

La protection sociale et, plus particulièrement, les systèmes de santé sont aujourd'hui au coeur de l'offensive libérale dans l'ensemble des pays de l'Union européenne.

Les systèmes de santé étaient au départ et restent aujourd'hui extrêmement divers. Les uns sont fondés sur des cotisations sociales payées par les employeurs (systèmes dits "bismarquiens"), les autres sont financés par l'impôt et sous le contrôle direct de l'Etat (système "bévériquien"). Mais les politiques libérales administrées sont extrêmement semblables. Les recettes appliquées dans un pays le sont rapidement dans les autres.

Ces évolutions sont encouragées par les institutions européennes. Si les régimes de base de couverture sociale restent officiellement du domaine des politiques nationales, tous les régimes "non obligatoires" sont soumis à la concurrence, en vertu des exigences européennes. C'est en application de ce principe que le code de la mutualité français a dû être modifié et que les mutuelles (à but non lucratif) sont désormais placées sur le même plan que les compagnies d'assurances privées à but lucratif.

La contre-réforme libérale s'articule autour de quatre aspects principaux:

-l'introduction des lois du marché dans un secteur qui en était jusqu'à présent préservé;

-le désengagement de l'Etat au profit de politiques "décentralisées" (régionales, locales...);

-l'instauration d'une coupure entre "acheteurs de soins" (autorités sanitaires, assurances, mutuelles...) et "offreurs de soins" (établissements de santé publics ou privés, praticiens libéraux...) et la mise en concurrence de ceux-ci;

-et surtout, la "responsabilisation" individuelle, la part solidaire de la couverture sociale étant systématiquement réduite au profit de l'assurance individuelle et de la mise à contribution de chacun.

### Des conséquences catastrophiques

C'est la Grande-Bretagne de Margaret Thatcher puis de Tony Blair qui sert de modèle aux pays où existe un système étatisé. Chacun connaît pourtant les conséquences désastreuses des politiques menées outre-Manche pour la santé : délais d'attente très longs, difficultés pour accéder aux soins.

Le modèle mis en place à partir de 1991 crée un "quasi-marché". Les administrations sanitaires de district sont devenues des "acheteuses" de soins. Une délégation peut être également donnée à des cabinets de médecins de ville pour qu'ils deviennent des "acheteurs" de prestations au meilleur prix, eux-mêmes étant financièrement intéressés aux économies faites. Les établissements hospitaliers devenus des "trusts hospitals" (hôpitaux-entreprises) sont mis en concurrence. Ces "réformes" n'ont fait qu'aggraver la situation créée par dix ans de restrictions antérieures : délais d'attente, baisse de la qualité des soins, creusement des inégalités face aux soins.

Cela n'a pas empêché un pays comme l'Italie de calquer les mesures prises en Grande-Bretagne. Les autorités sanitaires locales sont également devenues des "acheteuses de soins", tandis que la concurrence entre établissements était instaurée par la mise en place d'une "tarification à l'activité" sur la base de "groupes homogènes de malades". Cette méthode (en cours d'application en France avec le plan Hôpital 2007) a donné, là comme ailleurs, les mêmes résultats : "écrémage" des patients les plus malades (devenus "non rentables"), diminution de la qualité des soins, aggravation des inégalités sociales.

En Allemagne, pays où les acquis de la protection sociale remontaient à plus d'un siècle, le "consensus national" entre le gouvernement socialiste-verts et la droite a permis d'imposer une contre-réforme particulièrement brutale : déremboursement de médicaments, franchise de cinq à dix euros pour une consultation médicale, à laquelle s'ajoute un "abonnement" trimestriel de dix euros. Les transports pour se rendre à l'hôpital, les prothèses dentaires, jusqu'ici couverts relèvent désormais d'une assurance complémentaire volontaire. A terme, il en ira de même pour les lunettes. Les indemnités de congé de maladie sont désormais prises en charge par l'assuré et non plus par son employeur !

Comme on le voit, le gouvernement français, avec le plan Douste-Blazy, ne fait que copier les mesures déjà appliquées ailleurs. Le "vote sanction" contre la politique de santé de ce gouvernement ne fait donc qu'un avec le vote contre les politiques libérales appliquées dans

l'Union européenne.

La situation encore aujourd'hui extrêmement diverse des systèmes de soins et de protection sociale n'empêche pas de définir des propositions alternatives pour la gauche anticapitaliste et pour une plate-forme de mobilisations sociales dans l'Union européenne.

Cette plate-forme devrait s'articuler autour de l'exigence commune du droit à la santé et à l'accès aux soins pour tous. Elle s'oppose à toute idée de "responsabilisation" ou de "sélection" par l'argent des utilisateurs du système de soins. Elle s'oppose à toute idée d'une protection sociale minimum (dite "universelle") pour les plus pauvres, qui serait complétée par des assurances privées... pour ceux qui pourraient se les payer.

### Propositions

La reconnaissance de ce droit nécessite :

- l'accès gratuit à l'ensemble des soins pour tous, et donc, un financement solidaire de la protection sociale et du système de soins, prélevé sur les profits, et non par des impôts essentiellement payés par les salariés;

- le financement à 100 % des soins par le régime de base commun à tous. Il entraînerait la disparition des différentes assurances complémentaires "volontaires" ou le financement individuel des soins (forfait hospitalier, forfait par consultation, dépassements d'honoraires médicaux, etc.), source inévitable d'inégalité sociale;

- la reconnaissance de la santé comme bien essentiel au-dessus des intérêts privés et des lois du marché : expropriation des trusts pharmaceutiques et des cliniques privées. Mise sous contrôle public de la recherche pharmaceutique et de la production de médicaments;

- la définition d'un politique de santé publique incluant la prévention dans toutes ses

dimensions;

- la création d'un véritable service public de santé de qualité, ne se limitant pas à l'hôpital mais articulant médecine de ville, centre de santé publique dans les quartiers, médecine scolaire, médecine du travail indépendante des employeurs;

- le contrôle démocratique du système de soins par la population, qui doit être consultée sur tous les choix fondamentaux.