

SECURITE SOCIALE

POUR UN GRAND MOUVEMENT

LE SAMEDI 5 JUIN

**A L'APPEL DE TOUS LES
SYNDICATS
SANS *AUCUNE* EXCEPTION !**

Le gouvernement, par la voix de Ph. Douste-Blazy, vient de faire connaître son projet de réforme de l'assurance-maladie. On pourrait se demander : où est-il question de la santé dans ce projet ? P.ex. des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ?

Centré sur une dramatisation du déficit, ce projet ne semble pas avoir comme finalité première d'améliorer le système d'abord dans l'intérêt de la santé des Français (et des non-Français), mais plutôt de limiter la part *socialisée* des dépenses liées à la maladie et donc de diminuer la demande de soins.

D'où des mesures essentiellement financières : franchise d'un € (*pour 2005* : après, cela pourra être plus), augmentation d'un € du forfait hospitalier (lui aussi avait commencé par être symbolique), augmentation de la CSG (pourquoi pas, mais si on ne touche à rien d'autre...).

Même les mesures comme le dossier médical partagé semblent subordonnées à un objectif de compression des dépenses.

Par ailleurs, la direction (la « gouvernance ») de la Sécu serait fortement étatisée, au détriment des organisations représentatives (des salariés, notamment).

Prenons conscience que la dramatisation du déficit a pour but d'éviter un débat de fond et d'occulter les choix politiques qui sont faits sur l'organisation générale de notre système de santé ; certes, le ministre reçoit les différents partenaires, mais il n'y a pas de négociation !

I) Reparlons d'abord du « déficit ».

13 milliards d'€ en 2004, 30 milliards cumulés. Certes, ce n'est pas rien, mais

1°) Pour une part, n'est-il pas normal que les dépenses de santé augmentent actuellement plus que le PIB ?

L'espérance de vie progresse, le coût de certaines thérapeutiques sophistiquées aussi. Où est le problème ? S'alarme-t-on que les dépenses des Français en téléphones portables aient explosé, que la part des dépenses des ménages en informatique ne cesse globalement d'augmenter (puisque tout le monde s'équipe) ?

2°) Selon quelles normes juge-t-on ce déficit ?

a) Ce déficit est d'un niveau relativement bas (2,5 % du budget) par rapport au déficit de l'Etat (18 %), or celui-ci continue à baisser les impôts...

b) La France est au 5^{ème} rang des pays de l'OCDE pour la dépense de santé par personne (après les E.-U., la Suisse, le Canada, l'Allemagne) et au 11^{ème} rang pour le déficit... C'est une position moyenne.

c) La dépense globale de santé représente actuellement 9,5 % du PIB, contre 14% aux E.-U. (mais, en plus, aux E.-U. les disparités sociales dans les dépenses de soins sont énormes : 43 millions de personnes sont sans couverture-maladie).

Donc, l'urgence est plutôt d'améliorer la santé des gens – p.ex. en améliorant la situation des hôpitaux publics ! – que de résorber le déficit en comprimant les dépenses *socialisées*, dans la logique du traité de Maastricht qui impose une limite au déficit global des dépenses publiques (mais pas au chômage), dans la logique aussi du MEDEF et des compagnies d'assurances comme Axa.

Le problème est de choisir entre une logique solidaire et la logique de marché !

II) L'idéal des « libéraux ».

Certes, le gouvernement a tenu compte de la force du mouvement social pour la défense des retraites en 2003 et de la « claque » qu'il a prise aux élections régionales. Ce n'est pas encore à un projet *ultra-libéral* radical qu'on a affaire, mais les mesures décidées diminuent les remboursements *sociaux* et donc incitent à accroître la part de la protection *privée*. On peut penser que l'évolution vers plus de « libéralisme », plus de privatisation de la dépense, donc vers plus d'individualisme et moins de solidarité, se fera lentement mais sûrement si nous laissons faire.

Le cadre général des évolutions auxquelles travaillent les « libéraux » a été défini par *le rapport Chadelat* (texte p.ex. sur <http://onala.free.fr>), qui propose, suivant ainsi la « logique des trois piliers » de la Banque Mondiale

une assurance maladie à trois étages :

- une couverture généralisée, mais minimale, prise en charge par la collectivité nationale
- une couverture obligatoire assurée par les mutuelles et les assurances privées
- une couverture relevant du choix de chaque assuré social

Dans cette logique, obliger à passer chez un médecin traitant avant toute visite chez le spécialiste, sous peine d'être moins remboursé, c'est instaurer un accès aux soins à deux vitesses.

III) Comment financer un système de santé de qualité et plus solidaire ?

1°) En faisant le choix d'une autre politique économique :

a) les politiques néolibérales menées induisent une **croissance du chômage**, qui pèse directement sur le déficit puisque les cotisations sont fonction du salaire. 100 000 chômeurs = 1,3 milliard de cotisations en moins. Donc 1 million de chômeurs en moins et il n'y aurait plus de déficit annuel de la Sécu. Supprimer des emplois (dans la fonction publique notamment), c'est baisser les recettes sociales.

b) Une politique de **hausse des salaires** alimenterait, elle, directement les recettes.
« Economiquement impossible ? » Rappelons que la part du salaire dans la valeur ajoutée a baissé de 10 points en 20 ans.

Par ailleurs, baisser les « charges patronales » coûte environ 20 milliards /an ! Or, cela ne semble pas avoir d'effet notable sur l'emploi. Mais les exonérations de charge ne sont pas intégralement remboursées à la Sécu par l'Etat (moins 2 à 3 milliards d'€ par an).

c) Enfin, **l'organisation du travail** actuelle pèse aussi directement sur la santé : les chiffres d'augmentation de certaines pathologies, dues directement à l'intensification du travail, sont effarants Cf. Aussi le stress dû aux conditions de travail et à la précarité.

2°) En gérant mieux les dépenses, p.ex. :

a) de 1990 à 2001, ce sont les **coûts des médicaments** et des analyses médicales qui ont le plus progressé ; les médicaments génériques ne représentent encore que 9 % du marché en volume contre 37 % aux Etats-Unis par exemple.

b) La hausse des tarifs des consultations a entraîné une hausse de 6,2 % du prix des soins médicaux. On peut au moins réfléchir sur les effets du paiement à l'acte, que certains médecins eux-mêmes remettent en question, au moins dans son caractère exclusif.

3°) En augmentant de façon juste le financement :

a) augmenter la part des prélèvements, c'est possible :

contrairement à ce qui est souvent dit, la compétitivité de la France n'est pas si mauvaise, puisque la balance commerciale est excédentaire, et la France est attractive, puisque c'est l'un des pays qui attirent le plus d'investissements directs étrangers.

b) l'assiette doit sans doute être modifiée :

en effet, d'une part, le système actuel est pervers, car les cotisations sont calculées sur les salaires ; ainsi, plus une entreprise augmente sa masse salariale, plus elle cotise.

D'autre part, depuis les années 80, la part du capital dans la valeur ajoutée (i.e : essentiellement salaire + profit) a augmenté (cf. plus haut) et se maintient à un haut niveau ; ainsi les cotisations doivent donc se calculer sur la valeur ajoutée et il faut intégrer dans l'assiette certains produits financiers, notamment les revenus distribués aux actionnaires.

c) cotisation ou impôt (CSG) ?

Il y a là un débat entre les différentes organisations syndicales et les autres forces intéressées au développement d'une assurance-maladie solidaire. En effet,

d'un côté, en participant à la gestion des cotisations, on est *actif*, on influe sur les choix ;
d'un autre côté, la CSG, en taxant les salaires, mais aussi les revenus du capital est un peu plus juste, elle contribue à la solidarité sociale. Ceci dit, elle est encore fondée essentiellement sur les ressources du travail (75,5 % du montant global de la CSG provient des salaires, 17,5 % des retraites et allocations-chômage, 7 % des revenus du capital mobilier et immobilier).

Quoi qu'il en soit de cet aspect technique – qui, lui, peut être laissé aux spécialistes – il n'y a

PAS DE FATALITE

à ce qu'on aille de plus en plus vers un système de santé (et un système social) fondé sur le chacun pour soi.

Depuis 30 ans, le système a fait preuve d'une capacité à résister au néolibéralisme ambiant ; malgré les contraintes extérieures, les réformes sont toujours le fruit de décisions *politiques* et non d'adaptations mécaniques ; elles dépendent donc aussi de la capacité des acteurs sociaux à proposer et négocier des formes de protection sociale ayant leur préférence.

L'avenir de la Sécurité Sociale dépend de nous !

Mobilisons-nous le samedi 5 juin !

Tous à la manifestation !

L'an dernier, nous avons été jusqu'à 36 collègues du Lycée dans une manif sur les retraites : on peut faire au moins aussi bien.

Réservons notre samedi après-midi !

C'est important !

LILLE 15 h Porte de Paris

Douai 15 h Place Barlet

Arras 15 h Gare (à confirmer pour Arras)