

Assurance-maladie : un rapport en trompe l'œil

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie vient de rendre son rapport. Il fait le constat que *"l'assurance-maladie constitue un de nos grands succès collectifs"*. Il affirme que *"les principes de solidarité de notre système de prise en charge sont sains et doivent être maintenus"* et il considère comme positif *"au regard de la solidarité nationale"* le fait que *"les cotisations ne tiennent pas compte de l'état de santé des assurés"*. Il met à juste titre l'accent sur une nécessaire réforme du système de soins en pointant l'exigence d'une meilleure coordination entre les acteurs. Enfin il se prononce contre la liberté tarifaire prônée par certaines organisations de médecins en caractérisant comme fondamental le principe *"d'opposabilité des tarifs"*.

Si ces affirmations sont positives, le diagnostic général, centré sur les problèmes financiers, reste marqué par un catastrophisme qui lui fait dire que l'assurance-maladie est *"désormais en situation de grave péril"*. Si le Haut-Conseil admet qu'agir sur plusieurs leviers sera nécessaire, l'accent est mis essentiellement sur la réduction des dépenses et la recherche de gains de productivité, alors même qu'il est obligé de reconnaître qu'il est difficile d'en mesurer l'impact réel et qu'une telle orientation *"ne pourrait suffire à couvrir les impératifs financiers de court terme"*. De plus, le rapport contient un certain nombre d'allégations discutables et dangereuses pour l'avenir d'une Sécurité sociale solidaire, voire même de contrevérités. Il comporte de plus des oublis inquiétants.

Tout le raisonnement économique est basé sur les a priori de la pensée néolibérale, comme par exemple l'affirmation que *"la levée des recettes a posé des problèmes politiques et économiques"*. De plus, alors que les versions précédentes du rapport n'excluaient pas la nécessité d'augmenter, dans l'avenir, les recettes de l'assurance-maladie, le texte définitif n'en touche pas mot et l'éventualité d'une augmentation des cotisations patronales n'est même pas évoquée. La CSG, alors que son produit est essentiellement généré par les salariés, est présentée comme le moyen adéquat de financement. Le Medef peut donc dormir tranquille.

Le rapport avance ainsi que *"la France se situe parmi les pays qui consacrent le plus de leur richesse aux dépenses de soins"*. Une comparaison honnête fait pourtant ressortir au contraire que les dépenses de santé en France se situent dans la moyenne internationale pour les pays ayant un développement comparable : Allemagne, 10,7 % du PIB ; Canada, 9,7 % ; Suisse, 10,9 % ; France 9,5 %. La seule exception est les Etats-Unis avec près de 14 % du PIB, pays où la santé est en large partie privatisée avec pour conséquence le fait que la moitié des habitants n'ont pas accès à des soins convenables.

Concernant le déficit, le rapport ne tire pas de conséquence du constat que le manque de ressources de la CNAM est d'abord dû à un ralentissement des recettes, contrecoup de la croissance du chômage et fait l'impasse sur les dettes de l'Etat et des employeurs. De même laisser planer la menace d'un *"effet éviction massif au détriment des autres besoins collectifs"* en cas d'augmentation des recettes, c'est oublier qu'il est possible de dégager des ressources supplémentaires en rééquilibrant la part des salaires (salaires directs et cotisations sociales) dans la valeur ajoutée créée par les entreprises alors que celle-ci a baissé de 10 points en 20 ans.

Concernant la prise en charge des malades, le rapport ne dit rien des mesures de déremboursement déjà prises ainsi que de la hausse du forfait hospitalier et les formulations technocratiques dissimulent une philosophie porteuse de régressions sociales. Les notions d'efficacité et d'efficience sont mises au service d'orientations visant, de fait, à diminuer le niveau de remboursement des soins par l'assurance-maladie, *"l'aisance d'accès aux soins"* étant dénoncée et des *"formes nouvelles de ticket modérateur"* envisagées. L'opacité des expressions cache mal la volonté de réduire la prise en charge publique, la participation des ménages étant considérée comme *"très modeste"*. On comprend que dans cette perspective, le rapport ne dise rien sur le caractère inégalitaire et socialement discriminatoire de la plupart des couvertures complémentaires.

Le Haut-Conseil justifie les restructurations dans le secteur hospitalier et la tarification à l'activité. Ainsi est approuvée l'application d'une stricte logique financière qui se fera au détriment de la qualité des soins en contradiction avec les propos lénifiants tenus à ce sujet. La question de la prévention et des déterminants sociaux de la santé n'est pas réellement traitée, les paragraphes abordant ces points ne sont là que pour la forme et le rapport ne fait sur ce sujet aucune réelle recommandation. Autre "oubli", le rôle de l'industrie pharmaceutique dans l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie et dans le *"rapport qualité/coûts"* des médicaments.

Concernant le mode de prise de décisions, le rapport se focalise sur les questions institutionnelles et n'évoque qu'au détour d'une phrase la nécessité d'une *"élaboration partagée avec les acteurs de la santé"*. La mise en place de processus de démocratie participative associant tous les acteurs du système est pourtant décisive pour décider ce qui doit être remboursé par la Sécurité sociale et donc pour définir collectivement les moyens financiers à mettre en œuvre.

Pour l'Union syndicale G10 Solidaires, ce rapport est largement en trompe l'œil. Malgré un hommage obligé à l'assurance-maladie, il est lourd de menaces pour l'avenir. Plus que jamais, il faut dès aujourd'hui préparer les conditions d'une mobilisation unitaire d'ampleur des salariés pour bloquer des projets porteurs de régression sociale et imposer une véritable refondation d'une assurance-maladie solidaire.

Le 23 janvier 2004