

Sécurité Sociale versus Assurance Maladie

« Dégraissons le Brontosauve »

L'aiguillon le 1^{er} Décembre 2005

Introduction

Si il est un sujet qui ne laisse personne indifférent, c'est bien celui-ci. Manipulé comme une patate chaude par nos dirigeants, ce monument français mis en place sous une forme cohérente après la deuxième guerre mondiale, a permis à l'exception française de trouver son expression la plus emblématique. Nous avons tous un attachement à ce système de santé idéal et nous assistons, penauds, à sa remise en cause justifiée soi-disant par notre incivisme.

Victime muette de tous les acharnements politiques, notre sécurité sociale ploie sous les amendements, lois et pansements de toute sorte. Bien peu de Français, moi le premier, connaissent exactement son fonctionnement et sont capables de suivre ses mutations.

La sécurité sociale étant une véritable hydre (accidents, retraites, santé, allocations familiales,...), je ne m'occuperais dans le présent document, que de la partie assurance santé et de plus en excluant généralement la partie accidents du travail.

Ce document a pour but d'essayer de clarifier ce point, mais surtout de distinguer le mal qui ronge notre système de santé.

I - Historique de la sécu

I.1 Les prémices ...

La loi du 15 juillet 1893 institue ainsi l'assistance médicale gratuite.

Les mutuelles, basées sur le volontariat, et l'aide sociale, droit à appréciation subjective et spécialisée, n'ont bénéficié qu'à une frange limitée de la population. Aussi, dès le début du XXème siècle, apparaissent des tentatives en faveur de l'assurance obligatoire de certains risques sociaux.

- . En matière d'accidents du travail, la loi du 9 avril 1898 reconnaît la responsabilité sans faute de l'employeur qui peut s'assurer pour y faire face.
- . En matière d'assurance vieillesse, la loi du 5 avril 1910, dont l'application a été limitée, institue un régime d'assurance obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie.
- . Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent pour les salariés titulaires d'un contrat de travail une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès et la loi du 30 avril 1928 un régime spécial pour les agriculteurs.

La loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux. **A la veille de la deuxième guerre mondiale, la France dispose, dans les textes, d'un système de protection complet mais fragile** qui sera profondément renouvelé après les hostilités.

I.2 Après-Guerre, les pièces sont en place

En 1945 les bâtisseurs du système français de sécurité sociale poursuivent un triple objectif : unité de la sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts sous la double influence du rapport BEVERIDGE de 1942 et du système BISMARCKIEN.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes, l'unité administrative ne sera cependant pas réalisée et ne l'est toujours pas.

Les professions agricoles vont conserver leurs institutions spécifiques dans le cadre de la mutualité sociale agricole. Les salariés des régimes spéciaux vont refuser de s'intégrer dans le régime général et

conserver dans un cadre " transitoire " qui dure encore, leurs régimes spécifiques (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs etc..).

L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.

La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et la loi du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la sécurité sociale.

La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

I.3 Et depuis

Les évolutions démographiques et le développement du salariat ont conduit à la suppression de petites caisses et à l'introduction d'un mécanisme de compensation entre les régimes subsistants, le rapport démographique cotisants/inactifs étant défavorable aux petits régimes qui perdent leurs actifs au profit du régime général. Les différences de prestations et de cotisations entre les différents régimes s'estompent rapidement.

La généralisation de la couverture à toute la population a été poursuivie selon les étapes suivantes :

. Convention collective interprofessionnelle du **14 mars 1947** instituant le régime de retraite complémentaire des cadres

. **Loi du 9 avril 1947** étendant la sécurité sociale aux fonctionnaires

. **Loi du 17 janvier 1948** instaurant trois régimes d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles (artisans, professions industrielles et commerciales, professions libérales).

. **Loi du 10 juillet 1952** : création d'un régime d'assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles, géré par la mutualité sociale agricole (MSA)

. **Loi du 25 janvier 1961** : création d'un régime d'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles, avec libre choix de l'assureur

. **Loi du 12 juillet 1966** : création du régime autonome d'assurance maladie maternité pour les non-salariés non agricoles, géré par la CANAM

. **Loi du 22 décembre 1966** : création d'un régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles contre les accidents du travail , maladies professionnelles et accidents de la vie privée, avec libre choix de l'assureur

. **Loi du 25 octobre 1972** : institutionnalisation de la protection des salariés agricoles contre les accidents du travail

. **Loi du 4 juillet 1975** : généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire

. **Loi du 2 janvier 1978** : institution d'un régime particulier pour les ministres du culte et les membres des congrégations religieuses et de l'assurance personnelle pour la population " résiduelle "

. **Loi du 28 juillet 1999** : institution d'une couverture maladie universelle : protection de base sur le seul critère de résidence et protection complémentaire pour les plus démunis

Le régime général de sécurité sociale a fait l'objet de plusieurs réorganisations par **l'ordonnance du 21 août 1967** instituant les trois caisses nationales (CNAMTS, CNAVTS, CNAF) et l'ACOSS.

I.4 Plus récemment

la loi du 17 décembre 1982 et **l'ordonnance du 24 avril 1996** instituant notamment des conseils de surveillance auprès des caisses nationales et des unions régionales de caisses d'assurance maladie. Le financement de la sécurité sociale s'est aussi modifié depuis 1945. Bien que les cotisations assises sur la masse salariale représentent encore la principale ressource des régimes, la part des autres recettes : taxes fiscales, contribution sociale généralisée (CSG) assise sur l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine instituée par la **loi du 22 juillet 1993**, contribution sociale de solidarité à la charge des entreprises, contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) instituée par **l'ordonnance du 24 janvier 1996** croît rapidement.

Le système français de sécurité sociale se caractérise donc aujourd'hui par une protection contre les risques sociaux généralisée à l'ensemble de la population mais éclatée entre de nombreuses institutions faisant appel à des sources diversifiées de financement.

II - Bien comprendre le fonctionnement de l'assurance maladie

II.1 Sa structure

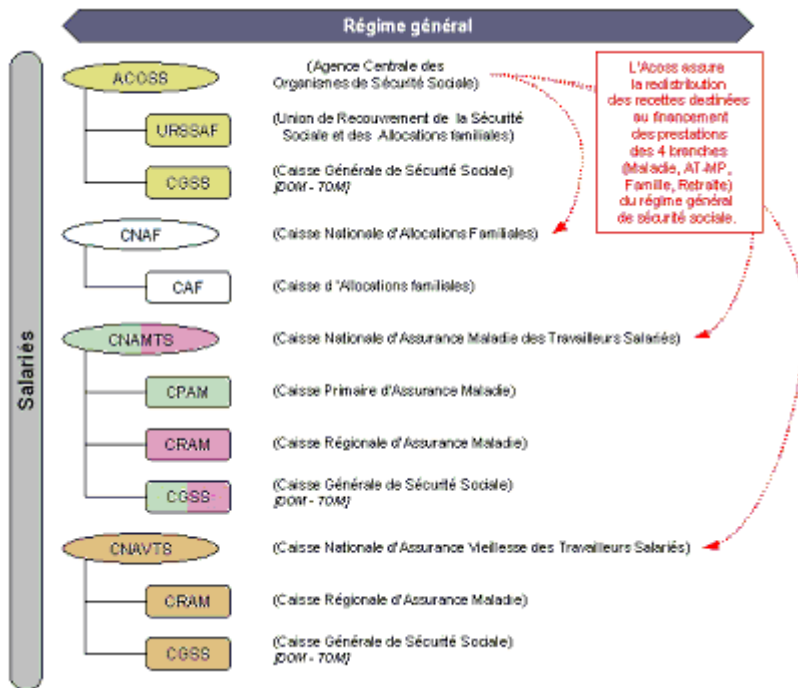


Figure 1 : Fonctionnement du régime général

Comme vous le voyez sur la figure, il s'agit d'un montage imposant entre différentes caisses qui s'occupe respectivement de différents cadres de notre vie courante concernant les impondérables de notre vie sociale.

Ce qui va nous intéresser dans ce document, concernant la maladie (non professionnelle) :

CNAMTS --> CPAM
--> CGSS

II.2 Son rôle

II.2.a Ce qu'elle rembourse ...

L'assurance maladie prend en charge :

- Les frais de médecine générale et spéciale,
- Les frais de soins et de prothèses dentaires,
- Les frais pharmaceutiques et d'appareillage,
- Les frais d'analyses et d'examen de laboratoire,
- Les frais d'hospitalisation et de traitement lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle,
- Les frais d'examen pré-nuptial,
- Les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté,
- Les frais relatifs aux examens de dépistage effectué dans le cadre de programmes de santé publique,
- Les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, Les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

En cas d'arrêt maladie, l'assurance maladie octroie, quand la législation le prévoit, des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de

continuer ou de reprendre le travail. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base et est majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.

Dans la plupart des régimes, les caisses maladie gèrent aussi, lorsqu'ils existent les risques :

- . Maternité : prise en charge des examens pré et postnataux et octroi d'indemnité journalière pendant le congé de maternité
- . Invalidité : octroi d'une pension lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées.
- . Décès : paiement d'un capital égal à un multiple de gain journalier de base en cas de décès de l'assuré

II.2.b Uniquement pour les personnes respectant ...

L'assurance maladie reste marquée par son histoire et le régime dont dépend un assuré dépend de son activité professionnelle présente ou passée.

- . Son conjoint, concubin ou pacsé lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale,
- . Les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé jusqu'à 20 ans maximum.
- . Toute personne à la charge effective et permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale.

Pour ceux qui ne remplissent pas ces conditions, depuis le 1^{er} janvier 2000, la CMU existe

II.2.c CMU : Couverture Maladie Universelle

Pour toute personne résidant en France depuis au moins 3 mois en situation régulière :

- . Un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;
- . Un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (" tiers-payant ").

Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil , paieront une cotisation, calculée sur les revenus excédant ce seuil. Dans le second volet , la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touche les 10 % les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence.

II.3 Ses budgets ou plutôt ses fonds

Quels sont les prélèvements sur les salaires qui sont affectés à l'Assurance Maladie ?

II.3.a Secteur Privé

Dans le secteur privé, les prélèvements sur les salaires qui sont affectés à l'Assurance Maladie sont la CSG et la cotisation d'assurance maladie :

CSG	4,98% (5.25% sur 95% du salaire brut)
Cotisation d'assurance maladie – part salariale	0,75%
Cotisation d'assurance maladie – part employeur	12,8 %
Total	18,53%

A noter :

- il s'agit ici de la part de CSG affectée à l'Assurance Maladie, une autre part de la CSG étant affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et au Fonds de financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (FFAPA) ;

- ces prélèvements sont tous calculés sur le salaire brut, non plafonné : le taux est donc le même quel que soit le montant du salaire (le déplafonnement des salaires date de 1984).

II.3.b Secteur Public

Les prélèvements sociaux sur les traitements des fonctionnaires diffèrent des prélèvements sur les salaires dans le secteur privé sur les 3 points suivants :

- les primes sont exonérées de cotisations (mais pas de CSG) ;
- le taux de la cotisation d'assurance maladie pour la part employeur est de 9,70 % (fonctionnaires de l'Etat) et de 11,50 % (fonctionnaires des hôpitaux et des collectivités locales) ;
- il n'y a pas de cotisation salariale d'assurance maladie.

Les différences de taux de cotisation correspondent à l'absence d'indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie : en cas d'arrêt de travail, l'employeur prend en charge tout seul le maintien du traitement.

II.3.c Autres prélèvements sur revenus

Les prélèvements sur les salaires constituent l'essentiel des ressources de l'Assurance Maladie.

Il existe cependant des prélèvements sur d'autres types de revenus :

une cotisation maladie est prélevée sur les préretraites et sur les retraites complémentaires ;

la CSG est prélevée également sur :

- les revenus de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité, allocations de préretraite et de chômage, indemnités journalières) à un taux réduit et sauf cas d'exonérations ;
- la plupart des revenus des capitaux (au taux normal) ;
- les produits des jeux (au taux normal).

Sur 100 euros de recette de la CGS :

- 73,8 euros sont prélevés sur les revenus d'activité (salaires pour l'essentiel et revenus des professions indépendantes) ;
- 14,5 euros sont prélevés sur les revenus de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité, allocations de préretraite et de chômage, indemnités journalières) ;
- 16,5 euros sur les revenus des capitaux ;
- 1,2 euro sur les produits des jeux.

II.3.d Autres fonds

Les autres recettes de l'Assurance Maladie représentent 2,2 milliards d'euros en 2003, soit moins de 2 % du total des recettes. Il s'agit essentiellement d'une partie des taxes sur les alcools et le tabac (le reste des recettes de ces taxes va au budget de l'Etat et au Fonds de solidarité vieillesse) et des taxes sur les laboratoires et grossistes en pharmacie.

II.4 Sa structure interne

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) assure le pilotage du réseau des organismes et définit les orientations stratégiques de l'Assurance Maladie. Pour conduire ses missions, elle s'appuie sur :

- . 128 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine,
- . 4 Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer,
- . 16 Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM),
- . 22 Unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM),
- . 3 Unions de gestion des établissements de caisses d'assurance maladie (UGECAM).

II.5 – Les mutuelles santé (hors sécurité sociale)

La Sécurité sociale ne rembourse pas tous les soins mais environ 75 % des dépenses de santé (53% en médecine de ville). Pour faire face à ce qui reste à leur charge, la grande majorité des Français (90 %) bénéficie d'une complémentaire santé, soit à titre individuel, soit dans le cadre d'un contrat d'entreprise, ou encore grâce à la CMU complémentaire. Bénéficier d'une complémentaire santé est de plus en plus indispensable pour accéder aux soins dont vous avez besoin, notamment pour ceux qui sont peu remboursés par la sécurité sociale.

Garanties individuelles ou collectives

Il est prudent de prévoir une couverture complémentaire santé adaptée à vos besoins. Les garanties

offertes par une mutuelle couvrent la plupart des frais médicaux, dont l'optique et le dentaire ainsi que les frais d'hospitalisation. La complémentaire santé individuelle est souscrite à titre privé pour une personne, et si elle le souhaite pour sa famille (conjoint, enfants...). Si vous avez une activité salariée, votre entreprise peut contracter un contrat collectif avec une mutuelle au bénéfice de ses salariés. La complémentaire santé collective présente des avantages : la prise en charge d'une partie des cotisations, et même des avantages fiscaux si le contrat collectif est obligatoire. Renseignez-vous auprès de votre entreprise.

Fonctionnement

Les vraies mutuelles santé, régies par le Code de la Mutualité, se distinguent fondamentalement des sociétés commerciales d'assurance par quatre grands principes inscrits dans le Code de la Mutualité :

- . Les mutuelles sont des sociétés de personnes et non de capitaux. Elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer et leurs représentants sont élus par des adhérents.
- . Les mutuelles n'ont pas vocation à gérer des profits. Organismes à but non lucratif, elles investissent leurs éventuelles excédents au service des adhérents.
- . Les mutuelles ont l'ambition de faire vivre un système de prévoyance, d'entraide et de solidarité favorisant l'accès à des soins de qualité pour tous les adhérents.
- . Les mutuelles combattent l'exclusion et la discrimination. Elles ne sélectionnent pas leurs adhérents. Chacun est assuré d'une égalité de traitement et peut compter, tout au long de sa vie, sur une bonne couverture santé. Jamais une mutuelle n'exclut un adhérent, au prétexte de son âge, de l'évolution de son état de santé ou de son niveau de revenu.

Réalité et devenir

Oui tout cela est bien joli et c'est effectivement leur rôle initial mais pensez-vous réellement que cela va durer. La Commission de Bruxelles entend imposer aux Mutuelles les mêmes critères financiers qu'aux Compagnies d'assurances, soutenues, elles, par les Banques. On mesure à la fois mieux le péril qui menace notre système social...et l'origine de ce péril, car les politiques engagées en France sont conduites, à l'identique, dans tous les autres pays européens dotés de systèmes plus ou moins semblables au nôtre.

III - Constatations et questionnements

Ca va mieux ? Vous vous y retrouvez un peu mieux ?

Voilà, maintenant que les pièces sont en place pour comprendre un peu mieux son fonctionnement, commençons à analyser les tenants et aboutissants. Le fait que le fameux « trou de la sécu » existe ne fait aucun doute. Voilà maintenant bien une dizaine d'année (1996 environ) que l'on nous parle de ce trou et que nos dirigeants ont une fâcheuse tendance à nous montrer du doigt en nous désignant comme principaux responsables. De plus, ils insistent lourdement sur le fait que l'assurance maladie a une part dans ce trou et qu'il va falloir se faire à l'idée suivante :

« Il faut dégraisser le Brontosauve »

III.1 De combien le trou ?

Le rapport 2004 et les perspectives 2005 donnent les résultats suivants :

<i>En milliards d'euros</i>	2002	2003	2004	2005
Régime général				
Maladie	-6,1	-11,1	-11,6	-8,3
Accidents du travail	0,0	-0,5	-0,2	-0,5
Vieillesse	1,7	0,9	0,3	-1,7
Famille	1,0	0,4	-0,4	-1,1
Total régime général	-3,5	-10,2	-11,9	-11,6

Donc un trou global de 11 Milliards d'euros.

III.2 Quelle est la part de l'assurance maladie ?

Et bien en regardant le tableau plus haut, on voit qu'il est de 8,3 Milliards d'euros.

III.3 Comment évoluent les recettes de l'assurance maladie ?

Nous avons vu l'évolution des dépenses, mais qu'en est-il de celle des recettes ?
En regardant le détail de la ventilation des recettes, nous voyons :

CSG, Impôts, Taxes : 33,2% des recettes
Transfert et contributions de l'Etat : 7,3 %
Cotisations sociales : 51,3 %
Autres contributions : 8,2 %

CSG, Impôts et Taxes :

La CSG représente l'essentiel de ces recettes (40,1 milliards d'euros). Les autres prélèvements concernent les taxes sur l'alcool, le tabac, les contributions de l'industrie pharmaceutique.

Transfert de l'Etat :

L'essentiel de ces transferts concerne le remboursement par l'État à l'Assurance Maladie de l'exonération partielle des cotisations sociales pour certains types d'emploi.

Autres contributions :

Ces recettes proviennent essentiellement de la régularisation de prestations lors d'exercices antérieurs, ou de recours contre tiers (par exemple, lors d'un accident de voiture, l'Assurance Maladie se fait rembourser les soins apportés à l'assuré victime de l'accident par l'assurance de l'assuré en tort).

Produits nets	Variation en 2003		Variation en 2004		Variation en 2005	
	en Md€	en %	en Md€	en %	en Md€	en %
Produits de cotisations	3,5	2,5	4,0	2,8	5,0	3,4
CSG	1,1	2,4	1,5	3,0	4,1	8,1
Autres impôts	0,3	14,9	0,8	31,6	1,6	52,4
Transferts du FSV	0,8	8,2	0,7	6,6	0,5	4,1
dont : - prise en charge de prestations	0,1	2,8	0,2	4,4	0,2	5,0
- prise en charge de cotisations	0,7	11,9	0,5	8,0	0,3	3,6
Remboursements d'exonérations	0,3	1,9	0,9	5,3	1,1	5,7
dont : - FOREC	0,6	4,2	-15,4		0,1	
- Etat	-0,3	-10,8	16,4		1,0	5,2
Remboursement de prestations par l'Etat	0,2	2,9	0,3	5,6	0,3	5,3
Dotations reprises et ANV sur produits	0,9		0,2		-1,1	
- dont opérations sur FOREC 2000	1,1		0,0		-1,1	
Autres produits	-0,2	-6,2	0,9	24,8	0,4	8,4
TOTAL	7,0	3,1	9,3	4,0	11,8	4,9

IV – Les causes : ce que nous disent nos gouvernements

IV.1 - Les chiffres analysés :

Dans un contexte macroéconomique encore peu porteur, le régime général bénéficie en 2005 des recettes nouvelles décidées dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Les produits du régime général ont augmenté de 4,0 % en 2004, après 3,1 % en 2003. La croissance de la masse salariale du secteur privé, sur laquelle environ les deux tiers des produits du régime général sont assis, a augmenté de 2,8 %, après 1,9 % en 2003. Les autres assiettes ont également été plus dynamiques qu'en 2003. La CSG a ainsi augmenté de 3,0 % en 2004, après 2,4 % en 2003.

D'autres effets ont contribué à la croissance des produits en 2004. La branche maladie a bénéficié d'une hausse des droits tabacs (+600 M€), de la nouvelle taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (100 M€), d'un remboursement par les régimes

de sécurité sociale étrangers de près de 500 M€ (après 300 M€ en 2003) , et pour la première fois d'une contribution de la CNSA au financement des créations de place dans les établissements médico-sociaux (110 M€). Pour la branche vieillesse, le transfert du FSV au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs a augmenté de 500 M€ (+ 8,0 %), en raison notamment de la hausse du chômage en 2004.

En 2005, malgré une évolution encore très modérée de la masse salariale, les produits connaîtraient une forte croissance (4,9 %) due aux augmentations et aux créations de recettes prévues par la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004. La CNAM doit ainsi bénéficier d'un rendement accru de CSG (2,3 Md€), d'une hausse des droits tabacs (1 Md€), d'une nouvelle contribution additionnelle à la C3S (0,8 Md€). Pour sa part, la CNAV enregistrera en 2005 les produits liés à l'adossement au régime général du régime de retraite des industries électriques et gazières (versement de cotisations, paiement d'une fraction de la soulte). Le régime général ne bénéficiera plus en revanche du produit de 1,1 Md€, enregistré en 2003 et 2004, correspondant à la **reprise par la CADES de la dette du FOREC** au titre de l'exercice 2000.

IV.2 - Le discours :

La dérive des dépenses est continue depuis des années et a été évaluée à 2,8 milliards d'euros par la CNAMTS ; depuis 1996, année à partir de laquelle le Parlement a fixé un objectif de dépenses par une enveloppe déterminée appelée ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie), pas une seule fois celui-ci n'a été respecté. Les études de la CNAMTS et les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie montrent que tous les postes de dépenses augmentent de façon structurelle sous l'effet de :

- . l'allongement de la durée de vie
- . l'évolution du coût des traitements
- . des comportements consuméristes vis-à-vis du système de santé
- . de la croissance des prises en charge à 100 %.

La conjoncture comme le niveau du chômage ont un impact certes important, mais beaucoup moins que les causes structurelles. A titre d'exemple, les prises en charge à 100 % ont progressé de 11 % pour la seule année 2003.

Vous avez remarqué, dans ces quatre causes, il y a un pont commun. C'est vous et moi qui cumulons quatre vices : nous vivons plus vieux, nous achetons des médicaments de plus en plus chers dès que nous nous ennuyons et un peu plus tard nous nous mettons en invalidité totale....nous sommes des salauds !

V – Les causes : ce que ne nous disent pas nos gouvernements

Les causes évoquées par nos gouvernements successifs existent vraiment et les chiffres le prouvent. Les mesures prises fonctionnent de temps en temps et permettent de placer un pansement sur cette jambe de bois. Mais est-ce tout ?

V.1 -Chômage

Les recettes de l'Assurance Maladie étant essentiellement constituées par les prélèvements sur les salaires, le chômage a bien évidemment pour effet de les diminuer. Le calcul de cette diminution n'est pas aisé car le montant des salaires que percevraient les chômeurs s'ils travaillaient n'est pas connu. Si l'on estime que ce salaire serait compris entre le SMIC et le salaire moyen, un point de chômage (soit 250 000 personnes environ) représente une perte de recette comprise entre 0,6 et **1,2 milliard d'euros** par an.

Et oui, encore ce chômage. Ces salauds de chômeurs non seulement ne travaillent plus, mais en plus, ils s'arrangent pour tomber malade. Le voilà le fléau, n'aller pas chercher plus loin. Et bien oui, mais c'est là un des rôles de la sécu que de proposer à tous, une couverture santé correcte. Ces chômeurs ont cotisés avant et vous, oui, vous aussi vous pouvez devenir chômeur demain. Alors plutôt que de nous imposer de passer un médecin généraliste unique, ils feraient mieux de réfléchir sur le fond.

Je vous fais grâce ici des problèmes induits par le stress, la menace des licenciements, enfin tous les paramètres sociologiques (les dépressions augmentent chez les cadres, le harcèlement moral, etc...) qui font office de boomerang et permettent aux dépenses de prises en charge de s'envoler.

V.2 - Exonération des charges patronales

Les exonérations des charges sociales patronales, accordées aux entreprises par les pouvoirs publics, portent généralement sur l'ensemble des cotisations du régime général et pas uniquement sur les cotisations maladie. Elles peuvent concerner les entreprises situées dans certaines zones géographiques (départements d'outre mer, zones franches) ou certaines catégories de salariés (apprentis) ou les plus faibles salaires. Les exonérations créées après 1994 sont remboursées au régime général par le budget de l'Etat. Pour la branche maladie, en 2003, elles représentent 7,5 milliards d'euros environ.

Les exonérations plus anciennes ne sont pas remboursées ; en 2003, elles représentent un milliard d'euros environ. Faux ! Elles représentent **1,9 Milliards d'euros**. Et bien oui, l'état ne paie pas ses dettes. Vous allez me dire : « ils exonèrent les patrons de charges pour qu'ils puissent embaucher, donc lutter contre le chômage alors en regardant le point précédent, tu devrais être content !! ». Et bien non, je ne suis pas content. Car si ce mécanisme a des chances de réussir pour les artisans et les petites entreprises, les grandes entreprises n'en ont rien à foutre. De toutes façons, non seulement elles sont exonérées de charges (qui creuse le trou de la sécu) mais en plus elles licencient (et creusent le trou un peu plus). Un licenciement a été récemment évalué à 200KF par personne licenciée, alors embauchons des CDD, profitons des exonérations et licencions ailleurs des CDI (et bien oui, la plupart des PME/PMI font partie d'un groupe et celui-ci connaît aussi le coup du vase communicant). (Attention, ne confondez pas ce point avec les ZFU (Zones Franches Urbaines) car les exonérations dans ce cas ne concernent que les entreprises de moins de 50 salariés.)

Malgré tout ce que l'on nous dit sur la difficulté des entreprises et le dédain français par rapport en l'entreprenariat (voilà encore une invention maligne pour faire taire tous les débats), je vois tout de même que les grosses entreprises françaises ne se portent pas si mal :

« Les 40 sociétés membres de l'indice vedette parisien ont dégagé en 2004 des bénéfices nets totaux de 57 milliards d'euros. C'est 64% de plus qu'en 2003 et surtout 24% de plus que le précédent record historique de 46 milliards d'euros. Lequel avait été atteint en 2000. » (l'Expansion, Mars 2005)

« Le premier semestre 2004 aura été plutôt faste pour les grands groupes français. Les entreprises classées au CAC 40 (les plus fortes capitalisations boursières) affichent presque toutes des profits en forte hausse. Sans surprise, le groupe Total, profitant de la flambée des cours de l'or noir, engrange le plus gros résultat net, 4 milliards d'euros. Juste derrière, les leaders de la banque et de l'assurance présentent, eux aussi, des progressions exceptionnelles, + 621 % pour Axa, et + 40 % pour BNP-Paribas, qui, avec la Société générale, est devenu une véritable " machine à profit ", comme l'écrit le Monde. Mais les autres secteurs ne sont pas en reste, comme le montre notre tableau (voir page 4). Les actionnaires de ces champions peuvent jubiler : selon les prévisions d'un bureau d'études spécialisé, Jacques Chahine associés, les groupes du CAC 40 devraient enregistrer cette année une hausse de 22 %, en moyenne, de leurs bénéfices nets par action. Et l'" Observatoire des riches ", tenu par le magazine Challenge, confirme la tendance : les 500 plus grosses fortunes professionnelles, après avoir connu un - relatif - repli ces dernières années, sont nettement reparties à la hausse (voir article page 5). Parmi celles-ci, et en bonne place, un certain Ernest-Antoine Seillière, président du MEDEF mais aussi actionnaire de Marine Wendel, et qui continue sans vergogne de dispenser ses recommandations d'austérité salariale au gouvernement, jugeant notamment le smic " trop élevé ". » (l'Humanité, Aout 2004).

Et oui, mais n'oubliez pas, il y a entreprises et entreprises. Il y a le petit patron près de chez vous qui rame, fait 60 heures et ne peut pas embaucher et puis il y a les machines à profit (Total, etc...). Si le profit n'est pas en cause, sa valeur absolue et sa source (sur le dos de qui) est en cause.

V.3 - Mauvaise gestion de la part de la sécu

Cet argument est tellement utilisé qu'il est presque devenu un poncif. Et pourtant cela est totalement faux et une simple comparaison des méthodes de gestion de la sécu par rapport aux systèmes externes, le montre.

Pour une valeur de 100 :

La sécu reverse **95** au patient (5% de frais de gestion, rapport chadelat)

Les mutuelles **85**

Les assurances **75**

Qui a la mauvaise gestion ?

V.4 - CSG (voir tableau III.3) : l'injustice augmente sa part

La CSG a pris une part croissante du financement de l'assurance maladie. Depuis 1990 où elle avait un taux de 1,1% à aujourd'hui où son taux atteint 8,1%, elle a fini par couvrir environ un tiers de celui-ci par basculement progressif des cotisations sociales dites salariales sur la CSG.

A son origine, ses créateurs lui avaient donné comme objectif d'élargir le financement de l'assurance maladie à tous les revenus, salariaux ou non, perçus par les ménages. Une première contribution des revenus du capital était donc inaugurée, qui apparaissait comme un progrès puisque la CSG était non déductible du revenu imposable au titre de l'impôt progressif. Une petite dose de progressivité était introduite à l'intérieur d'un impôt proportionnel.

Au fil des années, les gouvernements ont peu à peu augmenté le taux de la CSG en instaurant la déductibilité presque totale. La CSG est donc de plus en plus un impôt foncièrement injuste et le résultat est aggravé par le fait que 85% de la CSG sont payés par les revenus salariaux qui ne représentent que moins de 60% de la valeur ajoutée.

V.5 - Certains ne reversent pas : tiens, je viens de boucher le trou !!

Vous avez dit trou de la Sécu ?

7,8 milliards non reversés à la Sécu sur les taxes sur le tabac

3,5 milliards non reversés à la Sécu sur les taxes de l'alcool

1,6 milliard non reversés à la Sécu des assurances auto pour les accidentés de la route

1,2 milliard non reversé à la Sécu de la taxe sur les industries polluantes

2 milliards de TVA non reversés à la Sécu

2,1 milliards de retard de paiement à la Sécu pour les contrats aidés

1,9 milliard de retard de paiement par les entreprises.

C'est-à-dire : 20,1 milliards d'euros

Ces chiffres sont issus du rapport des comptes de la Sécu pour 2003.

V.6 - Parmi les lobbies, les consortium pharmaceutiques

Voilà, à mon avis l'endroit où réside une des solutions à ce soit disant trou de la sécu. Réfléchissez :

- Vous avez d'un coté des prestataires qui consomment des médicaments. On leur dit de consommer des « génériques » plutôt que de prendre des médicaments plus particuliers qui ont pourtant la même molécule mais qui sont plus chers. Ces prestataires font des efforts mais de toutes façons prendrons les médicaments sur le marché. En plus, ces salauds de prestataires, en consomment beaucoup trop.

- De l'autre coté vous avez les fabricants de médicaments. Attention, ce ne sont pas des entreprises comme les autres, ce sont THE entreprises. Des monstres financiers qui font des bénéfices colossaux quelque soit la conjoncture (voire plus la conjoncture est difficile, plus ils font des bénéfices). Ces bénéfices, ils les font car ils vendent des médicaments à ces mêmes salauds de prestataires. Et ils ne les vendent pas à perte, permettez-moi de vous le dire.

Au secours ! Pauvres Labos ...

Allez sur http://www.latribune.fr/Dossiers/Sante_nsf/DocsWeb/IDC1256DAB0032A9E9C12570C20070DA9D?OpenDocument

Suspense autour de la taxe sur le chiffre d'affaires

Une taxe de 1,96 % sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, comme prévu dans le PLFSS 2006, rapporterait 450 millions d'euros à l'assurance-maladie. Les députés l'avaient ramenée à 1,5 %, soit un manque à gagner de 100 millions d'euros par rapport au taux initial. Les sénateurs ont relevé cette fameuse taxe à 1,96 %... jusqu'à ce que la commission mixte paritaire (7 députés, 7 sénateurs) coupe mardi la poire en deux à 1,76 %. Le Parlement devrait définitivement adopter dans la nuit ce PLFSS qui vise à réduire le déficit de la Sécu à 8,9 milliards d'euros.

Pauvres labo ??

<http://www.humanite.presse.fr/journal/2003-08-01/2003-08-01-376549>

Pauvres labo ??

<http://www.monde-diplomatique.fr/2002/02/RIVIERE/16102>

Civisme des labos :

<http://www.dossiersdunet.com/article124.html#nh2>

Cela n'a pas empêché Sanofi Synthélabo d'emprunter 16 Milliards euros aux banques pour donner aux actionnaires d'aventis (racheter leurs actions). Voir article : <http://www.humanite.fr/journal/2004-10-07/2004-10-07-401992>. C'est l'état qui paie, donc vous et moi.

Enfin, sachez que l'Etat fait un autre cadeau aux laboratoires pharmaceutiques. Ces labos doivent annoncer la baisse prévue pour un nouveau médicament (une fois que les frais de recherche ont été amortis). Un médicament peut être par exemple prévu à 35% de baisse après un an. Dans la réalité, ces médicaments ne baissent pas ou très peu. L'Etat ne réagit pas ... (rappel : Quand un laboratoire crée un nouveau médicament, il bénéficie d'un brevet d'exclusivité d'environ 20 ans. Après ces 20 ans, d'autres laboratoires peuvent fabriquer ce même médicament. Ce médicament s'appelle un "générique").

Un exemple : <http://www.france.attac.org/a3590>

Pourquoi ces consortiums ne paient-ils pas plus de taxes qui seront retro-cédées aux différents systèmes de soins nationaux ? Pour quoi l'Europe n'harmonise pas ce mécanisme à chacun des pays membre ? 450 Millions de taxes perçues, c'est vraiment une goutte d'eau en comparaison des profits énormes qu'ils retirent de la consommation de médicaments ...

V.7 - Les aberrations de fonctionnement : qui s'en préoccupe ?

Les effets pervers de la rupture des crédits et des ressources sont innombrables (Hopital 2007 est un autre exemple colossal). Pour les illustrer voici un exemple réel :

- . on accorde moins de personnel aux maisons spécialisées pour les personnes âgées
- . il y a ainsi moins de personnel pour les garder, surtout la nuit
- . on les fait se coucher plus tôt
- . ils se réveillent donc plus tôt
- . on leur donne alors des médicaments pour qu'ils dorment plus longtemps (calmants,...)
- . ces médicaments ont des effets secondaires et entre autres des endormissements
- . ils font des chutes et ce de manière plus fréquente
- . on les soigne pour des fractures du bassin ou autre

V.8 - Les paramètres sociologiques : qui s'en préoccupe ?

La première des économies pour l'assurance maladie consiste à réduire les sources de maladies. En dépit du vieillissement de la population, conséquence heureuse de l'augmentation de l'espérance de vie grâce justement à notre système de santé, la tendance à la croissance des dépenses de santé peut être contrariée si, **au lieu de raisonner en termes de soins, nous raisonnons en termes de santé**, c'est à dire en se dotant d'une politique de santé publique qui agisse sur les causes des maladies, et ne se contente pas seulement de les soigner. Cela suppose d'oser s'attaquer à chaque lobby économique responsable de facteurs de risque. Les facteurs de risques environnementaux multiples sont la cause du développement des maladies chroniques : cancers, maladies respiratoires, allergies, diabète, nouvelles pathologies mentales... L'accroissement des pathologies chroniques est l'une des causes majeures de l'augmentation du nombre d'Affections de longue durée (ALD), plus de 800.000 recensées en 3 ans dont on sait que leur suivi pèse sur les comptes de l'assurance-maladie (renseignez-vous sur les problèmes dus à l'amiante et vous verrez les chiffres !!).

V.9 - Panier de soins : un ver est dans le fruit

De même, la participation directe des assurances privées aux organismes de gestion du panier de soins amènera très vite à des systèmes de modulation des cotisations en fonction du « risque », c'est à dire de l'âge et de l'état de santé. La communication du dossier médical permettra tout d'abord aux assurances de contrôler et de rentabiliser leur contrat aux cas par cas.

Le dernier volet du Plan Juppé, la 4^{ème} ordonnance promulguée en 2001, traduisait dans le droit français les directives européennes, et impliquait une modification du Code de la Mutualité. L'esprit

de cette ordonnance, prélude aux réformes actuelles, est la mise en concurrence directe entre les Mutuelles et les assurances privées, impliquant notamment un accroissement très important des réserves obligatoires. C'est dans ce mouvement que l'essentiel des mutuelles ont fusionné depuis 2002, intégrant la Mutualité française.

Celle-ci joue le rôle de Cheval de Troie des réformes libérales en acceptant d'accompagner le désengagement de l'assurance maladie, en augmentant ses tarifs pour combler les déremboursements, se transformant progressivement en une assurance comme les autres.

V.10 - Hopital 2007 : un second ver est dans le fruit

C'est d'abord le cas avec le Plan Hôpital 2007 dont l'objectif est de faire passer les établissements de santé de la sphère du sanitaire *stricto sensu* dans la sphère de l'économie et de l'entreprise.

Complet, ce plan amorce en effet une véritable privatisation de la santé aux moyens d'une ouverture au capital privé des financements du bâti et de l'équipement de l'hôpital public, d'une organisation des services hospitaliers sur le mode de l'entreprise privée, et surtout, par l'introduction d'une nouvelle norme de gestion : la tarification à l'activité (T2A). Les établissements sont aujourd'hui des entités administratives assurant un service sanitaire. Par ces trois mesures, le gouvernement ambitionne de les faire devenir des entités économiques gestionnaires assurant un certain niveau de rentabilité économique et financière.

Je ne parle même pas ici du fait qu'en accordant moins de crédits aux hôpitaux publiques, certains malades sont envoyés en centres privés et avec un coût nettement supérieur de ce fait.

De plus les établissements privés voient leurs dépenses augmenter beaucoup plus vite que dans le public (et oui, il y a des poncifs à revoir):

	2000	2001	2002	2003	2004
Établissements publics	3,5 %	4,8 %	5,1 %	5,6 %	3,6 %
Établissements privés	3,1 %	3,0 %	8,4 %	6,9 %	5,5 %
Établissements médico-sociaux	6,2 %	6,7 %	9,8 %	8,1 %	8,7 %

VI - Le scandale

Je me sentais obligé d'en faire un chapitre à lui tout seul, car nous touchons ici le sublime de la déliquescence politique. Non seulement on enrage de se faire prendre pour des cons, mais de plus nous nous apercevons que le mélange des genres et la magouille comptable semblent être l'apanage de nos dirigeants. La légère analyse du fonctionnement de la CADES rend l'ipéca inoffensive.

VI.1 - Parlons de deux fonds, avant tout.

VI.1.a - Le FOREC (tableau III.3)

Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale.

Fond Mis en place tardivement dans le cadre des 35 heures, le FOREC avait en charge la compensation aux régimes de sécurité sociale des pertes de cotisations liées aux mesures d'allègement de charges sociales sur les bas salaires, à la réduction négociée du temps de travail et aux exonérations de cotisation familiale.

Le montant des cotisations exonérées a été multiplié par six entre 1993 et 2003, passant d'environ 3 milliards d'euros à près de **20 milliards** pour le régime général. La gauche a fait exploser le montant de ces faveurs consenties au patronat : en 2002, les cadeaux liés à la loi Aubry sur les 35 heures atteignaient 10 milliards d'euros, trois fois le montant du déficit ! En 2003, ils ne représenteront plus que 6 milliards, mais le dispositif Fillon prend le relais, avec une manne de 6,6 milliards d'euros. Au total, avec d'autres mécanismes, les exonérations « RTT » avoisinent les 15,5 milliards par an. Ces 19 milliards représentent le double du déficit du régime général prévu pour cette année.

Cependant, prétendent nos dirigeants, le coût de ces exonérations pour la Sécu est compensé à hauteur de 18 milliards, c'est-à-dire que les cotisations perdues lui sont restituées soit par l'Etat (2 milliards), soit par un organisme créé spécialement à cet effet, le Forec, Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale (16 milliards).

Bel attrape-nigauds : les ressources (taxes, cotisations, impôts) qui « compensent » les cotisations que les patrons n'acquittent pas, il faut bien les prendre quelque part. Pour financer le Forec, les gouvernements ont procédé à un étrange bricolage, soutirant des recettes à l'Etat ou même à la Sécu, ce qui revient à déshabiller Paul pour habiller Pierre : le Forec reçoit un petit bout des taxes sur les alcools, sur les tabacs, sur les véhicules de société, sur les activités polluantes, etc. Pour simplifier encore les choses, en 2004, **le Forec disparaîtra et l'Etat récupérera son financement et ses fonctions.**

Au total, la compensation des exonérations et les organismes comme le Forec ne sont qu'une façon savante de dissimuler que les 20 milliards d'euros de cadeaux annuels au patronat sont la cause majeure des difficultés de la Sécu.

VI.1.b - Le FSV (Tableau III.3)

Fond de Solidarité Vieillesse

Ce fonds de solidarité vieillesse (FSV) verse le minimum vieillesse et certains avantages familiaux. Il verse aussi des cotisations au titre du service militaire, du chômage et de la préretraite. L'Etat l'a créée en 1993 et une dette s'est tout de suite créée.

VI.2 - Puis parlons de la CADES

CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale

Cette caisse avait pour mission de récupérer le « trou » de la Sécurité sociale et de le combler en 13 ans. Sur tous les revenus, mais essentiellement ceux des salariés, est ainsi prélevée chaque mois une **Contribution au Remboursement de la Dette Sociale** – CRDS – et tout devait s'arrêter en 2009.

Mais dès le début, le gouvernement a transféré à cette Caisse une dette du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) qui n'était pas prévue (elle devait être remboursée à l'Etat par une augmentation de la C.S.G déjà intervenue à cet effet !). Outre que les assujettis vont payer deux fois, le montant de cette dette rajoutée est de 1,9 milliards par an soit 24,7 milliards en 13 ans. Cette somme comprend beaucoup d'intérêts car le gouvernement ont décidé de calculer les intérêts à partir de 1993 (date du début de la dette) où les taux d'intérêts étaient très élevés et non à partir de 1996, date de reprise par les CADES, où les taux étaient bien moindres...

En 1998 Jospin transfère environ 10 milliards de « trou » (déficits de 1996 et 1997) à la CADES et, pour que cela ne se remarque pas sur les bulletins de paie, prolonge le prélèvement CRDS jusqu'en 2014. Les citoyens devront verser 22 milliards d'euros de plus.

En 2001, les socialistes, dans la perspective de leur réélection, décident d'anticiper le remboursement de la dette FSV en accroissant les remboursements annuels de la CADES (3 milliards au lieu de 1,9, d'où une fin prévue en 2005)

En 2002, la droite transfère à la CADES la dette des fonds de financement des exonérations patronales (et oui, le FOREC). Le « trou » CADES se monte alors à 53,8 milliards hors intérêts...

En 2004, avec la loi de casse de la Sécurité sociale de Douste-Blazy, Raffarin et Zarkozy prévoient le transfert d'une trentaine de milliards de « trou ». Et la date de fin de remboursement, un temps envisagé pour 2025, devient indéterminée. **Les générations futures paieront jusqu'au remboursement final...**

De 1996 à 2003, la CRDS payée se monte à 34,3 milliards. Sur ces 34,3 milliards, le bilan de la CADES indique :

seulement 3 milliards affecté au déficit Sécurité sociale !!

20,6 milliards pour le FSV (dont 1,6 milliards d'intérêts)

12 milliards d'intérêts versés aux banques, fonds de pensions, rentiers, groupe d'assurances...

Comment elle fonctionne ?

la CADES a été dotée d'un statut d'Etablissement public Administratif (EPA) et non d'Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC), ce qui lui confère non pas la garantie absolue de

l'Etat, mais les garanties d'une « filiale » de l'Etat. De façon contradictoire, mais contesté par personne à ce jour, cet appendice de l'Etat, qui telle une grande banque d'affaires, possède une salle des marchés, a toutes les possibilités des établissements privés de crédit. Appréciée sur les marchés financiers – elle obtient la meilleure codification AAA-, en raison de la sûreté des versements CRDS et de la demi-garantie de l'Etat français, elle peut faire paraître des publicités comme celle-ci : « *La CADES est une signature française de référence. Elle a une gestion auprès des investisseurs dynamique du risque, des opérations sur mesure qui garantissent souplesse et prix. Elle a recours à une gamme très diversifiée d'instruments de financement. Ses émissions se font avec flexibilité avec une grande variété de produits, de maturités et de devises* » <http://www.cades.fr/fr/default.asp>

Le scandale

Patrice Ract-Madoux (mari de la juge qui a épargné Juppé). Qui lui même a du mal à justifier la nécessité pour la CADES de coter, en plus de Paris, ses obligations au Luxembourg, un paradis fiscal au cœur de l'Europe où le secret bancaire est équivalent à celui des places offshores. Le même Président disait ignorer qu'une des banques avec laquelle travaille la CADES est la **Kredietbank Luxembourg** (KB-Lux) qui cumule les scandales : elle a accueilli les comptes de l'Eglise de Scientologie, ceux du groupe Parmalat (l'Enron européen à la gigantesque faillite frauduleuse) avec qui elle a créé des structures installées à Malte et aux îles Caïmans, détournement récent de fonds publics belges. Une autre banque correspondante de la CADES est la Banque Générale du Luxembourg (BGL), soupçonnée dans les années 90 lors du scandale de la Bank of Credit and Commerce International (BCCI) surnommée la Banque du Crime et de la cocaïne. Et Patrice Ract-Madoux, après une semaine de recherches !, a également indiqué aux journalistes ne pas avoir trouvé trace d'un compte de la CADES, pourtant numéroté, qui figure dans l'annuaire public distribué en juin 2004 aux autres banques par la **chambre de compensation luxembourgeoise Clearstream**. Cette société, où transite quelque 50 000 milliards d'euros par an, gère les échanges de titres sur les marchés financiers des principales places mondiales et en fait chaque jour le bilan. Le journaliste Denis Robert (« *Pendant les affaires, les affaires continuent ; Révélation\$; La boîte noire* ») a démontré la création de comptes secrets par cette respectable institution. Enfin, quand on regarde où les responsables de la CADES, en VRP du « trou » de la Sécurité sociale, effectuent leurs « *road shows* » pour chercher des investisseurs, on y trouve des pays comme le Japon, où la mafia est très puissante, l'Inde, la Slovaquie, la Tchéquie et même en 2003 la Lituanie où la mafia a pignon sur rue. Pour mémoire, notre bien-aimé président Chirac déclarait (sans doute en fronçant les sourcils) à Vilnius, capitale de la Lituanie, en juillet 2001 : « *La mondialisation, ce sont aussi des risques – désordres financiers, dumping social, trafics d'argent sale, de stupéfiants..* ».

En résumé, à qui est vendu le « trou » ? Aux fonds de pension anglo-saxons et, sans doute, aux fonds maffieux qui blanchissent l'argent de la prostitution, de la drogue et du trafic d'armes

Conclusion

En avez-vous assez ? Vous les avez sentis passer les milliards ?

A peine nous nous penchons un peu sur ce problème que nous nous apercevons que ce fameux trou est un mensonge éhonté. Oui, les usagers doivent faire des efforts et les mesures qui permettront un usage raisonnable tout en maintenant un accès égalitaire aux soins ne sont jamais inutiles. Mais ne pensez-vous pas que le cœur du problème est ailleurs ?

Qui veut noyer son chien, l'accuse de la rage !! voilà le fond du problème

Pour reprendre les différents points de mon argumentaire, le soi disant naufrage de notre système peut se décrire de la manière suivante:

- . Manque de réflexion de fond (sociologie, effets de bords, ...) et à moyen terme
- . Mensonge sur le soi-disant mauvais fonctionnement
- . Permet de justifier la mise en place de taxes injustes (CSG) !
- . Permet de camoufler des gestions financières désastreuses et délictueuses !
- . Permet de détourner les regards des profits faits sur nous tous !

Enfin, c'est un excellent moyen de démanteler la sécurité sociale (système jugé totalement inepte d'un point de vue ultra-libéral) par petits morceaux de manière à ce que nous puissions avaler plus facilement son passage programmé vers les systèmes privés (paniers de soins, hopital 2007, assurances privées, mutuelles en cours de privatisation).

Notre sécurité sociale n'est pas rentable ? la rentabilité n'a jamais été son but.
Notre sécurité sociale est un gouffre financier ? Non, elle est déficitaire car programmée comme telle.

Nos dirigeants nationaux ont des vues à court terme, aucune imagination et un manque de scrupule qui confine au banditisme organisé. Hum...certes...mais plutôt ou aussi un formidable don pour détourner notre regard des vrais enjeux. « Si vous n'êtes pas d'accord pour renier tous vos avantages alors nous vous ferons croire que vous en êtes les fossoyeurs ». Et les chantres du néo-libéralisme échevelé, invités dans sur les plateaux illustres et omniprésents sur les ondes de toutes sortes, de reprendre en chœur : « Pensez-vous réellement que si nous pouvions sauver votre système de santé, nous ne le ferions pas ? ». Alors je répons : « et bien OUI, c'est ce que je pense !! ».

Le déliquescence politique et sa transformation en bulldozer libéral va continuer de creuser le trou. Eh, mais pas seulement celui de la sécu, celui des retraites, celui qui sépare les plus riches des autres...et pour finir, le notre !!

Références

<http://www.securite-sociale.fr>

<http://www.ameli.fr>

<http://www.cades.fr/fr/default.asp>