% pour les soins pré et postopératoires, diminution des crédits pour

les aides à domicile, refus d'accès au soin pour les étrangers non régularisés, précarisation croissante des chômeurs et des retraités, suppression des aides aux mères précaires, étranglement budgétaire des hôpitaux et de la recherche...

- **La pensée libérale dominante tente de nous faire admettre qu'il n'y a pas matière à débat public.** Il est posé comme préalable que la gestion de notre protection sociale et de son devenir n'est qu'une affaire d'experts et **qu'il n'y aura pas d'autres alternatives** que celles qui nous seront proposées. Nous vivons **un déni de démocratie** à propos du sujet le plus sensible, au côté de l'éducation nationale, dans ce qui fait la qualité de notre contrat social.
- **Il n'est même pas certain que la réforme annoncée fera l'objet d'un débat national.** Après le **rapport d'un Haut Conseil de circonstance remis le 23 janvier 2004 au ministre** il nous est annoncé un remède si miraculeux que sa prescription est reportée à « après les élections », l'administration probablement effectuée pendant les « vacances » du mois de juillet sera sans doute claironnée lors de la traditionnelle « gardent party » du 14 en présence d'une multitude de courtisans de tous bords, avec l'édition des « **ordonnances** » de circonstances qui éviteront tout débat parlementaire, au grand soulagement peut-être d'une partie de l'opposition en mal d'alternatives crédibles.
- **La réplique est donc difficile car les termes dans lesquels le débat est présenté sont faussés d'emblée : La plupart des questions évoquées partent de présupposés déjà contestables ou occultent les termes les plus importants du débat., comme le montre la lecture du rapport du « Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie » (HCAAM) qui mêle à côté d'un assez juste constat des propositions justifiant toutes nos inquiétudes.**

**Alors, comme il n'existe jamais de bonne réponse à une mauvaise question, il faut s'attacher à essayer de clarifier les questions.**

**Ce questionnement peut être scindé en quatre préoccupations qui seront envisagées successivement :**

- 1 - La sécurité sociale, c'est quoi au juste ?
- 2 - Le financement de la protection sociale, comment ça marche ? Pourquoi le « trou » de la sécu ? Que nous dit-on ? Que nous cache t'on et pourquoi ? La sécu serait-elle malade de ses recettes ?
- 3 - Les dépenses de santé : Ou va l'argent ? Y a t-il des dépenses indues ou excessives ? La sécu est-elle malade de ses dépenses ? Que nous cache t'on ?
- 4 - Les réformes annoncées : Dans quel contexte ? La mondialisation y est-elle pour quelque chose ? Comment cela peut-il se passer ? Au profit de qui et avec quelles conséquences ?

## **I - LA SECURITE SOCIALE - UN PEU D'HISTOIRE**

**La sécurité sociale n'est pas un service public comme les autres :**

- **Elle est une CONQUETE SOCIALE, fruit d'un siècle et demi d'histoire sociale et de conquêtes ouvrières successives.** Elle a été inspirée par les réflexions au cours de l'occupation du CNR (Conseil National de la Résistance)
- Elle a succédé en complétant son œuvre au courant mutualiste qui depuis un siècle déjà tentait de répondre aux aspirations de sécurité du monde du travail.

**La sécurité sociale est née dans le rapport de force qui était celui de 1945 :**

- Pierre LARROQUE, un de ses fondateurs en a précisé le fondement : « La collectivité est responsable du bien-être de ses membres...Elle a obligation d'assurer leur sécurité, de leur garantir en toutes circonstances des conditions d'existence convenables, cela par une redistribution consciente du revenu national ».
- **Le principe est donc celui d'une sorte de «revenu de la naissance à la mort ». A travers la maternité, les allocations, la couverture maladie ou accident, la retraite, c'est LA VIE TOUT ENTIERE qui est concernée par la protection sociale.**

- L'outil de cette ambition est l'instauration du «**SALAIRE SOCIALISE**» : La richesse produite donne droit à un salaire dont une part est «socialisée», c'est à dire retenue sous forme de cotisations mises en commun.

**Il s'agit donc clairement de dédier une part des richesses produites à la PROTECTION SOCIALE :**

- **On peut dire qu'il s'agit d'un nouveau partage entre le CAPITAL et le TRAVAIL.**
- En effet avant 1945, les assurances sociales ne représentaient que 0,9% du PIB (Produit Intérieur Brut). La sécurité sociale (SS) dès 1945, augmente considérablement cette part.

**A CE STADE QUATRE REMARQUES S'IMPOSENT :**

1 / La Sécurité Sociale **n'a pas visé à supprimer les inégalités sociales**. Ni l'organisation générale du travail, ni la propriété des moyens de production ni la politique salariale n'ont été remis en cause.

2 / **Mais la Sécurité Sociale a INSTAURE LE DROIT A LA SANTE comme un Droit Humain, QUELQUESOIT LA CONDITION DE RESSOURCE au nom d'une SOLIDARITE affirmée comme valeur première.**

3 / En 1945 le débat porte sur les moyens **d'atteindre LA GRATUITE DES SOINS**. Il porte aussi sur la place préservée pour la MUTUALITE (Dont une partie s'était déclarée hostile au projet perçu comme concurrentiel)

4 / **Enfin cette ACQUISITION SOCIALE MAJEURE n'est pas intervenue comme la cerise sur le gâteau d'une société prospère pouvant enfin «se payer ce luxe», mais au contraire dans un pays ruiné par la guerre dans la pire période de son histoire récente.**

Il faut se souvenir de cela en écoutant le : «Ca-va-pas-être-possible» de nos partenaires libéraux et de leurs alliés patronaux qui affirment que dans un pays prospère ne pourrait être maintenu le bénéfice d'un système pourtant bâti dans un pays en ruine, dans la pire conjoncture de son histoire récente.

**Ainsi donc l'ordonnance du 4 OCTOBRE 1945 énonce un compromis de nature économique et sociale qui a façonné notre histoire récente :**

**« La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toute circonstance il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes...Par une vaste organisation d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralisation à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et aux risques qu'elle couvre »**  
(Extrait de l'exposé des motifs de l'ordonnance)

La mise en place sera progressive mais rapide, **avec une gestion à majorité ouvrière :**

- En 1945 est immédiatement instauré le régime général SS pour les salariés de l'industrie et du commerce.
- En août 1946 les allocations familiales sont généralisées.
- En octobre 1946 sont reconnus l'accident du travail et la maladie professionnelle.
- En octobre 1947 la SS est étendue aux fonctionnaires

**Nous percevons après ce rappel historique que les principes mis en œuvre sont à l'opposé exact de la CONTRE REFORME LIBERALE qui se prépare à achever la « refondation sociale » voulue par le MEDEF et ses alliés politiques. Cette contre réforme conteste dans son essence même le principe de la SOLIDARITE UNIVERSELLE.**

**CONTRE REFORME ?** Nous vivons une accélération d'un processus ayant débuté quelques années à peine après la création de la SS. Entre 1947 et 1950 la France traverse une crise politique et sociale qui occasionne des grèves très dures au cours desquelles le gouvernement fait appel à l'armée. Le parti communiste quitte le gouvernement.

- **Dès 1950 les premières mesures de démantèlement sont prises** : le Général De Gaulle fait sortir les allocations familiales de la sécurité sociale. Il ne s'agit plus d'un revenu pour la première phase de la vie mais d'une «forme d'assistance sociale». Déjà dans les années 50 les chansonniers chantaient autour du «trouou de la sécu !».
- En 1958 survient une première tentative avortée d'introduction d'une «franchise» dans les remboursements.
- En 1967 le patronat conteste pour la première fois de façon frontale la SS : Le CNPF (Centre National du Patronat français, ancêtre du MEDEF) publie le **rapport PICKETTI** affirmant que «le pays aurait déjà les moyens de se payer des assurances privées»
- En 1967 les ordonnances du Général De Gaulle **cassent définitivement la «caisse unique»** et séparent maladie/vieillesse/allocations. Il est surtout **instauré le «paritarisme»** par lequel au côté de l'état et des représentants des salariés, intervient désormais le patronat pour gérer l'utilisation du «salaire socialisé». Il est **mis-fin à l'organisation des élections à la sécurité sociale** (les dernières élections auront lieu après rétablissement transitoire par la gauche en 1983).
- Dans les années 1970 interviennent des plans successifs qui alternent augmentations des cotisations sociales et diminution des remboursements (17 plans successifs entre 1977 et 2003 !)
- Dans les années 80 la réduction des dépenses est la préoccupation première.
- En 1981 le budget respecte pour la première fois les recommandations de l'OCDE de réduire les dépenses.
- En septembre et octobre 1981 FABIUS préconise clairement de ne couvrir qu'une partie des dépenses et de modifier le financement par le recours à l'impôt. Nicole QUESTIAUX, ministre, démissionne pour cette «trahison» idéologique. BERGOVOY généralisera le **«ticket modérateur»** et le remboursement à 80%.
- **Dés 1982 le patronat négocie et obtient du gouvernement de gauche la «baisse des cotisations patronales».**
- En 1985 Yvon CHOTTAT vice-président du CNPF **demande la baisse de ce qu'il nomme désormais «les charges» patronales. Ce glissement sémantique est aussi un «vol sémantique», car le patronat s'approprie par un simple changement de mot ce qui n'était qu'une part du salaire ! En réalité, baisser la cotisation patronale c'est baisser le salaire dans sa part socialisée !** L'argument mis en avant pour cette demande est bien entendu que la «baisse des charges «permettra de créer 400.000 emplois...» C'est à cette époque que se développe le discours selon lequel «l'obstacle à la reprise économique, c'est le Coût du travail...L'ennemi de l'entrepreneur c'est le salaire et l'impôt...» La première campagne du candidat CHIRAC en 1986 se fait sur le thème de «la baisse du coût du travail»
- En 1991 c'est Michel ROCARD qui **introduit la CSG (contribution Sociale Généralisée). Ce nouveau financement par l'impôt est présenté comme une mesure de justice sociale. Mais en réalité la CSG est payée à 90% par les salariés, y compris les salariés retraités. Les revenus du capital ne contribuant que pour 10% à ce financement. C'est donc le prélèvement salarial qui est significativement augmenté, en sus des cotisations déjà prélevées ! Ce nouveau prélèvement n'est pas d'un taux progressif (comme l'impôt sur le revenu), il pèse donc proportionnellement plus lourd sur le niveau de vie des bas revenus que sur celui des hauts revenus ? Sa déductibilité fiscale partielle favorise également de façon plus nette les gros contribuables. Cette modalité de contribution par l'impôt avec un taux fixe introduit pour la première fois l'idée qu'il ne serait pas équitable, en terme de solidarité nationale, d'imposer à des revenus élevés un taux de prélèvement supérieur à celui appliqué à des revenus plus modestes !**
- En 1993 pour Claude BEBEAR, président des assurances AXA «la santé est un marché comme les autres»..
- En 1995 le plan JUPPE transfère une part de la gestion au parlement et instaure la **«maîtrise comptable»** des dépenses désormais plafonnées. Les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) sont créées pour réguler le secteur public dans lequel il est prévu de fermer 60.000 lits d'hospitalisation. Les délégations de service public s'accroissent en même temps que les déremboursements. Le code de la mutualité commence à être remis en cause par les directives européennes. **Le secteur des assurances en collaboration avec certains syndicats médicaux (CSMF et SML) élabore une «alternative à la sécurité sociale» dont la remise au secteur privé est envisagée à très court terme...Mais** intervient la «dissolution» qui interrompt ces projets.
- En 1996 la désignation par voie électorale des représentants des assurés sociaux est juridiquement supprimée

- En 1999 Martine AUBRY qui n'a remis en cause ni la maîtrise comptable ni la mission et le fonctionnement des ARH, instaure la **CMU (couverture Maladie Universelle) par laquelle va être consacrée l'entrée des assurances privées dans le financement d'une partie de la protection sociale**
- De la même manière la commission SOUBIE autorisera l'intervention privée dans le financement de certaines activités en réseau présentées comme « expérimentales ».
- En 2002 la droite revenue au pouvoir annonce une refonte complète du système. La première étape a concerné le régime et le financement des **retraites au printemps 2003**. L'assurance maladie devait être « traitée » à l'automne 2003, mais la tension sociale induite par la réforme des retraites incite à la prudence avant une année électorale en 2004. Un sursis serait nous dit-on accordé mais les réformes suivent leur cours sans qu'un projet « global » ne soit annoncé qui devrait intervenir au cours de l'été 2004 si le gouvernement reste libre de ses actions en l'absence de mobilisation sociale..

**Nous le verrons, il s'agit d'un débat et d'un projet portant sur un VERITABLE CHOIX DE SOCIETE. Les conséquences prévisibles, individuelles ou collectives s'annoncent considérables.**

**La situation française n'est pas exceptionnelle et la création de la sécurité sociale a accompagné une dynamique d'expression mondiale.**

- Tous les pays occidentaux européens se sont dotés d'un système de protection sociale dans des conditions et à des époques variables.

- **Le DROIT A LA SANTE est clairement inscrit dans la DECLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME DE 1948.**
- **Dès sa fondation l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la santé comme « un BIEN ETRE PHYSIQUE, MENTAL ET SOCIAL ». La dimension donnée à cette définition inscrit clairement ce Droit dans une vision globale de la société et comme un acquis de notre civilisation.**

- En 1978 l'OMS voulait promouvoir, au niveau mondial, un « droit à la santé pour tous d'ici l'an 2000 » !
- En 2000, l'OMS rappelle ses objectifs fondamentaux : « Il va de soi que l'amélioration de la santé est non seulement la RAISON D'ETRE d'un système de santé, mais aussi SON OBJECTIF PREMIER ET FONDAMENTAL ... Les soins nécessaires sont bien souvent imprévisibles... et il est INDISPENSABLE que les gens ne SOIENT PAS OBLIGES DE CHOISIR ENTRE DES DEPENSES RUINEUSES ET LA PERTE DE LA SANTE ». L'ambition affichée en 1978 était pourtant révisée à la baisse en espérant d'ici 2015 combattre la pauvreté et réduire de moitié la mortalité infantile.
- Pour éclairer les commentaires ultérieurs sur la **dégradation de ce droit à la santé** pourtant reconnu fondamental, il n'est pas inutile de rappeler que la **déclaration des droits de l'homme de 1789** proclamait « Le Droit de propriété inviolable et sacré », mais ce Droit restait soumis à une « **clause d'exception**, lorsque la nécessité publique légalement constatée l'exige... sous condition alors d'une juste et préalable indemnité ». De cette affirmation reprenant le « droit de détresse » issu des principes de la philosophie de HEGEL, le code civil continuera à s'inspirer par ses articles 544 et 545. Ces deux articles définissent le Droit de propriété et ses limites : « Nul ne peut être contraint de céder sa propriété, si ce n'est cause d'utilité publique ». Ce Droit est couramment appliqué par exemple pour l'aménagement du territoire et la mise en place des réseaux de communication routière ou ferroviaire. Mais il est vrai que ces réseaux sont au service premier de la société marchande et non de personnes privées exclusivement. **La question en Droit est de savoir si certaines urgences sociales ou besoins de santé ne devraient pas être considérés d'utilité publique ou relevant d'un état de nécessité ?**
- Mais c'est en amont même de l'attribution et de la protection de ces propriétés privées que siège l'injustice première, trop souvent consacrée par le Droit et responsable des plus grandes inégalités sociales : Une juste répartition des richesses devrait être assortie de la garantie que les droits fondamentaux restent hors de portée de toute appropriation privée.
- Selon des critères élaborés par elle-même, l'OMS classait en l'an 2000 la France au premier rang des **systèmes de santé**, pour ses institutions comme pour ses résultats. Les Etats-Unis n'arrivaient qu'au 37 me rang sur 191 pays testés.
- **Mais l'évaluation de la politique sociale d'un gouvernement passe aussi par l'évolution et la répartition de la pauvreté** : AMARTYA SEN, prix Nobel d'économie 1998 s'est attaché à élaborer les indicateurs de cette mesure de la pauvreté qui ramène la France à un rang moins glorieux. **Le seuil de pauvreté** est estimé dans notre pays à 579 euros par mois et **4,5 millions de personnes vivent en dessous**

**de ce seuil, 2,5 millions ont recours à l'aide alimentaire.** Le taux de retraités dans cette catégorie ne cesse de croître, il est déjà de 480.000 personnes. Cette situation s'est encore aggravée au premier janvier 2004 par la réduction programmée des aides et allocations aux chômeurs, ainsi que par la fin de la gratuité des soins pour les plus démunis décidée en 2003 !

- **Les INEGALITES SOCIALES EN SANTE restent importantes en France et plus élevées que chez nos voisins européens :** En vingt ans les écarts entre catégories sociales ne se sont pas résorbés, ils ont même tendance à se creuser. A 35 ans un ouvrier non qualifié peut espérer vivre encore 38 ans, contre 43 ans et demi pour un cadre. Le risque d'incapacité dans cette période est de 6,7 ans chez l'ouvrier non qualifié mourant pourtant plus jeune et de 5,3 ans chez un cadre avec plus de cinq ans de survie prolongée.
- **L'inégalité sociale est aussi une inégalité d'accès aux assurances complémentaires.** Le caractère non universel et non intégral de la couverture maladie participe à ce différentiel. L'apparition programmée d'un « panier de soin » restrictif accentuera encore cette inégalité.
- **Le risque de mortalité des chômeurs entre 1990 et 1995 était trois fois plus élevé que chez les actifs.**

**Pour « produire de la santé », une société a besoin de produire des richesses et du soin, mais aussi de l'éducation, de l'emploi et du lien social. Elle a aussi besoin d'améliorer les conditions de travail du plus grand nombre. L'assurance maladie dont le rôle est pourtant essentiel n'est donc pas le seul instrument de la meilleure santé pour tous.**

**Depuis le début des années 90 une forte offensive libérale mondiale s'est développée pour remettre en cause le principe même de la protection sociale collective, universelle et d'accès égalitaire :**

- Les actions de la BM (Banque Mondiale), de l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) et du FMI (Fond Monétaire International) visent clairement à rejeter partout le modèle d'une protection sociale publique, jugée comme représentant une entrave à la productivité et considérée comme devant rejoindre le secteur marchand, pour représenter elle-même un secteur à visée d'abord lucrative.
- Le rapport 1994 de la BM affirme que : « Les dépenses de santé allaient devenir un fardeau insupportable pour les nations ».
- **L'OMC après 1995 et au travers de l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services), prévoit explicitement le démantèlement de l'état Social au profit du secteur marchand.**

## **II LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE**

Notre système de protection sociale est réputé « en faillite » ! On ne peut aborder ce sujet avec un éclairage trop limité et une vision comptable trop simplificatrice.

**Il convient de situer les données économiques concernant la protection sociale dans le cadre global de l'économie réelle et faire apparaître ainsi les données occultées par ceux qui ont décidé de déclarer la faillite d'un système dont ils envisagent, en fait, de déposséder la collectivité. La même démarche sera nécessaire pour la compréhension des dépenses.**

### **LES BASES DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE :**

**Le système français actuel est fondé sur l'équité de contribution financière de chacun :**

- **En fonction de ses ressources.**
- **Indépendamment du risque.**
- **La contribution est progressive et proportionnelle au revenu.**

L'ensemble est fondé sur un droit à la santé qui respecte aussi d'autres obligations : L'accès égal au soin pour tous, la confidentialité, la liberté de choix du médecin par le patient.

Cette contribution financière repose sur la **COTISATION SOCIALE**. La part du salaire «socialisé» est ainsi nommée car son produit est mis en commun après avoir été prélevé sur la masse des richesses produites. C'est bien du salaire qu'est prélevée une cotisation dite salariale (60%) et une autre dite patronale (40%), mais c'est le travail seul qui est à l'origine de cette richesse redistribuée.

Il est notable et pourrait être utilement rappelé dans un proche avenir lors des négociations annoncées que le HCAAM ait exprimé dans son rapport que « Les partenaires sociaux, dont la légitimité historique à gérer l'assurance maladie trouve notamment son fondement dans l'assiette massivement salariale des recettes... » au côté d'autres partenaires.

#### **LE BUDGET DE LA SECURITE SOCIALE :**

La masse financière gérée est **aussi importante que le budget de l'état**. Cela signifie que cette part du PIB (Produit Intérieur Brut) a été dédiée à une mission de solidarité collective, ce fut le choix démocratique résultant des ordonnances de 1945.

#### **Les «recettes» ainsi disponibles proviennent actuellement de sources variées :**

- **Des cotisations sociales :** .....62 % (60% salariales et 40% dites patronales)
- **De la CSG (Contribution Sociale Généralisée).....20 %** Introduite en 1991 par Michel ROCARD, cette contribution par l'impôt pèse à 90% sur les ménages. La contribution est de 7,5% pour les actifs et de 6,2% pour les retraités, prélevée sur tous les revenus y compris chez les 47% de foyers fiscaux non imposables.  
**Au total les recettes (cotisation plus CSG) sur les revenus d'activités** totalement dé plafonnés aboutissent à un prélèvement de **18,8% sur le salaire Brut.**
- **De taxes spécifiques** .....18 % (Automobile, alcool, tabac...).

**Le budget de la CNAM (caisse Nationale d'Assurance Maladie) atteint à lui seul 114 milliards d'Euros.**

#### **EVOLUTION ET EQUILIBRE DE CE BUDGET : LE «TROU DE LA SECU»**

Entre 1999 et 2003 **les dépenses de santé ont augmenté de 16 %.**  
 Dans la même période **le PIB (Produit Intérieur Brut, mesurant la richesse de la nation) a augmenté de 15,6 %**

#### **Il est annoncé un déficit de la CNAM de 10,5 milliards d'euros (15 milliards en cumulant 2002 et 2003).**

Mais il faut savoir que ce déficit :

- Avait été ramené à zéro lors du budget précédent en 2001
- Qu'il représente, **rapporté au budget de la CNAM** de 114 milliards un déficit de **8,5 %**
- Que **l'on peut comparer ce déficit à celui du budget de l'état** qui pour une masse financière comparable atteint actuellement **20 %** (très au-dessus des «critères de Maastricht basés sur 3 %). En sachant en sus que le budget de l'état pour 2004 prévoit déjà un déficit programmé de 55 milliards d'euros, sans que la politique de «baisse des impôts» ait été remise en cause.

On peut observer que l'économie libérale s'accommode fort bien de certains « déficits structurels » sans songer à recourir à l'impôt pour les combler. Ce déficit est alors le revers d'une économie financiarisée et spéculative. Le modèle de cette vie « a crédit » est représenté par les USA avec un déficit dépassant largement les 150 milliards de dollars tout en poursuivant sa politique de baisse d'impôt et en s'accommodant de très fortes inégalités sociales.

Lorsque l'opinion est alarmée sur la « gravité » du déficit de la sécurité sociale, l'émoi est à l'évidence disproportionné avec la situation réelle dont les causes ne sont même pas analysées avec sérieux. Il s'agit en fait de faire adhérer l'opinion publique à l'idée qu'il existerait un « dysfonctionnement » que seule une gestion plus libérale pourrait corriger. Cette mystification repose nous le verrons sur une imposture.

L'interprétation commune de ce «déficit» est de dénoncer une exagération des dépenses, nous y reviendrons. En affirmant cela on occulte le débat beaucoup plus important sur les causes de la diminution des recettes. Ce débat peut être résumé en quatre questionnements :

- 1- Comment sont réparties les richesses produites ? Quelle est l'évolution de cette répartition ?
- 2- Les cotisations sociales sont-elles bien versées ?
- 3- Quel est le rôle du chômage ?
- 4- Existe t-il d'autres causes au déficit des recettes ?
- 5- Existe t-il d'autres causes mettant en péril les solidarités ?

### 1 – Comment sont réparties les richesses produites ? Quelle est l'évolution de cette répartition ?

La question est de savoir quelle est la part consacrée à la REMUNERATION DU TRAVAIL (Sur laquelle sont prélevées les cotisations sociales) et la part réservée à la REMUNERATION DU CAPITAL (Correspondant aux profits des entreprises et des actionnaires).

**La tendance forte observée est une rémunération croissante du capital et des actionnaires, aux dépens de la rémunération du travail lui-même par les salaires :** ( Données INSEE 16 4 2002)

- En effet la part des salaires dans la VALEUR AJOUTEE était de :  
71,7 % en 1980, pour devenir .....60 % en 1995 !
- Dans le même temps les profits passaient de :  
28,3 % en 1980, pour atteindre .....40 % en 1995 !

- Cette tendance forte a entraîné une baisse de 11,7 % de la masse salariale par rapport au PIB et représente la PRINCIPALE CAUSE DE LA DIMINUTION DE LA MASSE DES COTISATIONS SOCIALES.
- Ce transfert au détriment de la rémunération du travail vers la rémunération du capital représente 150 milliards d'euros par an (Dix fois le trou de la sécu !)
- Si cette part n'avait pas baissé de plus de 10% et même dans le contexte économique actuel, il n'y aurait pas de «trou de la sécu». Si les profits réalisés n'échappaient pas au prélèvement de cotisations sociales, le déficit serait également comblé.

Il est donc démontré que la part des salaires ne cesse de reculer depuis 20 ans malgré l'augmentation des richesses produites dans notre économie française. **La croissance ne profite pas en premier à ceux qui représentent la force de travail.**

Il est légitime de s'interroger sur la destinée de ces profits : **Où va le profit en dehors des salaires ?**

- Ces profits sont massivement redistribués en dividendes aux actionnaires.
- Mais l'essentiel des actions étant détenu par moins de 5 % de l'ensemble des actionnaires, ce sont ces «actionnaires majoritaires» qui bénéficient le plus de ce transfert des richesses produites par le travail.
- Ainsi pour les seules entreprises non cotées en bourse (excluant donc les grosses firmes multinationales ou le phénomène est encore amplifié), la MASSE ACTIONNAIRE représentait en France :  
11,4 milliards d'euros en 1978  
53 milliards d'euros en 2002
- Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec la masse salariale globale des mêmes entreprises qui était d'environ 60 milliards d'euros.  
( Ref : Alternatives économiques HS 2003 Les chiffres de l'économie / Rapport de la cour des comptes de la nation INSEE 2002)
- Dans le même temps les revenus financiers en 2002 étaient de 82 milliards d'euros, dont 80 milliards pour les seules institutions financières et les banques. Cette masse échappe elle aussi aux cotisations.

### 2 - Les cotisations sociales sont-elles bien versées ?

Il semble que non pour plusieurs raisons :

- Les employeurs n'ont cessé de demander et d'obtenir des réductions ou exonérations de ce qu'ils ont convenu d'appeler des «charges patronales» mais qui correspond en réalité à une part du salaire socialisé.



- L'argument présenté est toujours le même ; il s'agit de «diminuer le coût du travail pour accroître la «productivité », créer ou sauver des emplois, mais le bilan de ces mesures a démontré leur effet contre productif en terme d'emplois, les gains de productivité n'ayant le plus souvent bénéficié qu'aux actionnaires et aux entrepreneurs.
- L'instauration en 2003 du **RMA** (Revenu Minimum d'Activité) envisage un travail payé un demi-SMIC sans aucune cotisation patronale ! Nous parvenons au stade ou le « travailleur pauvre », tel qu'il existe déjà aux USA fait partie des options avouées de la « refondation sociale » !

<b>- Le volume de ces exonérations est croissant :</b>		
Il était de	<b>1,3 milliards</b> (convertis en euros)	<b>en 1991</b>
Il était de	<b>8,8 milliards</b> d'euros	en 2001 (gauche plurielle)
Il est actuellement de	<b>19,6 milliards d'euros</b> ! (Soit bien plus que le « trou de la sécu »)	

- Pour l'essentiel cette masse qui a donc fait défaut au budget de la protection sociale a été utilisée pour la distribution de dividendes aux actionnaires ou pour la spéculation boursière.
- **L'état s'est engagé, pour «faire accepter» ces mesures de faveur au patronat par l'opinion, à «compenser» ces exonérations, mais :**
  - **Si l'état a effectivement versé 18 milliards d'euros de compensations,**
  - **C'est en fait le contribuable qui par l'impôt a du financer les exonérations consenties aux entreprises !**

**Il est vrai que la protection sociale n'est pas la seule affectée :** La France détient le record européen du nombre de dispositifs fiscaux dérogatoires pour échapper à la fiscalité. Le rapport du conseil des impôts publié en octobre 2003 a recensé 418 mesures différentes !. Le coût de ces dispenses fiscales est évalué à **50 milliards** d'euros par an de « manque à gagner » pour l'Etat, soit **20% des recettes de l'impôt** ou 3% du PIB. Le rapport est particulièrement critique sur la fiscalité de l'épargne jugée incohérente.

### **3 - Quel est le rôle du chômage ? Quelles sont les causes de ce chômage ?**

La montée du chômage participe évidemment à réduire les recettes de la protection sociale par manque de cotisations sociales.

Le débat sur la masse des «actifs» est cependant complexe car il est démontré que la croissance des richesses produites (PIB) s'accommode de la croissance du chômage. On peut observer aussi que si en 1950 on ne «comptait» que 300.000 chômeurs, à la même époque et aux périodes d'origine de la protection sociale, le travail des femmes était bien moins répandu qu'il ne l'est depuis les années soixante et dix. On peut donc dire qu'une forte proportion «d'inactifs», souvent avec des familles plus nombreuses qu'actuellement, a été en cette période compatible avec le financement de la protection sociale pour tous. D'autres facteurs interviennent donc, comme la part des salaires dans les richesses produites par exemple (comme expliqué dans le paragraphe 1).

**Il reste vrai que 100.000 chômeurs de plus représentent environ 1 milliard de recettes en moins. Il y a actuellement 4 millions de chômeurs ! Les licenciements creusent « le trou de la sécu ». Une politique de l'emploi plus volontariste suffirait à elle seule à supprimer le « trou de la sécu ».**

**Quelles sont les raisons de ce déficit social d'emplois ?** Certaines sont fréquemment mises en avant, d'autres qui sont en relation avec la mondialisation libérale et les relations Nord : sud sont moins volontiers évoquées :

- La façon la plus convenue d'expliquer le chômage est de dénoncer une croissance insuffisante (toujours expliquée par la «conjuncture») ou de dénoncer le «coût excessif du travail» qui empêcherait la création d'emplois.
- C'est cette deuxième explication qui est mise en avant pour «justifier» la réduction des cotisations patronales (Nommées « charges » par le MEDEF). Mais la carotte ainsi proposée aux employeurs est transformée par eux en aubaine avec des effets pervers multiples :
- **1/ Le premier effet observable est bien sur la diminution des cotisations sociales** et leur compensation par l'état au travers de l'impôt

- 2/ Mais l'autre effet aussi pervers est de «tirer vers le bas» le **taux moyen des salaires**, dans le but **d'accéder aux conditions d'exonération de «charges» définies par l'état**. Cette condition qui concernait précédemment tous les salaires inférieurs à 1,3 fois le SMIC a été **étendue à toutes les entreprises employant des salariés à moins de 1,7 fois le SMIC**.

- **On peut dire que les mesures prises d'exonérations de cotisations patronales sont une véritable prime à l'incivisme social qui privilégie les entreprises maintenant les plus bas salaires !**

- **A bien y réfléchir, le choix d'une politique d'emploi basée sur les exonérations de cotisations patronales et sur la tolérance des bas salaires, contient en lui-même la remise en cause du système de protection sociale dont il diminue inéluctablement les ressources. Il s'agit clairement de préférer la santé du marché à celle des salariés.**

- Il est donc automatique qu'une politique de stagnation des salaires empêche une croissance des cotisations sociales, nous observons pourtant que :
  - Les salaires inférieurs à 1,2 fois le SMIC représentaient 20 % des emplois en 1990, leur taux était de 25 % en 2000
  - **1 % d'augmentation généralisée des salaires rapporterait 3 milliards d'euros de cotisations sociales**

**A côté de ces explications communes du chômage il existe un autre mécanisme dont l'importance va rester croissante et dont les incidences sur le financement de la protection sociale sont encore plus importantes. Il s'agit des processus de filialisation, de sous-traitance et plus encore de l'externalisation des emplois.**

#### - LA SOUS TRAITANCE :

**C' est un moyen pour l'employeur de ne conserver que les activités à forte valeur ajoutée avec peu de main d'œuvre** (par exemple l'assemblage robotisé des voitures). La maison mère échappe ainsi pour l'essentiel au «poids» des cotisations sociales.

**Les filiales** réaliseront, elles, les activités à **forte main d'œuvre mais faible valeur ajoutée** (Par exemple couverture manuelle des sièges automobiles ou câblages électrique). Les emplois nécessaires sont nombreux mais faiblement rémunérés et donc accédant aux conditions d'exonération de cotisation sociale patronale. Les PME concernées ressentent souvent comme injuste la pression fiscale et les charges auxquelles elles tentent d'échapper, alors que la pression principale est celle de la maison mère jouant de la concurrence pour imposer la réduction des coûts par des très bas salaires (Et parfois une main d'œuvre en situation irrégulière plus encore exploitée)

#### - L'EXTERNALISATION :

**Elle représente le mode le plus évolué de cette dérobade sociale qui vise à maximiser les profits en échappant aux contraintes de la solidarité nationale. Les «délocalisations» d'entreprises à forte main d'œuvre représentent un phénomène explosif depuis les années 90.**

Ce phénomène est mondial : British Airway et Lufthansa ont délocalisé leur comptabilité en Inde, pays champion sur ce marché. **En Europe le taux de croissance de ces services délocalisés est de 12 % par an. 70 % des grandes entreprises françaises sont concernées.** Selon Mc KINSEY le marché mondial des services délocalisés pourrait atteindre 500 milliards de dollars en 2008. Les patrons américains estiment déjà que cette technique aura plus d'impact sur leur activité dans les dix prochaines années que les fusions-acquisitions coûteuses ou les alliances Plus aucun « jean » n'est fabriqué aux USA depuis 2003 !

En France dès 1993 le sénateur Jean ARTHUIS alors rapporteur de la commission des finances du Sénat s'inquiétait de la délocalisation de certaines activités industrielles. En 15 ans soulignait-il l'électronique, le textile et la chaussure avaient perdu près de la moitié de leurs effectifs. Dix ans après il constatait que la situation s'était encore aggravée. Il fut ministre de l'économie entre mai 95 et juin 97 sans trouver de solution au problème. Il prédisait une menace sur près de cinq millions d'emplois. Dans un rapport ultérieur le sénateur Denis BADRE rendait les délocalisations responsables déjà de la perte de 300.000 emplois. D'après Olivier CHADUTEAU, directeur chez Andersen Consulting, **certaines firmes pourraient ne devenir qu'acheteuses de prestations délocalisées.** Plusieurs exemples récents illustrent cette tendance : NATHAN et LAROUSSE font déjà numériser leurs publications aux îles Maurice. Ces îles bénéficiaient d'un accord préférentiel avec l'Union Européenne actuellement remis en cause par l'OMC et imposant dès lors une politique encore plus

rigoureuse sur les salaires pour s'aligner sur le « moins disant social » asiatique ou sud-américain. En 2003 **THOMSON** crée en Chine une co-entreprise pour produire des téléviseurs qui représentent 20% de son chiffre d'affaire ; sur huit millions de téléviseurs seulement 300.000 seront produits en France ; sur 74.000 emplois la firme n'en conserve actuellement que 5.000 en France dont 850 dans la production de téléviseurs, mais la main d'œuvre chinoise est dix fois moins chère ! La société **ALSTOM** résume à elle seule cette évolution : Ce fleuron de l'industrie du transport et de l'énergie existe depuis 1872, à l'origine du TGV et de turbines pour centrales ou de chantier naval ; le chiffre d'affaire est de 21 milliards d'euros avec 118.000 salariés dans 70 pays, dont 85.000 en Europe et 30.000 en France dont plusieurs milliers devraient disparaître ; lorsque le groupe entre en bourse en 1998 s'accéléraient les ventes de filiales, les externalisations, les plans sociaux et les licenciements ; pour «sauver» le groupe, façade prestigieuse de l'industrie française, l'état doit cependant en 2003 déboursier 500 millions d'euros et remplacer le PDG Pierre Bilger rémunéré à 1,2 millions d'euros et qui négociera son indemnité de départ à 5,1 millions d'euros !

Guillaume SARKOZY, président de l'union des industries textiles et actuel vice-président du MEDEF, déclarait le 27 11 2002 devant l'association des journalistes économiques et financiers : « Il faut être fier (des délocalisations) car c'est ce qui sauvera notre industrie ». **Mais on ne voit pas quelle fierté il peut y avoir à licencier des smicards pour surexploiter loin de chez nous des gens que l'on paiera encore moins cher, dans des pays où l'idée même de code du travail ou de protection sociale n'est encore qu'une utopie.**

**La conséquence première des délocalisations, au-delà du chômage induit, est la disparition des cotisations sociales tout en renforçant les profits des entreprises.**  
**La mondialisation libérale ne se contente pas par ses directives de proclamer la mort de l'état social, elle agit activement pour en assécher les ressources et s'accommode plutôt bien de trouver des territoires où le déficit démocratique permet de rétablir un régime d'exploitation des travailleurs aboli chez nous depuis deux siècles.**

**Il paraît vain d'espérer quelque régulation de ce phénomène sans remettre en cause l'ordre économique et juridique mondial et sans élargir aux pays tiers les droits sociaux élémentaires.**

C'est bien l'absence de ces droits qui fait de ces territoires le champ privilégié d'une exploitation parfois inhumaine de main d'œuvre rendue docile par son extrême précarité et souvent par les régimes autoritaires qui sont les seuls à tirer quelques revenus des marchés conclus avec les firmes multinationales.

**L'incidence croissante de ces processus sur nos propres économies rendrait vaine toute résistance au démantèlement de notre « contrat social » qui ne s'inscrirait pas dans un combat parallèle pour la revendication globale d'accessibilité des travailleurs des pays du Sud à des garanties que nous craignons de perdre chez nous mais que nul ne songe à consentir chez eux.**

Cette exigence « internationaliste » de justice sociale vaut également, à la veille de l'élargissement de l'Europe pour les pays de l'Est qui vont être accueillis dans l'union sans harmonisation préalable des législations sociales. Il est prévisible que la « libre circulation » permettra à moindre coût de réaliser des « délocalisations intra-européennes » vers des territoires où la lecture de Zola refléterait encore l'état réel des nations !

**Il n'est pas d'autre alternative que cette lutte mondialisée contre l'exploitation pour à la fois permettre l'émancipation des pays du sud et sauvegarder pour une part les bienfaits obtenus au prix de nos propres luttes sociales.**

**Dans ce contexte il faut se prémunir des réflexes de rejet et d'un refus de solidarité** envers ces « nouveaux exploités » perçus comme concurrents du salariat occidental, comme s'ils étaient responsables, eux, du statut misérable qui leur est consenti. Les responsables sont toujours ceux qui exploitent et tirent avantage de cette exploitation. Il peut apparaître pourtant de nouveaux nationalismes, chauvinismes, protectionnismes, souverainismes qui sont autant de variantes d'un **sentiment xénophobe qui ne sert que les pouvoirs en place et entrave la prise de conscience des rapports de force réels qu'il faudrait établir pour contrer l'extension des inégalités mondiales.**

**Les organisations internationales sont conscientes de cet enjeu mais ont perdu la maîtrise des décisions qu'il conviendrait de prendre :** Les « objectifs du millénaire » lancés en 2000 par l'ONU pour d'ici 2015 prévoient de réduire de moitié la pauvreté et d'améliorer la santé de tous. Cette ambition ne paraît déjà plus crédible aux acteurs lucides :

- Pour Mark Malloch BROWN, administrateur du **programme des Nations Unies pour le développement**, les pays les moins avancés « voient leur indice de développement humain reculer comme jamais...La mondialisation a rendu les pauvres encore plus pauvres ». Pour lui « Le manifeste du XXI<sup>e</sup> siècle est là, dégager des priorités enfin sociales et environnementales...On connaît les solutions...Mais il manque toujours...la volonté politique ». Il prédit que « La colère et l'injustice vont provoquer un retour de bâton

terrible si l'on agit pas vite... Soit les dirigeants du monde comprennent qu'il faut enfin se donner les moyens de lutter contre les inégalités et accélérer l'inclusion des plus démunis, soit ils abdiquent et optent pour le laisser-faire, ouvrant la voie à la déstabilisation globale et une forme de néoterrorisme ». En effet « La logique de rentabilité, même adoucie par une nécessaire responsabilité sociale et environnementale, ne peut servir d'alibi à des choix politiques ».

- James WOLFENSON, président de la **Banque Mondiale**, partage ce pessimisme : «Chaque année 1.000 milliards de dollars sont dépensés dans l'armement, 350 milliards dans les subventions agricoles et 57 milliards dans l'aide au développement »

**Il semble que la mondialisation libérale, aux yeux même des responsables planétaires les mieux informés, soit à l'origine d'un incontrôlable processus d'apartheid mondial dont les conséquences pourraient s'avérer apocalyptiques aussi longtemps que les acteurs économiques prétendent imposer leurs choix aux représentations des peuples.**

#### **4 – Existe t-il d'autres causes au déficit des recettes ? Quel est le rôle de la baisse des impôts ?**

L'état lui-même est «mauvais payeur », en dette de **14 milliards d'euros** (plus que le «trou » 2003) correspondant à des taxes créées à cet effet mais jamais reversées (Sur le tabac, l'automobile et l'alcool).

**Les baisses d'impôt ont des incidences sociales multiples** : L'impôt sur le revenu a été baissé de 1,6 milliards d'euros en 2003, une nouvelle baisse de 3% est prévue en 2004. Ainsi un couple aisé gagnant 150.000 euros par an y gagnera 1900 euros, un couple modeste gagnant 20.000 euros n'économisera que 19 euros !

- L'effet de ces mesures ne bénéficie réellement qu'aux plus hauts revenus.
- Ces mesures **participent à installer dans les esprits l'idée qu'il serait désormais injuste de contraindre les plus riches à participer plus fortement au financement des bien collectifs qui profitent à tous** ; leur cotisation persiste mais il est admis qu'elle pourra décroître. (Rare sont ceux qui évaluent l'incidence sociale de mesures dont ils sont bénéficiaires, il faut lire de Jean Marc Sylvestre «une petite douleur à l'épaule gauche » ; ce journaliste économiste libéral par ses chroniques quotidiennes sur France-Inter ne cessait de stigmatiser le service public avant de modifier complètement son jugement, au moins temporairement, pour avoir eu la vie sauve après recours à ses services.)

**Une dernière mesure concernant les hauts salaires** a consisté pour «renflouer les ressources » a **supprimer certains plafonnements de cotisations sociales**. Par cette suppression les riches devaient «payer un peu plus qu'avant » leur contribution à la solidarité nationale :

- Cette disposition aurait été équitable si elle n'avait en même temps été compensé par une baisse d'impôts sur les hauts revenus.
- **Elle a eu pour effet pervers de modifier certains modes de rémunération, négociés entre employeurs et cadres concernés : Il a suffi de transformer une part de la rémunération en forme non soumise à cotisation sociale (primes, intéressement, stock-option). L'avantage est partagé par l'employeur et le salarié dont les intérêts se superposent pour échapper tous deux à des cotisations sociales accrues.**

Dans cette situation les salariés les plus aisés deviennent beaucoup plus réceptifs au discours qui vise à démanteler la protection sociale fondée sur la solidarité ; justement parcequ'ils ont le sentiment d'y contribuer excessivement et aussi parcequ'ils pensent avoir les moyens de «se payer » une protection individuelle privée.

**AINSI APPARAISSENT LES ORIGINES MULTIPLES DE LA BAISSSE DES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE. LE « TROU DE LA SECU » N'A PAS ETE CREUSE PAR LA SECU NI PAR LES USAGERS, MAIS PAR DES MESURES POLITIQUES, ECONOMIQUES ET FISCALES QUI ONT CLAIREMENT CONTRIBUE A METTRE LE SYSTEME DANS UN ETAT DE FAUSSE FAILLITE.**

**LA SECURITE SOCIALE EST BIEN MALADE D'UN MANQUE DE RECETTES QUI PROVIENT D'UN CHOIX IDEOLOGIQUE DELIBERE, VISANT A PREPARER L'OPINION AU CARACTERE INEVITABLE DU RENONCEMENT A LA SOLIDARITE NATIONALE.**

<b>5 - Existe t-il d'autres causes à la fin des solidarités annoncée ?</b>
--

**« La transformation des classes en masses et l'élimination parallèle de toute solidarité de groupe sont les conditions de la domination totale...Les organisations totalitaires sont des organisations massives d'individus atomisés et isolés » (Hannah ARENDT, les origines du totalitarisme)**

**« Rendez les précaires et vous les rendrez dociles » (Pierre BOURDIEU)**

**Au sein même du salariat se mettent en place des processus de désintégration des solidarités**, dont la cotisation sociale n'est qu'un mode d'expression consenti longtemps comme légitime et facteur de cohésion attendue.

La précarité généralisée, la flexibilité et la mobilité, l'individualisation des salaires et des carrières, l'intermittence, la disparition des statuts collectifs protecteurs, la carotte de la rémunération au mérite ou celle d'un actionariat salarié sont autant d'éléments qui participent à la désintégration des solidarités, à la désyndicalisation, au repli sur soi jusque dans le désinvestissement dans la vie politique, l'abstentionnisme, la faillite du politique qui a cessé de paraître représentatif ou protecteur, les seules tentations restantes sont populistes ou corporatistes parfois même en dehors du monde du travail (Chasse, pêche, nature et tradition !)

**Les victimes elles-mêmes de la refondation sociale voulue par le MEDEF perdent la perception de l'injustice collective qu'ils subissent**. L'idéologie libérale cultive le mythe de la réussite individuelle, des bilans de compétence proposés aux employés jusqu'au « coaching » des cadres censés garantir le succès, La recherche de l'employabilité a remplacé le concept de formation initiale et celui de compétence, le faible appétit salarial et la docilité sont des atouts plus déterminant que les diplômes. L'exclusion est signe d'échec personnel mais la précarité de l'emploi est acceptée comme une norme tant la sécurité est devenue l'exception. Les statuts encore « protégés » sont stigmatisés aux yeux de l'opinion et en premier celui de la fonction publique.

Pour nombre de précaires peu ou pas imposables, la cotisation sociale est perçue comme un prélèvement « injuste », là où l'imposition des hauts revenus paraîtrait plus équitable.

**Tous ces phénomènes se conjuguent pour participer à l'acceptation d'une rupture des solidarités par ceux la même qui ont le plus à y perdre** et n'auront pas demain les moyens de financer une protection personnalisée. Mais il est vrai que le scénario de l'absence de tout droit social tel qu'il existe aux USA n'a pas encore vraiment pénétré l'imaginaire des classes les plus populaires qui « ne croient pas possible » que survienne une telle atteinte, comme ils n'imaginaient pas le scénario régressif et massif de la remise en cause des régimes de retraites en 2003 !

**L'élément essentiel qui est en train de se perdre est celui qui avait fait que la classe ouvrière en 1945 avait revendiqué et obtenu que la gestion de la protection sociale soit confiée aux représentants des salariés. L'assiette salariale alors exclusive des cotisations légitimait cette prétention. Un recours plus massif à l'impôt ferait tôt ou tard disparaître l'évidence de cette légitimité pourtant essentielle (Cf. chapitre 1 et 2)**

Un point essentiel du combat pour sauver une protection sociale véritablement solidaire et universelle est bien d'exiger le maintien de cette gestion et de refuser aussi bien une privatisation totale ou partielle comme le souhaiterait le MEDEF qu'une étatisation intégrale comme dans le modèle Thatcherien.

**Le meilleur système de soins possible ne sera jamais mieux défendu que par les citoyens eux-mêmes.**

**Il ne faut pas méconnaître non plus que le recul de l'Etat social a pour contre partie sans doute inévitable et probablement voulue, la montée de l'Etat pénal et sécuritaire.**

Lorsqu'un choix de société tourne le dos à ses fondements humanistes pour ne considérer l'homme que pour son utilité, son employabilité et sa solvabilité, des tensions sont inévitables dont l'Etat doit se prémunir. Le système économique ainsi défendu peut assez aisément prendre l'apparence d'un nouveau totalitarisme. Ce n'est pas un hasard si dans les recommandations de l'OMC et du FMI il n'est prévu de ne laisser aux états que le pouvoir régalien de la police et des armées. Il est entendu que **ce pouvoir est mis au service de la privatisation du monde** et d'elle seule.

Il n'est pas excessif d'imaginer que les états ne seraient plus un jour que les organes mercenaires d'un pouvoir économique mondialisé.

Au besoin les forces économiques, comme elles le font déjà pour protéger certains sites de ressources naturelles dans les pays du sud, n'excluent pas d'avoir recours à des milices ou armées privées, consolidant souvent les pouvoirs locaux en les protégeant de leurs propres peuples spoliés des richesses mises en exploitation. Le mercenaire apparaît ici comme l'adjuvant nécessaire du capitalisme dans son expression post-coloniale.

### III - LES DEPENSES DE SANTE

2

**Ces dépenses sont bénéfiques pour une double raison :**

- **Elles représentent un investissement sur la santé humaine**, à ce titre elles contribuent à la mission de l'état dont c'est une des obligations constitutionnelles.
- **Elles participent au développement économique par le vaste secteur du soin et de son environnement technologique et pharmaceutique**. L'activité économique de ce secteur est d'ailleurs prise en compte dans l'augmentation de la croissance dont aucun décideur libéral ne songerait à se plaindre. Ce secteur occupe environ 12% de la population au travail (Rapport 2004 du HCAAM)

**Mais le regard porté sur ces dépenses à changé :**

- Jusqu'aux années 70 et après la réforme hospitalière DEBRE s'est développé un **système véritablement orienté vers l'amélioration de l'OFFRE de soin**.
- Depuis 1995 et le plan JUPPE poursuivi par AUBRY **la nouvelle maîtrise comptable** a été définie, avec une politique de «**CONSOMMATION DU SOIN** ». Des restructurations multiples diminuant l'offre de soins, des délégations de service public préparant la mise en concurrence et rendant envisageable la privatisation prochaine d'une large part de ces secteurs.
- **L'objectif non dissimulé est le désengagement de l'état en terme de dépenses publiques et le transfert d'activités vers le secteur lucratif.**

Nous avons envisagé précédemment combien la sécurité sociale était «malade de ses recettes ». Nous allons voir **de quelle manière les dépenses participent au déséquilibre des comptes :**

- En effet les dépenses ont augmenté de 7 % en 2003  
de 25 % entre 1999 et 2003
- Ces dépenses représentaient 3,5% du PIB en 1960  
8,9% du PIB en 2002, mais cette même tendance est observée dans tous les pays développés.
- **Mais la nature de ces dépenses est mal analysée. Plusieurs questions s'imposent :**
  - 1/ Est-il juste d'accuser les assurés sociaux eux-mêmes ?
  - 2/ Est-il juste d'accuser les professionnels de santé ?
  - 3/ Est-il juste d'accuser l'industrie pharmaceutique ?
  - 4/ Est-ce la «gestion» de notre système de protection sociale qui est trop coûteuse ?
  - 5/ Est-ce l'existence de dépenses indues qui pénalise la protection sociale. ?
  - 6/ Enfin existe t'il une réelle volonté de diminuer les dépenses ?

#### 1 / EST-IL JUSTE D'ACCUSER LES ASSURES SOCIAUX EUX-MEMES ?

**UN DISCOURS SE DEVELOPPE** sur le nomadisme médical, sur la consommation excessive de soins, sur les abus d'arrêt de travail, sur les faux-malades, les faux-chômeurs, les faux-précaires, les tricheurs d'ici et d'ailleurs qui vivraient en profitant du système. Ce discours n'est pas nouveau, jadis porté par des populistes douteux, il est désormais plus visible et exprimé par des hommes politiques en charge de responsabilités.

- **En 2003 a été déclarée la fin de la gratuité des soins pour les exclus** qui était un acquis de la fin du XIX<sup>me</sup> siècle ! Il est également désormais refusé l'accès au soin des étrangers en situation jugée irrégulière.
- **La part réelle d'augmentation des arrêts de travail** doit être interprétée d'abord comme le symptôme d'un mal être social dans lequel les conditions même du travail jouent un rôle : Le stress, la flexibilité, la précarité et souvent le chômage jouent un rôle pathogène que nul ne peut nier. **L'arrêt de travail n'est souvent que la réponse médicale à un problème social dont il conviendrait de corriger les causes au lieu de culpabiliser les victimes.**
- **6 milliards d'euros sont versés par la CNAM en indemnités journalières pour arrêt maladie, avec une croissance de 5% du nombre d'arrêts en 2002 et une augmentation du coût de 9,2%**. La CNAM estime à 6% le taux, stable au cours des années, des arrêts de justification douteuse et ces « malades

imaginaires » coûteraient environ 35 millions par an, difficilement contrôlables car les contrôles n'interviennent vraiment que pour des arrêts prolongés de plus de trois mois. Nul ne conteste le phénomène, mais on sait aussi que certains arrêts de « longue durée » tentent d'éviter des licenciements secs ou se substituent à des retraites anticipées.

- Il s'agit d'un aspect marginal quantitativement mais surexploité politiquement. Le ministre déclare vouloir mettre fin à ces pratiques en responsabilisant en particulier les médecins généralistes, alors même que les conditions d'indemnisation du chômage sont revues à la baisse. La CNAM par sa tolérance contribue à la paix sociale mais certains lui reprochent de faire preuve d'incivisme. Le bien être physique, mental et social de la santé globale mériterait-il d'être révisé dans sa définition pour complaire à une nouvelle logique économique ?

**SELON LA CNAM 50 % des dépenses de santé et 60 % des remboursements sont le fait de 5 % des français.**

- Ces 5% induisent en moyenne 20.000 euros de remboursements en l'an 2000.
- Ces chiffres ne font que démontrer que 95 % des français, à un instant donné, sont en bonne santé ou faiblement consommateurs de soin, ce dont on ne peut que se réjouir !

- **Mais l'utilisation politique faite de la diffusion de ces données vise à stigmatiser la part de la population soupçonnée d'être de faux malades ou d'abuser des prestations remboursables.**
- **Cette pensée prépare l'opinion à la définition et à l'acceptation du concept de « PANIER DE SOIN » dont le contenu correspondrait à la « quantité raisonnable » de soins que la collectivité pourrait prendre en charge, tout dépassement devant rester à la charge du « malade trop malade ».**

**Pourtant une étude du CREDES (Centre de Recherche en Economie de la Santé) montre que déjà :**

- **14 % des assurés sociaux renoncent à certains soins faute d'argent pour payer la part non remboursée ou le forfait hospitalier !**
- **Cette proportion atteint 26 % chez les femmes et 30 % chez les jeunes et les chômeurs !**

Cette situation est la **conséquence directe de la baisse de certains remboursements**

**Les dépenses moyennes par personne en France pour la santé étaient de 14.000 francs en 2000.**

- Une croissance de 6 % est prévue pour 2003.
- **Mais seulement 275 francs étaient consacrés à la prévention ! La CNAM déclare que 2,3% de ses dépenses consacrées à la prévention sont très insuffisants et le rapport du HCAAM confirme ce constat**

- **Nous souffrons de maux qu'une autre politique orientée vers la prévention et l'éducation sanitaire aurait peut-être permis d'éviter, de même qu'une authentique mesure de prévention des risques professionnels.**

**LES «VIEUX » SONT MONTRES DU DOIGT !**

- Il a été établi que **70 % des dépenses de santé se font dans les six derniers mois de la vie.**
- **On omet volontiers de dire que cette « surdépense » est observée à l'approche de la mort à tous les âges de survenue de celle-ci.**
- On semble s'étonner qu'une maladie mortelle ou simplement le vieillissement soit facteur de dépenses !
- **Cette stigmatisation du troisième âge est socialement dangereuse car ouvrant la voie à des tentations inacceptables :**

Dans le journal du dimanche à Paris le 7 9 2003, cité par le monde diplomatique d'octobre 2003, Alain COTTA proposait « une sorte d'autorégulation organisée par la société, créant une fonction sociale, celle de donner la mort à partir de 90 ans » (!).

**Mais à côté de cette position extrême que faut-il penser, au décours de la canicule perçue comme une aubaine, du projet de création d'une nouvelle branche pour la sécurité sociale, consacrée aux Vieillards ?**

- **Qui peut croire sérieusement que serait affectée à cette nouvelle branche la proportion des ressources actuellement dédiée à ces soins, c'est à dire 70 % ?**

- **Comment ne pas voir qu'il s'agirait ici de créer un « panier de soins pour vieux » dont le contenu serait moins coûteux et correspondrait à des soins de confort minimum ?**

Cette innovation en préparation a déjà suscité l'adhésion d'une part de l'opinion en obtenant le consentement au renoncement d'un jour férié pour son financement (Fini le lundi de Pentecôte !) . Le MEDEF a applaudi à cette « solidarité nouvelle » mais il faudrait être naïf pour imaginer que l'effort pour nos aînés sera à la hauteur de l'annonce.

**Il paraîtrait essentiel au contraire que nous refusions collectivement cette discrimination en réaffirmant qu'un « vieux » reste un bénéficiaire à part entière de toute la solidarité nationale, sans discrimination aucune. Toute forme de « panier de soin pour vieux » serait une honte pour la nation tout entière !**

Il nous suffit de regarder outre-Manche pour observer un pays où, déjà, l'accès à certains services de réanimation, dialyse rénale ou certains actes chirurgicaux, n'est plus autorisé après soixante et dix ans !

Comment ne pas relever le paradoxe dans le discours de ceux qui se félicitent de l'accroissement de l'espérance de vie et se désolent du coût présumé induit par ce vieillissement ?

**LA TENDANCE DEJA FORTE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES EST A LA DIMINUTION DU REMBOURSEMENT DES DEPENSES DE SANTE, surtout depuis les années 80.** (Alternatives Economiques HS 2003 les chiffres de l'économie) avec une répartition qui est la suivante

- **Déjà 14,5 milliards d'euros restent à la charge des personnes soignées !**  
 - **Seulement 10% des patients bénéficient d'une prise en charge à 100% pour « affection de longue durée » (ALD)**

- Actuellement **103 milliards d'euros payés par CNAM.**
- L'intervention des **mutuelles** est croissante, à hauteur actuellement de **10 milliards** d'euros. Les déremboursements nouveaux annoncés vont induire une hausse des cotisations d'environ 10 % déjà annoncée.
- Seulement **3,5 milliards** d'euros sont payés par les **assurances.**

Comment ne pas noter le paradoxe du rapport du HCAAM qui met au crédit de notre système d'assurance maladie actuel le remboursement à 100% des actes techniques qui dépassent K50 (soit 98,5 euros) ainsi que des soins qui entourent de tels actes avant et après l'hospitalisation, précisant dans le rapport que « cette disposition est au cœur de l'égalité d'accès au soin », **au moment même ou le gouvernement annonce la suppression du 100% dans ces mêmes circonstances ?**

## **2 / EST-IL JUSTE D'ACCUSER LES PROFESSIONNELS DE SANTE EUX-MEMES ?**

**La revalorisation des honoraires des médecins a déjà coûté cette année 690 millions d'euros.**

- Cette augmentation a correspondu à une hausse moyenne **de 7,2 %** par rapport à 2001 pour les généralistes, **de 6,5%** pour les spécialistes.
- La rémunération de ces professionnels a été en moyenne augmentée de l'équivalent d'un SMIC par mois pour des professions dont les revenus moyens déclarés étaient de 154.000 euros par an pour les généralistes et de 200.000 euros pour les spécialistes, avec de **très fortes disparités selon la profession.** Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie note en janvier 2004 des écarts de revenus qui sont presque de un à vingt entre les 10% de revenus les plus faibles et les 10% de revenus les plus élevés (cabinets de radiologie ou laboratoires d'analyses biologiques).
- Il est exact que les hausses ont dépassé de beaucoup celles consenties à toutes les autres catégories de salariés, sans même une contrepartie véritablement contraignante (la prescription de génériques n'est qu'une recommandation et la formation médicale continue n'est plus obligatoire !)
- Surtout **ces hausses sont intervenues sans aucun débat sur la juste rémunération des professionnels de santé** dont la fonction sociale n'est contestée par personne mais qui continuent à revendiquer leur liberté d'installation, leur liberté de prescription et la liberté des honoraires avec un **fort courant favorable au déconventionnement et aux honoraires libres !**
- **Dans le même temps la profession rejette massivement l'obligation de participer à un système de garde pour assurer la permanence des soins, allant jusqu'à obtenir de l'Ordre des médecins qu'il modifie le code de déontologie ou cette obligation était inscrite !**



- **Les fortes inégalités de revenus n'ont aucune justification défendable et semblent surtout bénéficier aux spécialistes peu confrontés avec la pénibilité, l'urgence ou les problèmes sociaux.**
- **Mais une réflexion sur les seuls revenus occulterait les QUESTIONNEMENTS PRINCIPAUX qui concernent :**

**La légitimité du maintien du paiement à l'acte ?** Avec ses effets inflationnistes et à l'origine des inégalités évoquées ci dessus.

**La légitimité de la liberté d'installation ?** En contradiction avec toute logique de politique du territoire et de santé publique.

**La place de la convention qui garantit un tarif et un taux de remboursement ?** Elément essentiel de l'accès au soin pour tous sans discrimination de fortune.

**La légitimité de la propriété privée des moyens de diagnostic et de soin ?** Qui oblige les praticiens à amortir au travers de leurs honoraires et du nombre d'actes effectués le matériel acquis dont le régime de propriété, d'autorisation et d'amortissement pourrait être modifié au regard des besoins répertoriés et dans la logique d'une utilisation non commerciale.

- Les exigences des syndicats médicaux majoritaires, **CSMF** (Confédération des Syndicats Médicaux français) et **SML** (Syndicat de la Médecine Libérale) qui **revendiquent le retour aux honoraires libres**, malgré l'augmentation très substantielle de leur rémunération en 2002 démontrent s'il était besoin que la plus grande partie de la profession est plus soucieuse de ses propres revenus que de l'accès au soin pour tous.
- **Accéder aux revendications actuelles de certains professionnels de santé participerait sans aucun doute à l'aggravation des inégalités d'accès au soin.**

**Les médecins sont prescripteurs et donc ordonnateurs de dépenses. Ils ont donc une responsabilité double :**

- **Economique** par le bien fondé de leurs prescriptions.
- **Educative** par la manière dont ils font comprendre à leurs patients le sens, l'utilité ou l'inutilité des thérapeutiques envisageables. Il existe bien une « Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé » (AFSSAPS) qui devrait au côté du ministère et après l'enseignement donné dans les universités, fournir à chaque médecin la meilleure maîtrise de la prescription médicale. En pratique c'est l'industrie pharmaceutique qui accomplit pour une large part cette tâche. Une seule revue médicale véritablement indépendante des laboratoires existe, la revue **PRESCRIRE** qui parvient à donner des informations objectives.

Serait-il ironique de rappeler que l'article 19 du Code de Déontologie précise que :

**« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce »**

Mais l'exercice libéral de la médecine et le maintien du paiement à l'acte sont-ils compatibles avec un tel principe ?

### **3 / EST-IL JUSTE D'ACCUSER L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ?**

**Après une vague de fusions considérable il ne reste plus qu'une dizaine de groupes pharmaceutiques qui se partagent 50 % du marché mondial du médicament. Ce marché est farouchement protégé » par des «brevets » et le prix des médicaments fixé très généralement par les industriels eux-mêmes.**

**Les dépenses en médicament représentent 14,3 milliards.**

**La caractéristique de ce marché est en effet qu'il s'adresse à une clientèle captive. Le volume du marché est à la fois croissant et captif ce qui en fait un domaine d'activité industrielle idéal.**

**Le «client » n'est pas en situation de demande mais de besoin.**

Il n'est pas rare qu'une nouvelle molécule présentée comme «innovante » soit mise sur le marché à un prix très supérieur à son équivalent existant et **sans avoir du fournir la preuve de la valeur thérapeutique véritablement ajoutée.** En effet les «essais cliniques » exigés avant la mise sur le marché sont réalisés «contre placebo » c'est à dire dans une condition où il n'est guère difficile de démontrer une action présentée comme bénéfique. **L'industrie pharmaceutique s'oppose absolument à ce que des essais comparatifs puissent être exigés avec des médicaments actifs déjà existants.**

**Un collectif « Europe et Médicament »** regroupant plus de soixante associations s'est constitué dans le but de promouvoir cette nouvelle démarche d'évaluation comparative auprès des députés européens. Mais ceux-ci sont plus soumis aux pressions des firmes pharmaceutiques qu'à l'impératif de défense des intérêts et de la santé des usagers.

**Le marketing auprès des médecins prescripteurs** représente une dépense substantielle des laboratoires, la promotion peut représenter jusqu'à 30% des dépenses pour certains groupes, dont le coût est incorporé au prix des médicaments et donc aux dépenses financées par la protection sociale. Il n'est aucune autre activité commerciale aussi caricaturalement en situation de tirer profit du système des assurances sociales, à l'exception du marché des appareillages biomédicaux qui bénéficient de la même position de fournir **un marché captif dont la solvabilité est en grande partie assurée par la collectivité.**

**On peut avancer que dans leurs pratiques commerciales ces industries font un véritable abus d'une position dominante.**

**En l'état le marché des génériques pèse peu dans l'économie réalisée et ce d'autant plus que le gouvernement a négocié avec les laboratoires par un accord du 13 juin 2003 une liberté tarifaire pour les drogues nouvelles en compensation de l'acceptation de la substitution par des génériques de drogues plus anciennes. L'accord autorise explicitement les laboratoires à "se rapprocher des prix les plus élevés pratiqués en Europe".** Dans le même temps le même ministre par son discours public prétend œuvrer à la réduction des dépenses !

**Au niveau mondial le lobby pharmaceutique** fait tout pour s'opposer au développement des génériques et pour prolonger la durée de protection par les brevets. En février 2004 et sous la pression des USA l'accord passé à Rabat en 2003 a encore été durci concernant les règles de l'OMC pour l'accès au médicament : L'allongement du brevet pour 3 ans sera automatiquement accordé si le laboratoire déclare une nouvelle « indication » de son produit ; les données de recherche exclusives restent elles secrètes pendant 5 ans pour priver les « génériqueurs » de la possibilité de préparer leur introduction de molécules de substitution.

**Il existe bien un complexe médico-industriel réalisant des profits très élevés sur ce marché. Les marges bénéficiaires sont parmi les plus élevées du marché :**

- Le laboratoire AVENTIS par exemple a augmenté sa croissance de 11,8 % en 2003.
- Dans le classement des « meilleures actions françaises de la décennie » le laboratoire SANOFI-SYNTHELABO arrive en cinquième position avec une rentabilité de 22,9% ( A comparer au gain moyen des actions françaises sur dix ans évalué à 7,1 % depuis 1993, sur les 120 premières entreprises) (Investir 15 11 2003)
- **L'exemple des trithérapies pour lutter contre les effets du SIDA** illustre bien le cynisme des firmes pharmaceutiques qui envisageaient sans hésitation d'en priver les populations du sud non solvables ; en même temps il a été démontré que ces mêmes pays étaient désormais capables de produire à très faible coût les mêmes molécules, autorisant même leur prescription gratuite dans certains états du Brésil : Le coût annuel de la trithérapie pour le SIDA est passé en quelques années de 10.000 à 300 dollars. Le générique Indien est produit pour un coût annuel de 140 dollars. Le Brésil a instauré une distribution gratuite aux malades atteints et démontré que cette option était socialement et économiquement rentable par la qualité de vie maintenue des patients traités gratuitement. **Il est ici démontré que la santé maintenue rapporte plus que ce que coûte le soin !.** L'Afrique est le contre exemple absolu avec seulement cinquante mille malades soignés pour 4,1 millions de malades déclarés et un poids économique-social pénalisant considérable de cet abandon. Au cynisme de ceux qui laissent mourir ces foules non solvables se surajoute une irresponsabilité qui occulte que cette masse contagieuse porteuse de virus potentiellement mutants menace la planète entière faisant craindre que l'apartheid sanitaire ne se renforce un jour de dispositions d'abandon et d'isolement encore plus rigoureuses.
- **Devant cette non-assistance à planète en danger le Vatican lui-même qualifiait le 29 janvier 2004 «d'action génocidaire» l'attitude menée « par les cartels pharmaceutiques »,** rappelant que plus de deux millions d'Africains sont morts du SIDA en 2003 tandis que l'industrie pharmaceutique publiait son bilan 2002 avec des bénéfices de 517 millions de dollars. Au-delà de la contradiction de cette dénonciation par une institution qui condamne l'usage des préservatifs, la condamnation reste pertinente.

**La question des brevets mérite un rappel :**

- **Sait-on que la France et la Suisse ont attendu jusqu'à la fin des années 60 pour adopter une législation sur les brevets concernant les médicaments ?**

- C'est en 1986 lors des négociations de l'Uruguay Round (qui débouchera ultérieurement sur la création de l'OMC) que les pays riches, Etats-Unis/Union Européenne et Japon ont imposé le respect mondial des brevets.
- Ce groupe d'Etats possédait déjà 95% des brevets existants sur le médicament. Par cette décision il interdisait aux pays émergents toute « copie ».

- **Le sens de cette démarche dépasse son expression commerciale : Il s'agit d'une appropriation privée de la connaissance qui fait de la connaissance elle-même un capital, mais aussi une arme pour créer, entretenir ou accentuer des dominations.**

- Il n'est pas sans intérêt de rappeler que dans la phase initiale du développement capitaliste libéral cet excès possible avait été perçu. Le capitalisme « primitif » acceptait comme une dérogation nécessaire que puisse intervenir sur certaines productions un « monopole temporaire de l'Etat lorsque le bien commun est en jeu ». Le monopole privé était alors bien perçu comme un danger pour la collectivité.
- En 1966 encore un arrêt de la cour suprême des Etats Unis a interdit au Congrès américain d'autoriser des brevets qui « retireraient le savoir existant du domaine public ou réduiraient le libre accès à des matériaux disponibles »
- **On mesure alors la rupture intervenue depuis la création de l'Organisation Mondiale du Commerce** et lorsque l' OMC au mépris des principes fondamentaux rappelant tous la primauté des droits humains adopte l'attitude justement qualifiée d'ultra-libérale poussant à son extrême la logique capitaliste dans sa recherche exclusive des profits, en dehors de tout contrôle démocratique.

- **La lutte contre l'OMC n'est pas le simple refus d'une organisation commerciale internationale , c'est une lutte pour la reconquête d'un Droit démocratique fondamental fondé sur la primauté des Droits Humains et dont les peuples n'auraient jamais du accepter de se dessaisir.**

- Le libéralisme est un antihumanisme virulent qui s'accommode sans scrupule aucun des effets dévastateurs de ses pratiques.
- VANDANA SHIVA en Inde alarme le monde contre la prise de plus de 90 brevets par les firmes pharmaceutiques sur des ressources végétales naturelles d'exploitation millénaire dans les pays émergents et qui demain peut-être relèveront d'un droit commercial au profit des firmes multinationales qui organisent la marchandisation de toute la planète !

#### **La pression des laboratoires sur l'opinion et sur les institutions est considérable :**

- L'interdiction encore existante de publicité directe auprès des consommateurs est désignée comme une entrave à «la liberté des consommateurs » et un puissant lobby au niveau européen tente de légaliser cette publicité.
- Des campagnes sont menées pour légitimer le remboursement même de drogues dont l'inactivité a été démontrée et pour s'opposer à l'évaluation objective des «service rendu ».
- La liberté de prescription est assimilée à une liberté des malades alors qu'il s'agit d'abord de la liberté des firmes pharmaceutiques de mettre sur le marché des produits d'intérêt parfois douteux.

**Il est demandé à l'opinion de se déclarer solidaire des intérêts des laboratoires et les médecins partagent la responsabilité d'y contribuer.**

#### **Les vrais questionnements sont écartés du débat, en particulier :**

- Le juste coût des produits, Les médicaments sont-ils des produits commerciaux comme les autres,
- Le contrôle de l'efficacité avant la mise sur le marché est-il sérieusement effectué en l'absence d'essai comparatif ?
- Quelle égalité d'accès au soin pour les produits les plus coûteux ?
- Quelle légitimité à la protection par les brevets ?
- Qui doit financer la recherche et orienter les choix de cette recherche ? N'y a t'il pas défaillance de l'état à laisser cette démarche ne répondre qu'aux lois du marché ?
- Enfin lorsque la firme SANOFI annonce une OPA « hostile » pour acquérir SYNTHELABO avec « offre » de 50 milliards, il est légitime de se demander comment a été constituée cette phénoménale « cagnotte » ? La réponse est dans la question puisque les ressources du laboratoire proviennent de la vente de ses produits...remboursés par la protection sociale !

**Nous soutenons le « COLLECTIF EUROPE ET MEDICAMENT » créé en mars 2002** ,auquel ATTAC est associé avec plus de vingt autres partenaires français et des dizaines de groupes européens. Ce collectif œuvre pour que des amendements fondamentaux soient adoptés concernant :

- L'évaluation des médicaments.
- La transparence des procédures par l'agence européenne du médicament

- L'information du public et des médecins indépendante de l'industrie pharmaceutique et l'interdiction de la publicité sur les médicaments.
- Enfin est demandé que l'Agence Européenne du Médicament qui dépend actuellement de la Direction Générale Entreprise au niveau de la commission européenne, soit transférée vers la Direction Générale Santé et Protection des consommateurs.

#### 4 - EST-CE NOTRE SYSTEME DE «GESTION» DE LA PROTECTION SOCIALE QUI SERAIT TROP COUTEUX ?

Malgré cette accusation très répandue dans le discours libéral les études existent qui ont **comparé le coût des différents systèmes existants** :

**Le système le moins coûteux est le système dit «Béveridgien** », créé en Grande Bretagne en 1941-42. Dans ce système tout le financement provient de l'impôt, on peut parler d'étatisation de la protection sociale, permettant l'économie de gestion des caisses telle que nous les connaissons.

- Ce système existe également en Hollande et au Danemark, le budget de la santé est directement voté par le parlement.
- Le coût de gestion d'un tel système est évalué à **moins de 5 % du budget concerné**.

- Mais l'inconvénient principal d'un tel système, financé par l'impôt, c'est qu'il est aussi le plus soumis à la pression politique. Lorsque le gouvernement veut réaliser des économies budgétaires ce sont bien souvent les budgets «sociaux» qui sont réduits en premier. Ce fut le cas sous Margareth Thatcher expliquant la faillite catastrophique du système anglais.

**Le système des caisses cogérées, alimenté par les cotisations sociales est nommé système «Bismarkien** ».

- Il est ainsi nommé parcequ'il fut inventé en Allemagne à la fin du XIX siècle, bien avant d'être adopté en France.( Contre l'avis du corps médical organisé dans la puissant CSMF, confédération des syndicats médicaux français, qui était hostile au tiers payant et défendait les honoraires libres)
- Ce système a un coût à peine supérieur, **évalué de 5 à 7 %**.

- **Ce système semble le mieux armé pour s'opposer à la dégradation du système de soins car la politique de santé y est définie par les représentants des usagers, en négociation avec les politiques et sous le regard de l'opinion.**

- **Mais c'est bien la place des usagers qui tend à être remise en cause depuis le plan Juppé et le vote au parlement d'un budget contraignant et plafonné qui prétend s'imposer aux caisses. La fin des élections à la sécurité sociale a participé à réduire la légitimité des représentants des assurés qui représentaient pourtant les intérêts de la collectivité, en dehors des clivages politiques.**

**La gestion des Mutuelles concurrentielles en France a un coût chiffré de 8 à 10%**

**Enfin le coût le plus élevé est celui du secteur des assurances privées :**

- Il est évalué **entre 12 et 16 %**, ce coût étant bien entendu incorporé dans le tarif des primes d'assurance.
- L'explication de ce surcoût provient du fait qu'en sus des prestations de base, ces sociétés ont besoin de développer **une publicité et un marketing** intense pour la conquête des marchés, elles ont également obligation de **rémunérer leurs actionnaires** qui attendent un retour sur investissement.

- **Défendre l'idée que la privatisation induirait des économies de gestion est donc une imposture. Il est même prévisible que pour les mêmes prestations les cotisations seraient plus élevées.**

- Ce système est celui en cours aux USA où la libre assurance induit des records de dépense de santé : Ces dépenses représentaient en 2001 13 % du PIB (contre 10,7% en Allemagne, 9,5% en France et 7,5% en Italie).
- Et pourtant malgré les dépenses engagées, **45 millions d'américains n'ont aucune protection sociale, y compris des millions de «salariés pauvres** » ou d'américains des couches moyennes qui ne peuvent payer les cotisations demandées. Le New York Times précise même qu'en 2001, 1,4 millions d'américains ont perdu leur protection sociale, dont 800.000 avaient pourtant des revenus supérieurs à 75.000 dollars par an ! La raison pour certains d'entre eux était la survenue du chômage mais pour le plus grand nombre l'augmentation des primes.

- Il ne faudra jamais oublier que pour «nos assureurs» la santé est un marché comme les autres. La perspective de leur main mise sur la protection sociale réaliserait, avec la complicité de certains politiques, LE HOLD-UP DU SIECLE.

#### 5 – EXISTE T-IL DES DEPENSES INDUES ?

Nous avons déjà évoqué le prix du médicament et des fournitures biomédicales.

**Mais d'autres dépenses structurelles mériteraient d'être analysées :**

- **La TVA par exemple est payée par les hôpitaux alors que les cliniques en sont pour une part exonérées.**
- **Les fournitures biomédicales déjà évoquées ont fait l'objet pour une faible part du marché d'une tarification contrôlée : les TIPS.** Cette réforme est intervenue après des scandales révélés dans lesquels l'assurance maladie remboursait sur facture très surévaluée dans certaines cliniques des prothèses vendues ailleurs à des prix plus raisonnables dans les hôpitaux publics. Mais cette modalité n'a pas été étendue à la plupart des fournitures (Ni au médicament).
- **La sous traitement dans les hôpitaux et L'externalisation de services s'avère souvent de conséquences désastreuses.** Après une phase de coût minoré et attractif apparaissent des croissances de dépenses incontrôlables qui font regretter d'avoir déshabillé le service public pour alimenter un marché prédateur de prestataires divers (lingerie, archives, repas, demain stérilisation, réseau d'information...)

#### 6 - MAIS EXISTE T-IL UNE REELLE VOLONTE DE DIMINUER LES DEPENSES ?

Cette volonté a existé un temps lorsque le modèle socialisé de l'état providence n'était pas remis en cause et imposait un certain équilibre des comptes :

- Dans le système «béveridgien» anglais ce fut la cause principale du déclin de la protection sociale.
- Dans notre système de modèle «Bismarkien» cette tentation n'est apparue qu'à partir du moment où les organisations patronales ont commencé à exiger une baisse du coût du travail et donc une baisse des cotisations sociales patronales (Cf. chapitre 1 et 2). C'est bien cette pression qui a été la cause principale des renoncements successifs aux principes énoncés dans l'ordonnance du 4 octobre 1945. Le compromis fut de voter au parlement depuis le plan Juppé le Plan de Financement de la Sécurité Sociale, annuellement plafonné (PLFSS) et de poursuivre la politique d'exonération des cotisations sociales patronales, qualifiées de «charges» par le MEDEF..

**La situation a changé car dans la perspective d'un monde plus libéral et de la disparition de «l'état social», les objectifs ne sont plus les mêmes :**

- Chacun serait désormais responsable de son «capital santé», comme il est responsable de la gestion de son patrimoine privé !
- Peu importe désormais le taux des dépenses puisque le payeur est devenu la personne privée.
- Mieux encore le désengagement de l'Etat permet le développement d'un secteur très lucratif dont on encourage le développement et la performance. Ce secteur ne visera bien entendu jamais à réduire son activité c'est à dire à faire baisser la demande mais au contraire encouragera plutôt la consommation du soin comme les laboratoires encouragent la consommation pharmaceutique !

**Il existe donc un discours apparemment paradoxal dans le monde politique libéral actuel qui est de sembler être consterné par la croissance des dépenses de santé qui creusent «le trou de la sécu» ! En réalité nous le verrons aucun de ceux-la ne songe à combler ce trou. Il s'agit seulement de préparer l'opinion au caractère inévitable de ce «virage libéral» vers la privatisation.**

L'opinion est conditionnée pour obtenir qu'elle demande un jour elle-même cette évolution. Avec la promesse fallacieuse d'une possible meilleure gestion et d'un service plus personnalisé.. Les assurances sont dès à présent prêtes à dévorer cinquante ans de conquêtes sociales.

#### IV - L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE FACE AU LIBERALISME.

##### REMARQUE PREALABLE

**Il ne s'agit pas d'un problème franco-français mais d'une évolution dictée par des contraintes mondiales**

- **d'expression économique,**
- **mais d'inspiration idéologique.**

Rappelons que :

- **Pour le FMI** (Fond Monétaire International) : « La protection sociale tue l'innovation ». La ligne défendue est clairement celle du refus de la socialisation et de la redistribution qui mettrait une part des richesses en dehors du marché.
- **Pour l'OMC** (Organisation Mondiale du Commerce) et **à travers l'AGCS** (Accord Général sur le Commerce des Services), la santé est définie comme un service commercial depuis 1995.
- **Les cotisations pour l'ensemble des prestations sociales représentent dans le monde une masse d'environ 3.500 milliards d'euros.**
- **Lorsque l'Occident constate un « ralentissement de sa croissance »,** cela veut dire que chaque portion de capital est un peu plus difficile à faire « fructifier ». Cela suscite des appétits nouveaux pour trouver des créneaux d'investissement échappant encore au secteur privé : L'ensemble des services au niveau européen représente environ 70% du PIB de l'Union, soit plus de 600 milliards d'euros. **Le secteur santé dans cet ensemble représente pour la France une masse de 135 milliards d'euros représentant à elle seule 8,9% du PIB d'environ 1520 milliards d'euros.**

Dans la vision libérale du monde :

- L'hôpital est une entreprise comme les autres, fournissant une offre de soin destinée à dégager des profits.
- La sécurité sociale est un obstacle au commerce. L'objectif est clairement « d'élever progressivement le niveau de libéralisation du commerce des services » et « tous les monopoles de service public doivent disparaître ».
- **Les clauses acceptées par les états au sein de l'AGCS** sont réputées « irréversibles » et il est prévu que toute tentative de retour en arrière sera « sanctionnée » par une comparution devant le tribunal de l'OMC qui s'est auto attribué le pouvoir d'imposer des sanctions financières envers les états !

- En clair les citoyens n'auront (après cet accord) même plus la possibilité par des élections d'infléchir les choix politiques, les « obligations » des états restant contraignantes même après changement de gouvernement. **La finalisation des accords au sein de l'AGCS est prévue en 2005.**

- La perte du Droit universel à la santé est clairement inscrite dans ces objectifs, en contradiction totale avec l'œuvre et les objectifs déclarés de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui n'est même pas considérée comme un partenaire pouvant avoir valeur de conseil face aux représentants de l'industrie et de la finance contrôlant l'OMC.
- A l'heure où le paradis libéral américain constate la faillite de son système de santé on songe à introduire chez nous et pour le profit de quelques-uns les mêmes recettes. Mais nul ne nous dit que 8.000 médecins américains dans le prestigieux JAMA (Journal of the American Medical Association) réclament « Que les Etats-Unis imitent le Canada en créant un système de santé universel et gratuit, plutôt qu'avec des assureurs privés comme c'est le cas actuellement... »

**En France, l'entrée dans l'AGCS a été votée au parlement une nuit sous le gouvernement JUPPE en 1995,** peu avant la dissolution de l'assemblée nationale.

Le gouvernement qui lui a succédé n'a jamais inscrit de débat sur cette problématique à l'ordre du jour de l'assemblée nationale. **Le représentant européen auprès de ces instances de l'OMC est lui-même un socialiste, Pascal LAMY, et ardent défenseur des accords !**

**Au niveau européen** lors de la première adhésion à ces accords a été négociée une « limite » des engagements pris, prévoyant des « exemptions » concernant en particulier le secteur de la santé mais prenant fin en 2004.

- Lorsque notre commissaire européen Pascal LAMY continue à prétendre que la santé échappera à l'AGCS il s'agit d'un mensonge qui occulte une stratégie de mise en œuvre particulière.
- **Cette stratégie vise à découper les secteurs d'activité économique participant au système de santé pour qu'ils rejoignent séparément et pas nécessairement de façon simultanée le secteur marchand :**
  - Ainsi les lits d'hôpitaux relèvent-ils de l'hôtellerie,
  - Les dossiers médicaux du secteur de l'information,
  - Les produits pharmaceutiques et l'ensemble des fournitures du secteur commercial ordinaire,
  - Les innovations de la propriété intellectuelle et du droit des brevets,
  - La protection sociale du secteur des assurances.

**Au-delà d'un préambule fourre-tout affirmant l'attachement à des valeurs fondatrices de l'Union, le projet de future constitution européenne dans sa formulation actuelle consacre la logique libérale élevée au rang de principe constitutionnel ! Il ne figure pas dans ce projet un « droit à la santé » mais un « droit de se soigner », de la même manière qu'il ne figure pas « Un droit au travail » mais « un droit de travailler » ! Le seul droit qui soit garanti est celui de la libre entreprise et de la concurrence !**

**Le projet libéral actuel n'est donc que la déclinaison française d'un processus libéral mondialisé qui pourrait même être consacré demain dans une constitution commune européenne si nous en acceptons les termes.**

#### **LA MISE EN ŒUVRE DE CE PROJET :**

**Il est déjà entamé une mise en œuvre par étapes s'accompagnant d'une dramatisation de la mise en scène par des déclarations toutes plus alarmantes les unes que les autres.** Le 12 janvier 2004 le premier ministre JP RAFFARIN affirmait « Dans quatre ans l'immobilisme nous menacerait d'un déficit cumulé de 100 milliards d'euros ! »

**En réalité les réformes sont déjà entamées et par étapes avec au moins trois phases :**

- **La première est de démontrer la faillite irrécupérable de la sécurité sociale actuelle.** On notera que les mesures transitoires prises face au déficit « déclaré abyssal » ne cherchent pas vraiment à augmenter les ressources mais plutôt à confirmer le désengagement de l'état et à poursuivre la baisse des remboursements. **Il faut écouter François GOULARD, vice-président de la commission des finances et membre du Haut Conseil pour l'Assurance Maladie lorsqu'il affirme : « Si on commence par augmenter les ressources on ne réformera jamais » (!) (in : Le Revenu 14 11 2003). Il s'agit donc bien de continuer à étrangler la sécurité sociale pour la déclarer morte dans un court délai.**
- **La deuxième étape, elle aussi bien entamée consiste à culpabiliser les consommateurs de soin et à les diviser entre eux.** On parle de « responsabilisation » pour affirmer que chacun doit être seul responsable de son « capital santé » et ne doit pas se sentir solidaire de tous ceux dont on prétend qu'ils pèsent trop sur la collectivité. On stigmatise les présumés fraudeurs et les individus « à risque », fumeurs, buveurs, mais aussi sportifs, vieux, chômeurs, faux accidentés du travail...etc.
- **Enfin sont préparés les « projets » censés « sauver la sécu » mais ni se sont que la mise en forme de sa mort programmée avant que le secteur marchand puisse s'emparer de la dépouille.**

#### **LES PROCEDURES EN COURS D'ELABORATION :**

Aucun projet complet ne nous a encore été présenté, mais les acteurs sont en place. Ils œuvrent séparément mais dans une cohérence d'ensemble qui paraît évidente au travers de la succession des « rapports » demandés par notre gouvernement et des institutions transitoires mise en œuvre. Plusieurs dispositions législatives en relation avec le processus annoncé de « décentralisation » auront également une grande importance dans les réformes programmées. L'essentiel est sans doute déjà décidé, seuls les détails de la mise en scène avec les incontournables « partenaires sociaux » font encore la surface de l'actualité, dans un simulacre de débat démocratique.:

**\* I \* LE PREMIER ACTE LEGISLATIF EST PASSE PRESQUE INAPERCU avec deux étapes importantes :**

- **La loi constitutionnelle du 28 mars 2003.**
- **L'ordonnance du 4 septembre 2003.**

**LA LOI CONSTITUTIONNELLE DU 28 MARS 2003 CONSACRE LE CARACTERE DECENTRALISE DE L'ORGANISATION DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE.**

- La région devenue collectivité territoriale à part entière se voit concéder un « **droit d'expérimentation** » avec une autonomie de ressources et de gestion économique, une responsabilité sur les formations professionnelles adultes, la **possibilité de financer des équipements hospitaliers et sanitaires**, la responsabilité des formations sociales et paramédicales, y compris l'aide aux étudiants. Le préfet devient le centre de l'organisation de l'Etat sur le territoire.
- L'Etat Social est remplacé par des pouvoirs régionaux sous contrôle préfectoral.

- Le **financement des services publics** est conditionné dès lors par l'équilibre des rapports de force et des choix politiques dans chaque région. La « subsidiarité de l'Etat » pourrait bien ne pas renforcer mais au contraire affaiblir le processus démocratique et faire que la reconquête ou le maintien des outils de la cohésion sociale devienne l'enjeu permanent de la politique décentralisée. **Le statut unique de la fonction hospitalière** pourrait bien se dissoudre dans les expériences régionales variées qui nous seront proposées et dans la spirale libérale dont l'adversaire désigné a toujours été le statut de la fonction publique..

**L'ORDONNANCE DU 4 SEPTEMBRE 2003.**

- Elle « **Porte simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation** » ( **Ordonnance nos 2003-850** ) :

- **Cette ordonnance transfère la totalité des pouvoirs encore exercés par les préfets de département et de régions aux directeurs d'ARH ( Agence régionale d'hospitalisation , qui deviendront agences régionales de santé).**

- le contrôle de l'exécution des lois et des règlements applicables aux établissements de santé reste sous la responsabilité conjointe du préfet et du directeur d'ARH ( Circulaire DHOS 2003-485 du 13 octobre 2003).
- Cette nouvelle « gouvernance » régionale de la santé voit ses pouvoirs considérablement renforcés, y compris pour le contrôle de l'application des lois et règlements.

- **Cette ordonnance transpose en Droit hospitalier une technique de Droit privé qui simplifie la possibilité pour un directeur d'hôpital de conclure un bail avec un contractant privé.**

- Il est donné en particulier aux directeurs la possibilité de **faire appel à des investisseurs privés** afin d'exploiter au mieux leur patrimoine immobilier.
- Ce nouveau « **bail emphytéotique administratif** » (BEA) ressemble à celui en cours dans les collectivités territoriales. **Il lève en particulier l'interdiction de démembrer la propriété d'un bien public** ou appartenant aux structures de coopération sanitaire. Mais l'autorisation ne sera accordée que si le BEA permet l'accomplissement d'une « **mission de service public ou une opération d'intérêt général** », la définition de ces deux critères restant suffisamment vague pour que soit imaginable à peu près toute délégation de ces services.
- Pour un établissement de Santé en effet, l'activité de service public est définie par les articles L 611-1 et suivants du Code de la Santé Publique : Ces activités correspondent aux missions de soins et :ou de recherche et d'enseignement. Or la mission de soins et tout ce qui est périphérique à celle-ci « Ne peut-être accomplie que par l'établissement de santé » comme cela a été confirmé par le Conseil d'Etat lorsqu'il affirme par exemple que « L'hébergement Hospitalier doit être assuré par l'établissement public de santé lui-même, qui ne peut le déléguer » ( CE avis du 16 juin 1994- EDCE 1995 p 367). Par conséquent il paraît exclu de vouloir construire un BEA qui confierait au contractant l'immobilier du service hospitalier ou toute activité essentielle au soin ? L'intention du nouveau texte ne semble pourtant pas faire de doute.
- En outre un tel bail (BEA) **autorise le bailleur à hypothéquer le bien acquis** pour lequel un loyer est versé. Cette disposition pourrait mettre l'établissement dans une singulière position en cas de faillite du bailleur.
- Cette procédure se rapproche donc de celle encadrant la « délégation de service public » qui relève actuellement de la compétence du Conseil d'Administration de l'établissement.



- Pour Cyril CLEMENT, avocat (in La Gazette de l'Hôpital nos 48, février 2004 : Le BEA des établissements publics de santé) cette nouvelle procédure :

**TEMOIGNE SURTOUT D'UNE EMPRISE CROISSANTE DU DROIT PRIVE SUR LE DROIT PUBLIC QUE L'ON PEUT ASSIMILER A UNE « PRIVATISATION DU DROIT PUBLIC HOSPITALIER ».**

**\* II \* LE DEUXIEME ACTE A ETE CELUI DE LA LOI DE FINANCE POUR 2004 AU CHAPITRE DU BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE :**

**Ce budget prévoit des « Plans régionaux d'investissement complémentaires » d'une singularité nouvelle :**

- Seuls **437,8 millions** d'euros iront directement et exclusivement à l'hôpital public, pour la réalisation de treize projets.
- **1.647 millions** d'euros seront consacrés à 51 projets de « complémentarité public-privé » qui permettront au secteur privé de s'implanter dans le secteur hospitalier existant.
- Enfin **490,9 millions d'euros seront alloués directement au secteur privé** dans des structures existantes ou pour des nouvelles implantations !

**Au total donc ce sont 78% de ces budgets « complémentaires » qui directement ou indirectement participeront au développement du secteur privé.**

Cette somme issue de l'impôt représente à elle seule 10 à 12% du déficit de l'assurance maladie. Cette destination innovante du budget de la santé peut ravir le MEDEF, la fédération française des sociétés d'assurance et quelques investisseurs privés, mais qu'en pensent les contribuables auxquels on désigne comme insupportable le déficit de la sécurité sociale et qui savent l'ampleur des besoins insatisfaits du secteur public hospitalier ?

- Il est vrai que le rapporteur du budget pour 2004 était le député UMP Bruno GILLES ancien attaché de direction d'un grand laboratoire.
- Il est vrai aussi que le **ministre du budget Alain LAMBERT** avait dévoilé son état d'esprit :

**« La seule manière de réformer en France c'est de ne rien dire et de faire. » (in Challenges 9 10 2003)**

Il est effectivement prévu de ne remplacer qu'un fonctionnaire sur deux, de remplacer le statut de la fonction publique par la pratique des contrats temporaires de 3 à 5 ans pour l'ensemble de ses agents, de faire disparaître les emplois jeunes...etc.

**\* III \* EN 2002 ET 2003 SERONT COMMANDITES UNE SUCCESSION DE « RAPPORTS » DONT CERTAINS PASSES PRESQUE INAPERCUS :**

- Officiellement toutes les démarches entreprises le sont sous le contrôle du gouvernement, mais à reconnaître l'identité de certains acteurs on retrouve l'influence d'un **fort lobby libéral**.
- **Le MEDEF ne dissimule même pas sa satisfaction de voir reprises certaines propositions élaborées de longue date par ses cercles de réflexion.**
- Un organisme nouveau « **L'institut Montaigne** » issu d'un cercle patronal dirigé par Claude BEBEAR, ex PDG de l'assureur AXA, se prétend l'interface avec le monde politique et ne se prive pas d'élaborer son propre projet : « **L'Hôpital réinventé, synthèse et propositions** ». L'avant projet du document rend vivement hommage à l'action du ministre de la santé : « Les mesures en cours, planification sanitaire, tarification à l'activité, gouvernance de l'hôpital, vont dans la bonne direction », il faut « Donner la possibilité aux établissements de santé...de devenir des établissements de soins privés...(avec) le pouvoir d'embaucher des personnels sous contrat privé ». Ceux qui resteraient attachés à « leur statut de fonctionnaire » doivent « clairement être placés sous la responsabilité du directeur de l'hôpital qui doit pouvoir dispenser à leur égard des primes ...ou des sanctions, par exemple perte de leur emploi et leur remise à disposition de l'ARH ». Il est clairement annoncé une entrée en guerre contre « Les hospitaliers publics (qui) doivent renoncer à utiliser comme il le font aujourd'hui l'arme politique ou syndicale en cas de difficulté financière, pour obtenir du ministre de la santé des solutions dérogeant à la règle du jeu commune » Le discours a le mérite d'être clair et de ne laisser aucun doute sur les enjeux des affrontements à venir.

- **Le rapport Alain CORDIER** : Le 26 novembre 2002 le nouveau ministre de la santé Jean François MATTEI confiait à l'ancien directeur de l'AP-HP, devenu président du groupe de presse catholique Bayard, la rédaction d'un rapport sur l'Éthique Médicale. Dans ce rapport un volet concernait l'hôpital avec la proposition de « Tolérer l'émergence de comités d'éthiques dans chaque établissement hospitalier » mais « A condition qu'ils ne soient pas autoproclamés et restent l'interlocuteur de la CME...En insérant la réflexion éthique dans une approche globale du fonctionnement hospitalier...Il faut en finir avec les luttes d'influence, le pluriel des pouvoirs, Il faut un décideur responsable. La encore le principe éthique fondateur (doit) introduire un principe clair d'autorité » (!) ( in La Gazette de l'hôpital nos 45- août 2003).

- **L'Éthique ainsi définie ne doit plus être que la caution morale d'un principe d'autorité. L'éthique au sein de l'hôpital n'est plus perçue comme au service des patients mais seulement comme au service de la nouvelle « gouvernance hospitalière » qui refuse toute idée de contre pouvoir, fut-il éthique.**

- **Le rapport BABUSIAUX** dans le domaine de la santé préparait en 2002 la «co-responsabilité » incluant le partage des données médicales avec les organismes payeurs. Ce rapport qui menaçait la confidentialité a inspiré des réserves à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté)
- **Le rapport FIESCHI** passé inaperçu en juin 2003 prépare la mise en œuvre du «**dossier médical partagé** » qui pourrait bien signer la fin du secret médical à la grande satisfaction des assureurs complémentaires, mutuelles ou assurances lucratives, qui auront ainsi accès au «profil clientèle » dont ils rêvent depuis toujours et **dont l'exploitation pourrait bien ne pas se limiter au seul secteur du soin et du remboursement.** Il serait pour cela affecté une « adresse qualité santé » pour chaque patient et déterminé un « hébergeur » agréé pour les données de santé, selon des modalités déjà envisagées dans la loi antérieure du 4 mars 2002.
- **Le rapport BERLAND** en octobre 2003 prépare « **Le transfert de tâches et de compétences** ». Il s'agit d'évaluer comment dans le système du soin et à de multiples niveaux pourrait être fait appel à des **personnels sous qualifiés et donc moins bien rémunérés, y compris pour de nombreux actes médicaux.**

- L'objectif est de préparer l'organisation des futurs «réseaux de santé » privée et d'alléger la charge considérable que constituerait en particulier la rémunération des médecins. Certains professionnels engagés dans cette démarche n'ont pas encore mesuré à quel point elle était orientée à la fois contre eux et contre l'intérêt des patients pris en charge.

- **Le rapport CHADELAT** en avril 2003 propose une **réforme pour la «couverture Maladie Généralisée** » (CMG) assurant la couverture d'un «**panier de soin** » avec plusieurs niveaux de protection . Cette CMG serait la somme de l'AMO et de l'AMCB . Son contenu serait de la compétence de l'exécutif et la CMG « **n'a pas vocation à assurer la gratuité totale des soins** » :

**L'AMO** (Assurance Maladie Obligatoire) resterait financée par la cotisation sociale. Cette portion préservée de couverture obligatoire permettra à notre ministre d'affirmer qu'il n'y a pas de remise en cause du principe de la sécurité sociale ! Cette infime part de vérité dissimule un vaste mensonge par omission.

**L'AMCB** (Assurance Maladie Complémentaire de Base), serait en effet à la charge des assurés auprès de mutuelles ou compagnies d'assurance privée. Cette part réputée facultative serait de fait indispensable pour avoir accès à un «panier de soin » conséquent. Des aides d'état seront prévues sous forme de «bons de santé » pour aider les plus démunis. Les assureurs auront une totale liberté tarifaire avec un cahier des charges à respecter ; les tarifs pourront augmenter avec l'âge et en fonction du risque avec des niveaux de couverture variables.

**Enfin un troisième volet d'assurance totalement libre** accessible aux plus hauts revenus qui voudraient renforcer leur protection au-delà du panier de soin minimal.

**Il est ainsi prévu d'ouvrir au marché un secteur représentant annuellement 150 milliards d'euros.**

Jean François CHADELAT, rédacteur de ce projet a rempli la mission confiée par Jean François MATTEI qui était expressément de «organiser la répartition entre les assurances obligatoires et complémentaires »

Le choix du rapporteur n'est pas neutre puisque l'auteur du rapport a été de 1990 à 94 chargé des questions de santé chez AXA et participait déjà au plan JUPPE en 95.

**Le concept même de panier de soin reste évasif avec plusieurs interprétations possibles** : Les soins les plus utiles ? Les soins essentiels et vitaux ? Pour tous ou pour les plus pauvres ? Le panier sera t'il variable selon les revenus ?

**Le panier de soins de la CMG** définit « l'ensemble des actes médicaux pris en charge », cette prise en charge pouvant être globale ou partielle par chacun des acteurs concernés (AMO ou AMCB ou ménages). Il est prévu que ce soit le **rôle de l'exécutif de définir le contenu du panier de soins**, après consultation d'experts variés ! Les déclarations antérieures de certains politiques ou responsables influents peuvent nous inquiéter déjà en ce qui concerne leur conception du panier de soins :

- En novembre 2002 Jacques BARROT, président du groupe UMP à l'assemblée nationale déclarait que l'assurance obligatoire devrait se concentrer sur les maladies graves, tandis que les « petits risques » relèveraient de l'assurance complémentaire !
- En juin 2003 la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) proposait déjà de concentrer le régime obligatoire sur les maladies graves et de déléguer « dès le premier euro » des pans entiers du soin aux assurances complémentaires.
- La confédération syndicale des médecins français (CSMF), syndicat libéral majoritaire, propose que les prestations couvertes par le panier de soin soient les seules à bénéficier du 100%, tout le reste relevant des assurances complémentaires. Mais elle propose aussi pour chaque prestation une différence entre une part contenue dans le panier de soins et une part qui en serait exclue.
- Lorsque le premier ministre Jean Pierre RAFFARIN en octobre 2003 relance le débat sur le panier de soins c'est en donnant des indices alarmants sur sa conception de l'équilibre entre responsabilité personnelle et solidarité collective : « Faut-il couvrir dans les mêmes conditions une fracture du bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski ? »

**La « petite phrase » de RAFFARIN contient toute sa conception du contrat social** : Le citoyen est réduit à sa dimension de producteur ; on peut le « réparer » s'il tombe dans la rue, mais le loisir est un luxe qui justifierait une **rupture naturelle de la solidarité**, la chute au ski relevant alors évidemment de l'assurance complémentaire privée !

Cette pensée est par essence une « pensée de classe » : Les riches pourront toujours se payer l'assurance nécessaire à la sécurité de leurs loisirs, les autres n'ont qu'à y renoncer et rester chez eux... (Pour regarder TF1 ou c'est mon choix animé par la nouvelle « Marianne », icône d'une République faisant de l'individualisme une vertu !). On ne saurait énoncer phrase plus démonstrative de la dimension antisociale de la pensée du premier ministre !

**L'AMG n'a donc de « généralisée » que le nom.** En réalité la couverture générale ne peut-être obtenue qu'à condition de « se payer » un premier niveau de complémentaire dite de base (AMCB), une couverture vraiment totale imposant l'adhésion à une assurance au troisième niveau.

**Dans tous les cas disparaissent la notion d'accès au soin égal pour tous et le principe de solidarité.**

- **Le « plan hôpital 2007 »** prépare en conformité avec l'AGCS **un changement d'objectifs et de «gouvernance » dans les établissements.** Les conséquences de ce plan porteront :
  - Structurellement sur l'organisation de chaque schéma régional d'organisation de la santé.
  - Juridiquement sur les statuts de l'ensemble des personnels
  - Fonctionnellement sur la définition même des missions de l'hôpital et des autres partenaires.
- Il est prévu une suppression de la carte sanitaire qui tendait à harmoniser la couverture du territoire. Une **ARS** (Agence Régionale de Santé) remplacera l'ARH et couvrira les activités privées et publiques.
- Le pouvoir des directeurs d'ARH est considérablement renforcé dans le cadre de la décentralisation. La législation est modifiée pour faciliter la conclusion de bails avec le secteur privé et même la cession du patrimoine public ( Cf. Acte législatif p. 24))
- Il est prévu l'instauration de **GCS** (Groupements de Coopération Sanitaire) organisant les coopérations et fusions des structures privées et publiques avec évolution des statuts des personnels vers une contractualisation individuelle. Les externalisations massives et la sous-traitance d'activité sera envisagée sur seul critère de rentabilité.
- **La «gouvernance » des établissements** sera recentrée autour de «**conseils stratégiques** » réduits dont la présidence médicale,( peut-être rémunérée pour cette fonction ?) signera **contrat d'objectif** avec la direction et l'ARS.

- Le nombre des **pôles d'activité** dans les hôpitaux sera réduit à la taille d'une gestion administrative et comptable optimale. Les médecins chefs de pôle seront eux aussi désignés par le conseil stratégique et recrutés en fonction de leur acceptation des termes d'un **contrat** préparé entre la direction et l'ARS.
- Il est prévisible que **les médecins recrutés, cooptés** pour la mise en œuvre d'une politique ainsi définie en amont des services de soins devront se plier à des directives qui pourraient bien heurter profondément la conception qu'ils auraient pu auparavant conserver des missions du service public.
- La nomination même des **praticiens hospitaliers** pourrait devenir la prérogative de l'ARS après avis du conseil stratégique, supprimant la nomination nationale ministérielle actuelle. Ce point suscite toutes les inquiétudes des représentations syndicales de praticiens hospitaliers.
- **Il est clairement annoncé la recherche de la productivité et de la rentabilité des établissements. Il est instauré dans ce but une «tarification à l'activité»** en remplacement du budget global. Cette nouvelle tarification préparera la comparaison des coûts entre établissements mis en concurrence pour ne conserver que les plus «rentables»

**La tarification à l'activité (T2A en langue technocratique)** est analysée par Jean Marie CLEMENT, professeur de Droit Hospitalier (in La Gazette de l'Hôpital nos 48, février 2004) comme une réforme « complexe difficile à appliquer, obligeant certains établissements à faire des efforts de réduction des coûts » et elle « Apparaît incongrue pour une activité de service public »... « On peut craindre une égalisation par le bas, puisque inéluctablement la moyenne nationale des tarifs s'infléchira vers le bas ».

**La dérive productiviste risque fort d'induire une prestation minimale et une gestion à flux-tendu qui reproduirait tous les défauts déjà observés en GB et aux USA ; ces conséquences sont connues de tous mais il s'agit d'un choix politique pleinement assumé..** C'est le « moins disant » en terme de coût qui servira de base étalon pour déterminer une tarification qui s'imposera à tous !

Cette tarification à l'activité déjà mise en œuvre aux USA a été l'objet de critiques sévères de la part des libéraux eux-mêmes car exposant à des **effets pervers préjudiciables en premier aux patients**, le gain de productivité pouvant être influencée par la sur-déclaration dans leur gravité des pathologies prises-en charge ou par la sous-utilisation de l'enveloppe affectée au soin permettant des économies par réduction des explorations ou des prescriptions médicales que la pathologie concernée aurait pu justifier.

**La menace porte autant sur la qualité que sur la sécurité des soins, dès lors que le soignant est conditionné à soigner au « moindre coût » et non plus selon le juste besoin du patient.**

#### \* IV \* LE HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE :

**Pour la mise en cohérence de tous ces projets un «Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie» a été constitué par décret du 7 octobre 2003 (JO du 8 10 2003).**

**La mission** définie par ce décret était « D'évaluer, de décrire le système et la situation et aussi de formuler des **recommandations ou propositions de réforme** » ( La mission de ce HCAAM ne se limite donc pas comme certains ont voulu le dire et d'autres le croire à un « diagnostic », mais bien à la préparation d'une « ordonnance »). Il est demandé à ce HCAAM la remise d'un **rapport tous les ans pendant trois ans**, échéance prévue de sa mission. Ce rapport devra proposer « Les adaptations nécessaires pour assurer les objectifs de condition sociale et d'équilibre financier » (de l'assurance maladie)..

**Cette installation dans la durée met les partenaires engagés dans ce conseil dans une situation d'obligation d'accompagnement, rendant bien difficile l'expression de désaccords même profonds et plus encore difficile la tentation d'une rupture qui laisserait le champ libre aux seuls partenaires restants. La stratégie adoptée représentait un piège que les centrales syndicales ont découvert au moment de signer le premier « consensus » qui leur a été présenté en janvier 2004 !**

Pourtant dès **sa constitution** ce HCAAM aurait dû susciter plus de défiance: Il est constitué de 53 membres et on y trouve les représentants des centrales syndicales mais sans que les professionnels de santé hospitaliers ne soient spécifiquement représentés. Dès sa création le docteur François AUBART observait « On peut être assez pessimiste sur une institution créée pour faire des propositions qui n'impliquerait qu'une partie des professionnels » En effet la coordination médicale hospitalière (CMH) s'est plainte que les professionnels des hôpitaux (médecins, infirmiers et aides soignants) n'y sont pas représentés ; relevant par ailleurs que les professionnels du secteur libéral feront, eux, partie du HCAAM. Même la Mutualité n'a qu'un seul représentant dans cette instance, alors que les représentants de l'industrie pharmaceutique et

du MEDEF y sont nombreux, soit directement, soit au travers de la représentation politique déléguée dans cette instance.

**Il est remarquable que le MEDEF** qui avait quitté avec fracas en octobre 2001 les organes de cogestion de la caisse nationale d'assurance maladie se soit aussi massivement investi dans cet organisme ou il pense à l'évidence pouvoir faire prospérer son propre « projet pour l'avenir de l'assurance maladie ».

**Il est tout aussi remarquable que les représentants des travailleurs** qui ont été à l'origine de la création de la sécurité sociale et de sa gestion pendant cinquante ans se retrouvent en situation très minoritaire dans cette instance.

**On mesure par ces deux remarques le chemin parcouru pour aboutir à la création de cet « outil » destiné à organiser la mise en œuvre de la contre réforme libérale.**

**Ce comité n'est en rien représentatif des intérêts des usagers mais représente plutôt un gigantesque lobby libéral dont la mission est clairement de donner caution au gouvernement pour les dispositions déjà envisagées et pour certaines déjà mises en œuvre.**

**François GOULARD** député UMP dans cette commission traduit la conviction de ses mandants : « Ma préférence va à la délégation de service public ou le délégataire serait à la fois assureur de base et assureur complémentaire...fixant librement les cotisations...Les médecins comme les hôpitaux seraient agréés...**Ca va être évidemment caricaturé en privatisation de l'assurance maladie !...Il faudrait sélectionner quelques mutuelles ou organismes à but non lucratif pour faire les premières expériences** » (!)

#### **LE CONTENU DU PREMIER RAPPORT du 23 janvier 2004 :**

- Le rapport dans sa description du système de soins et de protection sociale précise nombre d'éléments qui ne sont guère contestables. Il est même avec pertinence évoqué le caractère préjudiciable de certaines modalités du paiement à l'acte et de la liberté d'installation consentie à une profession privilégiée mais souffrant de très fortes inégalités qui sont soulignées.
- Le chapitre « ressources » est sans doute le plus contestable dans la partie « constat » car il occulte délibérément la plus grande partie des données politico-économiques résultant des effets délétères de l'économie libérale. L'accent est mis sur le chapitre « dépenses » pour dénoncer nombre d'abus qui sont les lieux communs du discours libéral visant à démontrer l'inefficience en particulier du secteur public.

#### **Les mesures correctrices proposées méritent toute notre attention :**

- A propos de l'amélioration du système de soins le HCAAM **retient comme essentiel un principe « d'arbitrage d'efficience »**, c'est à dire une appréciation médico-économique visant à déterminer si par exemple « Des analyses ou examens extrêmement coûteux (doivent être) forcement prise en charge. Car elle risque de se faire au détriment d'autres besoins ; il faut être capable techniquement et politiquement, de poser les questions de hiérarchie des priorités et d'effectuer les arbitrages ».  
Des voix se sont élevées (avant de se taire et de signer le document final) pour craindre les effets pervers de ces critères d'efficience.

**En effet, sont ici affirmées les bases d'une médecine à deux vitesses ou l'accès à des techniques ou traitements coûteux seront, de fait, réservé à ceux qui pourront en assurer le poids financier, directement ou par l'intermédiaire d'une assurance complémentaire dont les libres tarifs seront justement adaptés à la couverture de ces « gros risques » et donc inaccessibles au plus grand nombre.**

- **Le même critère d'efficience** sera largement étendu, est-il prévu pour le « **remboursement modulé des soins les plus courants** », avec les mêmes conséquences prévisibles de voir les moins fortunés en situation de devoir renoncer à certains soins . Il est clairement prévu une « **gestion active du périmètre remboursable** » qui prévoit d'exclure les « produits ou services considérés moins prioritaires, ou simplement devenus moins utiles. ».

**Ici aussi le même accès discriminatoire au soin en fonction de la capacité à contracter des assurances complémentaires est au cœur de l'esprit du projet.**

**Les « décideurs » de telles mesures seront , au côté des représentants de l'Etat, les représentants des organismes payeurs, mais est-il précisé « Sans vouloir régler le marché de l'assurance » (sic !)**

De fait c'est plutôt le marché de l'assurance qui réglera désormais les principes de fonctionnement de la protection sociale.  
Tout principe de cogestion avec les représentants des assurés est écarté, au bénéfice du monde des assurances et les fondements même de la sécurité sociale disparaissent dans de telles dispositions .

**Le Haut Conseil estime que la recherche de « la qualité doit être un moteur ».** Chacun peut en convenir. Il est proposé «la diffusion et l'application effective de référentiels de pratique médicale ». Ces pratiques nous dit-on « souffrent aujourd'hui de grosses carences ». L'objectif réel de la démarche transparait ensuite : « La chasse à la non-qualité est aussi une forme efficace de lutte contre les dépenses inutiles...(contre) la surconsommation de médicaments...avec 260.000 euros prescrits en moyenne par chaque médecin généraliste » Pour ces raisons la recherche d'efficience est présentée « comme une urgence » qui doit utiliser des instruments tels que l'encadrement tarifaire, mais en acceptant « **des marges de dépassement autorisé** » pour « **compenser les inconvénients connus des systèmes de prix administrés** »

**Une telle présentation recouvre exactement la revendication des médecins libéraux de sortir du tarif conventionnel et de pouvoir pratiquer les "dépassements d'honoraires" libres.**

**Le principe énoncé est celui qui prépare la fin du « prix administré », c'est à dire du système conventionnel essentiel pour permettre l'égal accès au soin de chacun .**

**Il est également noté un écart de coût moyen de un tiers entre structures hospitalières privées et publiques.** Il est espéré que la « tarification à l'activité » mise en place depuis le premier janvier 2004 dans les hôpitaux publics pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) sera un « instrument utile d'adaptation des pratiques. »

**Il est prévisible que « l'adaptation » évoquée se résume à l'exigence d'une baisse des coûts dans des établissements publics déjà en grande difficulté de fonctionnement.**

**Le dénominateur commun des mesures envisagées en ville comme à l'hôpital c'est une « politique conventionnelle » (le mot est conservé !) en faveur d'une qualité mieux définie et contrôlée.**

**Mais il serait plus juste de dire que ce processus conventionnel englobe des pratiques « contractuelles » pas nécessairement conformes aux intérêts premiers et aux attentes des usagers, mais conformes aux limites de financements consenties par les organismes payeurs.** ( Qu'il s'agisse pour une part encore d'un organisme public de protection sociale, ou pour une part sans doute plus importante du secteur complémentaire des assurances.)

**Il est clairement affirmé que « Le système doit s'inspirer des méthodes de bonne gestion qui valent partout ». Et « Il n'y a pas de recherche d'efficacité et de productivité qui ne suppose des efforts d'adaptation, voire des remises en cause de situations acquises ».**

Dans cet objectif : « Les rapporteurs sont conscients de la part de désenchantement et de perte de sens que ressentent beaucoup de soignants...(et de) l'inquiétude sur l'évolution future du statut des professionnels de santé (qui)..alimente la frilosité et donc le statu quo ». Pourtant « Tous les esprits raisonnables savent...que le statu quo est intenable, **qu'il faut casser certains clivages et imposer des formes d'organisation plus exigeantes...La pesanteur du système a se réformer alimente l'inquiétude des professionnels et assurés sociaux les plus lucides** » (sic !)

La menace sur le **statut de la fonction publique** ne fait guère de doute. Il s'agit de préconiser des **méthodes managériales** inspirées par le patronat, en prétendant qu'il s'agirait bien de l'attente des professionnels eux-mêmes et même de l'attente des usagers les plus lucides !

Dans ce système il **n'est pas question « D'injecter davantage de moyens... (ce qui) peut même alimenter un peu plus certains effets pervers » (!)**

Les personnels des hôpitaux savent désormais à quoi s'en tenir, cette recommandation écarte toute perspective de renforcement des moyens existants.

**Concernant les informations médicalisées**, le Haut Conseil préconise un « Large accès aux informations médicalisées sur la consommation de soins » au bénéfice de l'assurance maladie (qui possède déjà cet accès) mais aussi au bénéfice des organismes d'assurance complémentaires (que les règles de confidentialité actuelles interdisent d'accéder au dossier médical). Le Haut Conseil réfute le risque « D'atteinte au secret médical (qui pourrait) servir à l'insu de l'assuré, à une sélection du risque ». Sans ambiguïté aucune il affirme : « **C'est le partage de l'information qui doit être la règle, et la rétention l'exception** ».

**Que les partenaires sociaux représentants du monde syndical aient pu signer un accord comportant une telle disposition paraît proprement ahurissant et même irresponsable, si on anticipe sur les conséquences prévisibles !**

L'ironie est que cet accord se conclue sur la nécessité « **D'agir franchement dans le sens d'une plus grande diversité d'expression démocratique et de représentations directes des usagers dans les différentes instances du système d'assurance maladie** ». Mais en même temps il faut : « **Mettre fin à des pilotages coordonnés** » pour privilégier la « **Délégation globale de compétence à un acteur précis** »

**Au coté d'un habillage sémantique de circonstance, c'est bien le principe d'une autorité centralisée sans partage qui est affirmé ici.** Il faut sans doute entendre l'encouragement à la diversité d'expression démocratique comme l'annonce d'un processus de « concertation sociale » dont il est déjà inscrit dans le texte qu'il ne représente aucune forme d'équilibre de pouvoir et moins encore de contre pouvoir.  
**Si devait naître un contre pouvoir pour faire obstacle aux mesures annoncées, ce n'est sans doute pas au sein du Haut Conseil et au côté des signataires de cet accord qu'il conviendrait de le rechercher, mais en mobilisant l'ensemble du mouvement social autour des usagers tous concernés par la contre réforme en marche .**

**A SUIVRE....**

**Au lendemain de la remise du rapport le ministre de la santé Jean François MATTEI confirme que : « La priorité est de remettre de l'ordre dans l'assurance maladie, avant de se pencher sur les recettes »... »Les recettes... c'est le dernier point à aborder »**

**Il est désormais prévu une phase de « concertation » avec des discussions bilatérales dans huit groupes de travail/ Trois porteront sur l'organisation des soins, deux sur la qualité des pratiques médicales et deux sur la gestion du risque et sur la "régulation conjoncturelle des dépenses et la loi de financement » .**

**Les travaux devraient être clos en avril et déboucheront sur un « document d'orientation de la réforme » présenté en conseil des ministres ou sera décidé la modalité d'adoption, par voie parlementaire ou plus probablement par ordonnance au cours du mois de juillet.**

**.....ET SI NOUS N'ATTENDIONS PAS JUSQUE LA POUR AFFIRMER NOTRE REPROBATION DE LA CONTRE REFORME ANNONCEE ?**

## CONCLUSION

**L'enjeu du devenir de la protection sociale ne se résume pas à la simple adaptation du système devant les conditions nouvelles que sont la mondialisation libérale et sa dérégulation généralisée avec mise en concurrence et intervention du marché dans l'ensemble des activités humaines.**

**Au-delà de ces conséquences prévisibles dans l'organisation de notre système de soin apparaît un bouleversement complet et radical du contrat social sur lequel était fondée notre cohésion sociale.**

**La réforme ultra-libérale annoncée est par nature «anti-humaniste» et fondée sur la négation de valeurs communes que nous avons pourtant depuis deux siècles d'histoire sociale mises en avant comme un modèle de civilisation que d'autres peuples nous envient.**

Il est attendu que nous acceptions comme normal et inévitable, au nom du libéralisme et de la modernité un renoncement à ces valeurs communes.

**L'absence même de débat public éclairé sur ces enjeux démontre si cela était nécessaire à quel point le projet de marchandisation de l'ensemble des activités humaines n'est rendu possible que par la régression de la vie démocratique et la démission du monde politique devant les forces économiques.**

Le prix Nobel d'économie 1998 AMARTYA SEN n'a pas manqué de «s'étonner du démantèlement du système de santé publique encore performant en Europe, pour se rapprocher du système de santé qui a démontré que la prise en charge d'un cancer est inaccessible à un salaire moyen aux USA. »

**Dans un monde où les inégalités sociales vont croissantes en même temps que la masse des richesses produites, les inégalités devant les risques qui pèsent sur la santé de chacun représentent un niveau de plus dans la somme des injustices inacceptables qu'il convient de combattre.**

Si nous pensons qu'un autre monde est possible il est certain que la solidarité en sera un des piliers fondamentaux, à l'opposé du cauchemar discriminatoire que la vision libérale du monde tente de nous imposer.

### FACE AUX REFORMES ANONCEES IL NOUS FAUT AFFIRMER :

- **Que la question de la santé ne peut être réduite au soin et que le soin ne peut être réduit à une approche médico-technique car il englobe le champ social et médico-social.**
- **Que la solidarité est fondatrice non seulement d'un système de ressources mais aussi d'une cohésion sociale qui est un progrès de civilisation que rien ne justifierait de remettre en cause.**
- **Que le caractère universel de la protection sociale et l'objectif de gratuité sont légitimes et réalistes.**
- **Que la solidarité revendiquée dans le cadre national participe à un droit humain dont nous demandons l'extension planétaire . La santé doit être déclarée bien commun de l'humanité et pour cela sortir partout de la sphère marchande.**
- **Toute inégalité d'accès au soin doit être considérée comme inacceptable et toute entrave à cet accès constituer un délit inscrit dans le droit commun comme dans le droit universel.**



**BIBLIOGRAPHIE NON EXHAUSTIVE :****Ouvrages :**

- La santé n'est pas une marchandise (Patrick Alloux, les éd. De l'atelier 2003)
- L'appropriation sociale (Notes de la fondation Copernic)
- Droits des malades, vers une démocratie sanitaire ? (La documentation française nos 885, février 2003)
- Globalisation et santé (Etudes marxistes nos 58, avril-juin 2002)
- Histoire sociale de l'Europe (François Guedj et Stéphane Sirot, Seli Arslan ed 1997)

**Reuves :**

- PRATIQUES, les cahiers de la médecine utopique :
  - Nos 23 (2003) Ils vont tuer la sécu !
  - Mais aussi : Nos 5 1999, La santé au travail – Nos 8 1999, La santé n'est pas à vendre – Nos 9 2000, L'hôpital en crise – Nos 12 2001, L'information et le patient – Nos 13 2001, La santé et l'argent – Nos 17 2002, La vieillesse une maladie ? – Nos 21 2003, Le médicament une marchandise pas comme les autres – Nos 22 2003, La santé un enjeu public.
- ALTERNATIVES ECONOMIQUES :
  - Nos 218 octobre 2003, menace sur l'assurance maladie
  - Nos 219 novembre 2003, responsabilité sociale des entreprises /mondialisation.
  - Nos Hors Série 58 premier trimestre 2003, les chiffres de l'économie 2004.
  - Nos 220 décembre 2003, la désindustrialisation : délocalisations.
  - ESPRIT novembre 2003, nouvelles inégalités et protection sociale.
  - 60 millions de consommateurs Nos 376 octobre 2003, dossier sécurité sociale.
  - MANIERE DE VOIR6 Le Monde Diplomatique, nos 33 février/mars 2004 : Apartheid Médical.
  - Collectif EUROPE ET MEDICAMENT : [europedumedicament@free.fr](mailto:europedumedicament@free.fr) (www.prescrire.org)

## SOMMAIRE :

-Introduction	1
I – LA SECURITE SOCIALE – UN PEU D’HISTOIRE : Origines	2
Quatre remarques- ordonnance du 4 octobre 1945- la contre réforme libérale	3
Protection sociale dans le monde	5
II- LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : Les bases-	6
Le budget- Evolution et équilibre- Le trou de la sécu-	7
1 / Comment sont réparties les richesses produites ? Quelle évolution de cette répartition ?	8
2/ Les cotisations sociales sont-elles bien versées ?	
3/ Quel est le rôle du chômage ? Quelles sont ses causes ?	9
La sous-traitance – L’externalisation-	10
4/ Existe t-il d’autres causes au déficit des recettes ? Quel est le rôle des impôts ?	12
5/ Existe t-il d’autres causes à la fin des solidarités annoncées ?	13
III- LES DEPENSES DE SANTE/ Généralités-	14
1/ Est-il juste d’accuser les assurés sociaux eux-mêmes ?	
2/ Est-il juste d’accuser les professionnels de santé eux-mêmes ?	16
3/ Est-il juste d’accuser l’industrie pharmaceutique ?	17
Le complexe médico-industriel – la question des brevets-	18
La pression des laboratoires- Les vraies questions- Collectif Europe et médicament-	19
4/ Est-ce notre système de gestion qui est trop coûteux ?	20
5/ Existe t-il des dépenses indues ?	21
6/ Mais existe t-il une réelle volonté de diminuer les dépenses ?	
IV – L’AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE FACE AU LIBERALISME :Remarques-	22
La mise en œuvre de ce projet- Les procédures en cours d’élaboration-	23
1/ Le premier acte législatif : loi de décentralisation du 28 mars 2003- ordonnance 4 sept.2003	24
2/ Deuxième acte : loi de finance pour 2004	25
3/ Succession de rapports 2002 et 2003	
Cordier-Babusiaux-Fieschi-Berland-Chadelat	26
Plan hospital 2007	27
4/ Le Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie :Mission- Constitution	28
Contenu du premier rapport du 23 janvier 2004-	29
A suivre...	31
CONCLUSION	32
FACE AUX REFORMES ANNONCEES IL NOUS FAUT AFFIRMER	
BIBLIOGRAPHIE	33
SOMMAIRE	34