

Contre- réforme de la Sécu : plus brutale que le plan Juppé !

**Assurés à vos poches... dès demain...
et surtout après-demain,
pour cause d'enveloppes "fermées"
Drôle de "gouvernance"**

**Le cadeau aux assurances privées
Comme dirait M. Gabaglio :**

**Quand le corporatisme joue la montre ...
On n'en finit pas d'attendre la version "der
des der" de la réforme à géométrie variable
que le gouvernement propose aux
parlementaires d'adopter courant juillet.**

Le 13 octobre 2003, Monsieur Raffarin installait un "Haut conseil de la réforme de l'assurance maladie" ayant mission de remettre au législateur d'ici la fin 2003 "un diagnostic partagé" sur la situation de la Sécu.

Mais histoire que les "sages" restent dans les clous, M. Raffarin leur avait remis, comme cadeau d'intronisation au "Haut Conseil" , une "feuille de route" de 72 pages dont l'intérêt était commenté par Le Monde du 15 octobre en ces termes : "M. Raffarin devrait ainsi leur éviter de s'appesantir sur le travail d'inventaire".

"Feuille de route" : pour le "communicant" professionnel qu'était M. Raffarin avant d'accéder à de hautes fonctions politiques régionales puis nationales, la formule "feuille de route" était sans doute une bourde par rapport aux canons BCBG du langage politique. Mais reconnaissons à ce vocabulaire d'adjudant de paras un mérite : celui de signifier clairement ce que le pouvoir politique attend des acteurs subsidiaires.

De Juppé-Notat à Douste-Blazy, la continuité des exigences européennes ...

Il n'était de toute façon pas nécessaire d'attendre que le "Haut Conseil" ait livré les cogitations de son "diagnostic partagé" pour préjuger de ce que serait la réforme en gestation.

En effet, l'objet de la réforme à venir postérieurement au plan Juppé-Notat, on le connaît depuis le jour même (15 novembre 95) où ce plan a été rendu public.

"C'est un rapt de la Sécu" avait alors déclaré Marc Blondel, un "rapt" des "cotisations sociales qui constituent notre salaire différé" via la mise sous tutelle comptable de l'Etat des recettes de la Sécu.

Et la CGT-FO de conclure à l'époque il s'agissait là d'une "étatisation qui prépare la privatisation de la Sécu". L'offensive de privatisation de la Sécu, voilà donc près de 10 ans qu'elle attend son heure. Elle était hier et demeure aujourd'hui d'autant inévitable qu'elle répond à une double exigence des "impératifs" de l'Europe Sociale maastrichtienne :

les critères de convergences économiques tendant à ramener à 0% les déficits publics autorisés (ndlr : l'UE intègre les dépenses de la sécu au même titre que celles de l'Etat dans les dépenses publiques ; au stade actuel le déficit autorisé par Bruxelles est de 3% du PIB). A ce titre, l'intérêt "supérieur" de la monnaie unique exige que l'on sacrifie sur l'autel de la rigueur comptable les besoins de santé.



L'ouverture à la concurrence privée de la protection sociale au même titre que les services publics : mise en cause des retraites par répartition au profit des fonds de pension,

privatisation du rail, de l'énergie, de la poste après celle des télécoms, etc. Ces "réformes" s'insèrent dans un tout indissociable. C'est là à la fois un facteur

d'accélération de leur mise en œuvre concomitante, et inversement un facteur de grippage : comme les salariés résistent, ça passe ou ça casse ; et tenter de tout faire passer en bloc relève pour les gouvernements subsidiaires, qu'ils soient "de gauche" ou "de droite" de l'exercice à haut risque.

M. Juppé lui-même en a fait l'expérience en 1995; et si les grèves de novembre et décembre 95 n'ont pas empêché la mise en place d'une nouvelle "gouvernance" de la Sécu, elles ont contraint le Premier ministre d'alors à renoncer à la "réforme" des régimes spéciaux de retraite des cheminots, gaziers et électriciens. La mise en œuvre du Plan Juppé elle-même a ensuite tourné à l'échec : les populations se sont mobilisées contre la fermeture des hôpitaux.

La maîtrise comptable des dépenses de santé elle-même avorta, car les procédures de sanctions collectives contre les médecins en cas de dérapage des dépenses de santé se sont heurtées à une opposition telle qu'elles n'ont pas été appliquées.

Voilà pourquoi depuis les grèves contre le Plan Juppé-Notat un certain nombre de "réformes" destinées à casser les acquis sociaux cinquantenaires d'après-guerre sont prudemment restées dans les cartons.

**Le vent du boulet 2003 de la grève générale
La première grande "réforme" explosive à quitter les cartons ministériels en attente, a été celle des retraites au printemps dernier.**

Elle est passée à la fois au forceps et en catimini : au forceps, car le 13 mai 2003 dans les rues il y avait plus de manifestants qu'au plus fort des grèves de décembre 95. En catimini, car c'est durant la trêve estivale que M. Fillon l'a fait adopter,... lui qui, quelques mois plus tôt, craignait que sa "réforme" ne fût balayée par une grève générale.

Tirant les leçons de l'événement, le gouvernement Raffarin a perfectionné sa "méthode" pour contourner les résistances à la seconde contre-réforme majeure inscrite sur son agenda : celle du Plan Juppé-Notat revisité, devant livrer la Sécu aux appétits des "complémentaires", c'est-à-dire des mutuelles et assurances privées.

Pas question bien sûr de faire passer à la rentrée d'automne 2003 la réforme de la Sécu, dans la trop explosive foulée de celle des retraites !

Donc le gouvernement se donne une marge d'un an, avec une nouvelle fois report de la ratification

parlementaire aux "congés payés" (2004) de "la France d'en bas".

En attendant, place aux "dialogues" et "concertations" interminables préparant l'annonce officielle de dispositions bouclées d'avance.

Après l'intermède du "Haut Conseil de la réforme maladie" vint le temps de la "concertation" avec les "partenaires sociaux" (syndicats et patronat) et autres "acteurs" de la santé (dont les compagnies d'assurances et la mutualité, celle-ci jouant le poisson-pilote de celles-là).

Arrive la bourrasque électorale de mars dernier : du coup le nouveau ministre en charge du dossier juge d'habile prudence stratégique de jouer... jusqu'à la réunion estivale du Parlement elle-même, la prolongation du "dialogue" à réouverture permanente.

S'évertuant à rester dans le vague, à entretenir le flou artistique sur des choix pourtant arrêtés depuis belle lurette, ce n'est qu'à la mi-avril que M. Douste-Blazy commença à distiller - oralement, ou par fuites de presse - ses mystérieuses intentions.

Le corporatisme, ... avec bonus en prime au trio CFDT-Mutualité-Assurances

Ce n'est que le 18 mai qu'il remit aux organisations syndicales un document écrit, une "note d'orientation sur la réforme" , qui laissait bien des points dans l'ombre (elle ne faisait qu'une dizaine de pages), tout en révélant la dimension corporatiste de la "nouvelle gouvernance" projetée.

Mais dix jours plus tard, c'est un projet de loi accompagné d'un "exposé des motifs" en décalage avec la "note" remise aux syndicats que le ministre transmettait au Conseil d'Etat, avant l'examen par le conseil des ministres, prévu pour le 16 juin. C'est ce document transmis au Conseil d'Etat qui est analysé dans les pages suivantes.

Un document au contenu inquiétant, imbriquant mécanismes de déremboursement, privatisation de la Sécu au profit des assurances, maîtrise comptable, et ficelage corporatiste des syndicats.

Nous apprenons par dépêche d'agence qu'à peine une semaine après sa communication au Conseil d'Etat, le projet de loi du ministre est déjà caduc. Explication : outre le jeu de la montre qui continue pour donner à croire que la "réforme" est "améliorable", M. Douste-Blazy a fait un choix politique et financier.

Il a décidé d'inclure dans son projet des "innovations" conformes aux souhaits communs de la CFDT et de la Mutualité... et donc des compagnies d'assurances. (ndlr : dans l'économie du projet, la Mutualité et les compagnies d'assurances sont désignées sous le vocable de "complémentaires" , précisons aussi que la Mutualité s'est ouverte à la capitalisation en vertu d'une directive européenne).

Par la "réforme" de son "projet de réforme" en date du 7 juin, le gouvernement entend en effet désormais accorder à quelque 2 millions d'assurés jusqu'à 150 euros pour "prendre une complémentaire".

La pseudo-négociation proposée par le gouvernement a donc toutes chances de se A l'instar de la Sécu, après les retraites, tous nos droits sociaux sont menacés.

La lenteur, dont l'unique objet - au nom d'une prétendue négociation - est de tenter de désamorcer la nécessaire mobilisation pour le retrait du plan Douste-Blazy et le retour à la Sécurité sociale de 1945.

**Assurés à vos poches... dès demain.
Institution d'une franchise d'un euro par acte médical.**

L'article 11 du projet de loi stipule : "L'assuré acquitte une participation forfaitaire

révéler pour ce qu'elle est : un marché de dupes.

M. Douste-Blazy le reconnaît lui-même, en déclarant, dans l'interview qu'il a donné au Monde, le 8 juin : "Nous n'avons pas l'intention de toucher aux pouvoirs respectifs du Conseil et de l'exécutif des caisses", donc à l'architecture générale du projet de réforme qui repose sur le principe de l'enveloppe fermée.

**Mais pouvait-il en être autrement de la part d'un gouvernement totalement prisonnier volontaire du carcan des exigences de l'Union européenne, qui, comme pour tous les services publics, ordonne d'en finir avec les "monopoles" et de tout "ouvrir au marché", c'est à dire aux appétits des "investisseurs" ?
sur chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en cabinet ou en établissement de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation".**

**Les enfants et les titulaires de la CMU sera dispensée de cette franchise, ceux qui l'acquitteront ne pourront la récupérer via leur mutuelle ou leur assurance complémentaire.
N'est-ce pas là un pas vers une médecine à deux vitesses ?**

L'article 11 de l'avant projet énonce avec jésuitisme que l'objectif de cette franchise "ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins", mais a "pour but de responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins". Conclusion : si ce forfait d'un euro dissuasif remplit son objectif prétendu de "responsabilisation", ce sera bien sûr chez les plus pauvres.

D'autant que le même article 11 laisse entendre clairement que la franchise n'a pas pour vocation éternelle d'être limitée à un euro ! Un euro par acte, cela signifie la fin des remboursements à 100% pour les patients atteints de graves maladies. Au grabataire soigné à domicile pour une maladie grave et visité quotidiennement par son médecin, cela va coûter 30 euros chaque mois. Et ce n'est qu'un début : souvenons-nous des promesses des ministres Mauroy et Ralite qui nous juraient les grands dieux en 1982 que le forfait hospitalier qu'ils ont instauré resterait à 20F. Il s'élève aujourd'hui à 100F...

Augmentation évoquée de 3 euros du forfait hospitalier journalier Bien que ne figurant ni dans la note du 18 mai, ni dans l'avant-projet de loi, cette "piste" est évoquée depuis le 19 mai par M. Douste-Blazy.

Augmentation de la CSG et de la CRDS.

(article 40 de l'avant-projet) - abaissement de 5 à 3%? de l'abattement sur l'assiette de la CSG et la CRDS sur les revenus d'activité salariée et les allocations chômage ; - relèvement de 0,4 point du taux de la CSG applicable aux pensions de retraite, d'invalidité et allocations de préretraite pour le ramener à 6,6%.

Pénalisations pour recours aux spécialistes en l'absence de médecin traitant

L'article 4 du projet de loi prévoit que l'UNCAM pourrait décider de majorer la part des dépenses demeurant à la charge des assurés n'ayant pas un médecin traitant attitré.

L'article 5 prévoit la possibilité pour les médecins spécialistes d'exiger un dépassement d'honoraire, bien entendu non-remboursé à ce dernier, lorsque le malade se rend de lui-même au cabinet du spécialiste sans y être envoyé par son médecin traitant.

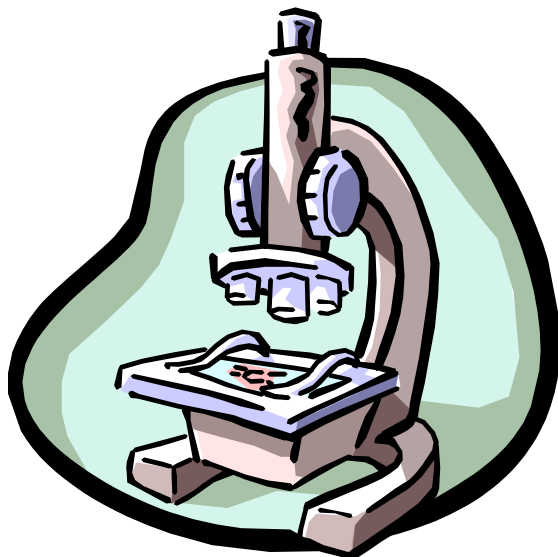
Arrêts de travail: les plus âgés en ligne de mire ?

M. Douste-Blazy multiplie actuellement les déclarations fracassantes contre la hausse des prescriptions médicales d'arrêt de travail, dont, selon ses dires, 5 à 6% seraient abusives.

Les articles 14 à 16 de son projet de loi se rapportent à cette question et instituent des pénalités tant à l'encontre des médecins que des assurés concernés, lesquels pourront être contraints à reverser les indemnités indûment perçues.

Le ministre se fait par contre assez discret sur les causes profondes de l'augmentation des arrêts maladie, qui sont pourtant connues et incontestées : l'accélération des cadences, les amplitudes horaires, de plus en plus mal supportées en particulier par les travailleurs âgés.

Il va de soi que l'allongement de la durée de cotisation pour faire valoir ses droits à la retraite va augmenter le nombre des salariés de plus de 60 ans demeurant en activité, engendrant du même coup un nouvel accroissement des arrêts-maladie... Et des contrôles.



... et surtout après-demain, pour cause d'enveloppes "fermées"

Le principe de l'enveloppe fermée...

Le Plan Juppé avait institué l'ONDAM (Objectif national des dépenses de santé), c'est-à-dire la fixation par le Parlement d'un objectif de dépenses à ne pas dépasser par l'assurance maladie.

Mais sauf à contingenter les soins en sanctionnant collectivement malades et professionnels de santé en cas de dépassement il n'est pas possible d'éviter le débordement des dépenses par rapport à l'objectif fixé par l'ONDAM.

Du point de vue de la maîtrise comptable des dépenses, ce fut l'un des maillons faibles du Plan Juppé.

La principale "novation" du Plan Douste-Blazy consiste justement dans la substitution du principe de l'enveloppe "fermée" à celui de l'enveloppe non contraignante.

Ou plus exactement encore, c'est l'écrêtage des besoins de la population en matière de santé par les critères de convergences monétaires européens.

En effet les dépenses de la sécu entrent au même titre que celles de l'Etat dans la comptabilité bruxelloise des dépenses publiques.

Et dans le cadre de la monnaie unique, le pacte de stabilité européen va jusqu'à prévoir

des pénalités financières pour les états (la France et l'Allemagne ne comptent plus les rappels des commissaires européens en la matière) qui outrepassent la ligne jaune des déficits publics autorisés (3% aujourd'hui, l'objectif étant d'arriver le plus vite possible à 0%).

En France si le budget de la Sécu équivaut , grosso modo à 3 fois celui de l'Etat, son pourcentage de déficit (déficit créé par les exonérations de cotisations patronales rappelons-le) est de loin inférieur : 0,23% alors que M. Sarkozy ne sait comment rester dans le créneau des 3% autorisés par Bruxelles.

Mais qu'importe le poids spécifique respectif de l'Etat et de la sécu dans le déficit français euro-compatible ! Bruxelles exige que les cordons de la bourse soient tenus d'une main ferme, quitte à sacrifier la santé au même titre que l'école ou les retraites !

En conséquence plus que jamais l'ONDAM va devoir cadenciser les dépenses de santé dans les limites autorisées par la conjoncture économique, budgétaire et monétaire européenne. Tant mieux si l'heure est à l'embellie des indices, tant pis si l'heure est à la morosité des économistes !

En ces temps d'euro-austérité pour la sécu comme pour tous

les services publics tant mieux donc si le virus de la grippe reste somnolent... et du point de vue strictement comptable si de nouveaux traitements performants mais coûteux contre le cancer ou le sida ne voient pas le jour !

Mais si les virus débordent d'activité ou si de nouvelles technologies de pointe onéreuses voient le jour ? Alors il faudra récupérer d'une main le supplément de dépenses réalisé de l'autre. D'où les nouveaux dispositifs inventés par le projet Douste-Blazy pour endiguer préventivement toute tendance au débordement des limites budgétaires autorisées.

Gare aux "mesures de redressement" ! Ces mesures de redressement font l'objet de l'article 22 du projet de loi, dont "l'exposé des motifs" a au moins le mérite de la clarté : "(...) Depuis sa création, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a en effet été systématiquement dépassé, mettant ainsi en cause la portée du vote du Parlement.

Cet article prévoit donc la constitution d'une commission d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie. (...) En cas d'alerte, l'assurance-maladie et l'Etat élaboreront, chacun dans leur domaine de compétence, des mesures de redressement

dont l'impact sera évalué par le comité d'alerte (...)"

Divers articles du projet de loi donnent indirectement un avant-goût des dites "mesures de redressement" ou tout au moins de certaines d'entre elles :

- il y a d'abord l'article 11 évoqué ci-dessus qui permet de donner des coups de pouce au montant de la franchise par consultation médicale :
Le montant de la participation (ndlr : la franchise à la charge de l'assuré) pourra être modifié par l'Union des caisses d'assurance maladie.

l'article 23 permet lui de rogner sur les taux de remboursement : "un décret définira notamment les 'couloirs' dans lesquels l'UNCAM pourra faire évoluer les taux de remboursement". Et la simple lecture d'une des phrases de l'exposé des motifs donne à penser que les taux actuels de remboursements risquent d'être appelés à de très prochaines plongées :

"les taux de remboursements applicables aujourd'hui demeurent en vigueur jusqu'à ce que l'UNCAM se saisisse du champ de délégation qui lui est confié".

Question (forfaitaire) à un euro: Quels "acteurs de la santé" doivent attendre avec impatience que tombent en avalanche ces mesures de redressement ?

Bien sûr les "complémentaires" (mutualité et compagnies d'assurances) qui sont prêtes à compenser des tickets modérateurs plus élevés en échange de coups de pouce à leurs tarifs.



Drôle de "gouvernance" !
Le passage immédiat de la Sécu, même dans sa version plan Juppé, à la privatisation pure et simple de l'assurance-maladie livrée aux assureurs privés n'étant pas possible pour des raisons politiques et sociales évidentes.

Il convenait donc de trouver les passerelles introduisant les compagnies d'assurance dans la gestion même de la Sécu pour mieux imposer à celle-ci une maîtrise comptable des dépenses, en permettant par ricochet aux "complémentaires" d'élargir la palette de leurs prestations. D'où la mise en place de nouveaux organismes permettant à la mutualité et aux assurances de prendre place comme acteurs institutionnels du nouveau dispositif, et une révision des

**prérogatives des "anciens"
acteurs...**

Les syndicats de salariés se voyant promus au rang de majordome du pouvoir politique chargés de dresser le couvert au profit des nouveaux hôtes assuranciers aux dents longues.

**Le nouveau cadre
institutionnel**

**La "Haute autorité de santé"
(art. 19 du projet de loi)**

Cette "autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale" aura notamment pour mission "La diffusion de référentiels de bon usage et de bonne pratique" directement utilisables par les professionnels de santé, et d'émettre des avis sur "la prise en charge par l'assurance-maladie des produits, actes ou prestations de santé".

Mais les 12 experts "scientifiques et indépendants" constituant son "collège", devront apprendre à assujettir le serment d'Hippocrate aux exigences comptables européennes : "Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte (...) du cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance-maladie". Quant à "l'indépendance" de ladite "Autorité publique", elle souffre toutefois d'une dépendance politique congénitale : tous sont nommés par l'autorité

politique (Présidents de la République, du Sénat, de l'Assemblée nationale et du Conseil économique et social.

Le "Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie" (art. 22 du projet de loi) Une pièce maîtresse dans la mise sous tutelle comptable de la Sécu. "Lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses (...) dépassent significativement l'objectif national (...) avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret, il le notifie au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. (..)

Aucun accord ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses (..) ne peut (alors) être mis en œuvre, signé ou approuvé. Dans un délai d'un mois à compter de cette notification, les caisses d'assurance-maladie définissent les mesures qu'elles comptent prendre.

L'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) (art. 23 à 25 et 31-32)

Cet établissement chapeautant les caisses des travailleurs salariés, indépendants et la mutualité agricole a pour mission de négocier les conventions avec les professionnels de santé... et, d'assurer les relations avec l'union nationale des organismes complémentaires.

C'est à l'UNCAM qu'incombera aussi la fixation du taux de remboursement des médicaments et le montant de la participation forfaitaire par acte des assurés sociaux.

**L'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire (articles 31 et 32)
Elle émet des avis sur les décisions de l'UNCAM en matière de fixation des taux de remboursement. Un alinéa stipule que l'UNCAM et l'"Union" des "complémentaires" "examinent conjointement leurs programmes respectifs annuels de négociations avec les professionnels de santé et déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque".**

Sécu, AXA même combat !

Le Comité de l'hospitalisation (art. 26 du projet de loi) Associe l'assurance maladie à la fixation des orientations dans le domaine hospitalier. Il propose au ministre les éléments de la politique de financement hospitalier.

Le "Conseil" de la caisse nationale des travailleurs salariés (art. 30 du projet de loi) Sa composition sera précisée par décret en Conseil d'Etat. Représentants des "organisations syndicales nationales de salariés représentatives et représentants des

employeurs" y siégeront en "nombre égal", aux côtés de "personnalités qualifiées".

Retour au paritarisme de la Sécu de 1945 ? Il faudrait chausser des lunettes roses pour oser cette conclusion ! On sait en effet que la place des "complémentaires" dans la gestion de la sécu était l'un des enjeux de la "nouvelle gouvernance".

On sait aussi que les compagnies d'assurance ont pour sage tactique provisoire de faire mine de ne rien revendiquer pour elles-mêmes dans la gouvernance de la Sécu et laissent à leurs flancs-gardes de la Mutualité le soin d'ouvrir la brèche à l'intrusion des "complémentaires" dans le pilotage de la sécu.

En habile politique M. Douste-Blazy a donc donné des gages aux défenseurs du paritarisme comme on l'a vu ci-dessus avec une égale représentation des syndicats de salariés et des syndicats patronaux, mais il en a donné d'autres aux fossoyeurs professionnels du paritarisme via l'alinéa de

l'article 30 concernant les "personnalités qualifiées" : celles-ci devront être "qualifiées" "dans les domaines d'activité des caisses d'assurance-maladie"... "et dans le domaine de la santé et de la mutualité".



Or quel sera le nombre respectif des sièges accordés à la représentation paritaire et aux "personnalités qualifiées dans le domaine de la santé" (formule dont le flou autorise aussi l'introduction dans le conseil d'éminents managers des compagnies d'assurances)



Nous voilà donc avec un paritarisme virtuellement ouvert aux représentations extra-paritaires !

Deux autres dispositions du projet de loi permettent en plus de mesurer l'abîme entre le "paritarisme" de la Sécu de 1945 et le "sens du paritarisme rénové" dont fait état "l'exposé des motifs" de l'article 30.

1°) ce paritarisme new-look est un néo-paritarisme subsidiaire intégrant les gestionnaires de l'assurance maladie aux choix politiques budgétaires de l'Etat tant au niveau de l'élaboration du budget de l'assurance maladie que des "mesures de redressement" intimées par le "comité d'alerte" en cas de "dépassement de l'objectif national" (voir ci-dessous notre développement sur les progrès du "mode de gestion de gestion euro-corporatiste")

2°) Quand bien même il se trouverait une majorité au sein du conseil "paritaire" pour soustraire l'assurance-maladie des travailleurs salariés aux diktats des "enveloppes fermées" et des "mesures de redressement", cela ne permettrait pas à la Sécu de retrouver son indépendance par rapport à l'Etat.

En effet, l'article 30, en même temps qu'il institue un "conseil" pour le pilotage de l'assurance-maladie, place le dit "conseil" sous le contrôle d'un "directeur général" nommé en conseil des ministres,... et en matière de "pilotage" c'est ce dernier qui tient la barre.

Le conseil ne peut formuler son opposition à la nomination du directeur choisi en conseil des ministres... qu'à la majorité qualifiée des deux tiers.

C'est au directeur général qu'incombe "la préparation des orientations, propositions et budgets en vue de leur approbation par le conseil. S'il rejette les propositions du directeur, le conseil peut demander au D.G. de revoir sa copie...

Mais "il ne peut s'opposer au second projet qu'à la majorité qualifiée des 2/3 de ses membres".

Précisons que parmi ses multiples prérogatives, le D.G. a le pouvoir, capital, de "prendre les décisions nécessaires... au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement".

**Et à l'instar de la caisse nationale, il verrouille la gestion de toutes les caisses régionales et locales. Il peut notamment "suspendre ou annuler toute délibération d'une caisse locale ou régionale méconnaissant les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion".
Le "paritarisme rénové" serait-il synonyme de caporalisation totalitaire ?**

Le cadeau aux assurances privées M.Douste-Blazy continue son Bla-bla Dans la lettre qu'il a fait parvenir aux organisations syndicales le 7 juin, M. Douste-Blazy annonce les "améliorations" qu'il entend apporter à son projet de loi. Parmi celles-ci, l'annonce "spectaculaire" d'une "aide à l'acquisition d'une

complémentaire santé pour 2 millions de personnes n'en bénéficiant pas.

Cette aide pourrait atteindre 150 euros par personne pour les revenus allant jusqu'à 15% au dessus du plafond de la CMU (Couverture maladie universelle)", (soit 566,50 euros pour une personne seule, ndlr).

C'est un véritable cadeau aux assurances privées et autres mutuelles, qui vivent comme des chancres sur la Sécu. En effet le ticket modérateur et autres déremboursements sont leur fonds de commerce : plus ils augmentent, plus ils enrichissent tous ces professionnels du cannibalisme de la Sécu.

Pire, dans une conférence de presse tenue le même jour, M. Douste-Blazy indique (selon Reuters) que "le coût de cette mesure serait en partie financé par le redéploiement d'autres objectifs de la CNAM".

**Et Le Figaro ajoute, qu'interrogé sur ce coût, le ministre a précisé qu'il s'agirait d'un redéploiement des aides sociales... Moins d'aides sociales pour plus de privatisation ...
Une vraie "amélioration" !
Autre "amélioration" du dispositif : le forfait de 1 euro par acte à la charge du patient serait plafonné, "si les députés le veulent", dicit M. Douste-Blazy.**

Les femmes enceintes, les moins de seize ans et les bénéficiaires de la CMU complémentaire en seraient dispensés.

L'essentiel, pour le ministre est de maintenir le principe de la franchise. Pour respecter l'enveloppe fermée dans les années à venir, cette franchise sera tôt ou tard amenée à servir de variable d'ajustement. C'est l'histoire du loup dans la bergerie.

Dans la même lettre aux organisations syndicales, le ministre affirme que "l'article concernant le comité d'alerte sera notamment revu pour bien montrer que ce comité est un dispositif d'aide à la responsabilisation des acteurs et non un dispositif de maîtrise comptable". Cette lettre tient également à "réaffirmer le caractère scientifique de la Haute Autorité".

Pour Force Ouvrière, les ministres passent mais les textes de loi restent, et un courrier, fut-il ministériel, ne saurait servir de base de négociations. Les déclarations d'intention de celui-ci ne contiennent par ailleurs aucune mesure précise, si ce n'est le maintien de ces organismes (comité d'alerte et Haute Autorité) dans le dispositif. "Le gouvernement annonce qu'il ne s'agira pas de maîtrise

comptable, mais de maîtrise médicalisée et qu'il reverra le dispositif. Mais cela reste à traduire dans le projet de loi où, à différents endroits, il est fait référence à ce que nous appelons la contrainte de l'enveloppe". "Force Ouvrière exige que le choix affirmé par le gouvernement dans sa lettre du 7 juin sur la maîtrise médicalisée se traduise concrètement par l'abandon de la maîtrise comptable dans plusieurs articles du projet et réaffirme la nécessité de clarifier d'autres éléments tels que le rôle des complémentaires dont les compagnies d'assurance". (Force Ouvrière, les 7 et 9 juin)

Très concrètement, les articles visés dans lesquels la référence à la maîtrise comptable est inacceptable sont :

L'article 19 du projet de loi, instituant la Haute Autorité (lire ci-dessus),

L'article 21 du projet de loi, instituant le principe de l'enveloppe fermée,

L'article 22 du projet de loi, instituant le comité d'alerte et ses prérogatives,

L'article 30 du projet de loi, instituant le "Conseil" de pilotage de l'UNCAM et son directeur général.

Si ces références étaient supprimées dans ces articles, on pourrait commencer à parler d'avancée, sinon on reste dans le bla-bla.



Comme dirait M. Gabaglio : "un mode de gestion euro-corporatiste a vu le jour" Pour sa contribution à l'ordre économique et budgétaire européen, via sa "réforme" de la Sécu, Monsieur M. Douste-Blazy - la presse s'en est fait l'écho - s'est attiré les félicitations de M. Prodi, Président de la Commission de Bruxelles.

M. Douste-Blazy mériterait aussi celle d'un autre européen convaincu, M. Gabaglio, l'ex-secrétaire général de la CES, pour sa contribution française au nouvel ordre euro-corporatiste européen.

Dans une récente brochure intitulée "Qu'est-ce que la CES" qui a été diffusée à l'occasion du congrès de Prague de la Confédération européenne des syndicats, E. Gabaglio écrit : «(Grâce au protocole social du Traité de Maastricht)... les partenaires sociaux deviennent co-régulateurs dans le processus décisionnel... un rôle supra national, semi-législatif (leur) est garanti. (...) La concertation sociale est véritablement instituée, et un mode de gestion euro-corporatiste a vu le jour».

M. Douste Blazy, qui il est vrai, appartient à la même famille politico-culturelle que M. Gabaglio a réalisé un concentré de la mise en œuvre de ces principes "euro-corporatistes" : il a conçu un dispositif d'intégration subsidiaire du syndicalisme à la fois dans l'Etat national et dans l'Empire supranational maastrichien.

Le corsetage des "partenaires sociaux" - flanqués ou non de la mutualité, cela ne change pas le fond du problème - a été conçu à tous les stades décisionnels de la gestion de l'assurance maladie. Avec, cerise sur le gâteau, la douloureuse corvée des "mesures de redressement" refilee aux syndicats... pour mettre à l'abri de la colère des assurés les "décideurs politiques", c'est-à-dire les seuls vrais "décideurs".

- Au stade premier de l'élaboration du budget de l'assurance, c'est ce que stipule l'article 21, les "partenaires sociaux" se voient érigés au rang de "co-législateurs"... mais de co-législateurs subsidiaires de seconde classe : "Les caisses nationales de l'assurance-maladie transmettent avant le 30 juin au ministre chargé de la Sécurité sociale une proposition relative à l'évolution des charges et produits de la caisse au titre de l'année suivante ainsi que les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie".

La liberté de proposition budgétaire des caisses est donc très encadrée : "le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie" plus "les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre". Ce à quoi il faut d'ailleurs un autre "cadrage" qui "surcadre" tous les autres : les impératifs budgétaires imposés par l'Union Européenne.

- Même si les propositions des caisses sont "euro-responsables", la décision appartient de toute manière au Parlement. Et une fois votée par le Législateur les "enveloppes fermées" , les "partenaires sociaux" endossent alors l'uniforme d'exécuteurs supplétifs d'un budget arrêté par le pouvoir politique.

Exécuteurs supplétifs, ils devront aussi être exécuteurs zélés pour prévenir tout risque accidentel de dérapage des dépenses.

Le "comité d'alerte" et le directeur général de l'assurance maladie seront là de toute façon comme gardes-chiourmes, rappeler les étourdis éventuels à la discipline, et au besoin siffler la fin de la récréation pour prévenir toute propension au laxisme budgétaire.

Et si ce sifflet retentit, les partenaires sociaux, d'exécuteurs des décisions budgétaires du pouvoir politique, vont devoir se muer en sanctionneurs des assurés sociaux : à eux de porter le chapeau des "mesures de redressement" aggravant les franchises et les déremboursements (art. 11, 22, 23) pour compresser les dépenses.

Dans sa déclaration du 19 mai dernier, la commission exécutive de la CGT- FO déclarait : "seuls les pouvoirs publics doivent avoir la responsabilité de fixer les niveaux de remboursements". Mais visiblement pour le ministre de la Santé le transfert de cette responsabilité fait partie des points non négociables de sa réforme...

Et c'est parfaitement logique, car le transfert aux partenaires sociaux de cette responsabilité n'est pas qu'un aspect parmi d'autres du nouveau dispositif. A bien y regarder, ne serait-ce pas là une clé de voûte, voire la clé de voûte essentielle de la nouvelle architecture corporatiste de l'assurance-maladie ?

Pour que la subsidiarité soit parfaite, pour conférer aux représentants syndicaux la tâche ingrate des "mesures de redressement" permettant de rester dans les clous des enveloppes fermées du Parlement, ne faut-il que ce soit eux - et non l'Etat - qui fixent les taux de remboursement ?

Car si l'Etat conservait la détermination des taux de remboursement, ce serait l'autorité politique elle-même, et non les subsidiaires, qui assumerait les conséquences concrètes de ses "euro-choix" politico-budgétaires.