

Document

L'assurance maladie : officiellement gérée par les partenaires sociaux, de fait totalement maîtrisée par l'Etat

(Extrait de : *Le principe de subsidiarité*, 2005, éditions *La documentation française*¹)

Lors de la création de la Sécurité sociale en 1945, les caisses - nationales et locales étaient administrées largement par des conseils d'administration élus, dont les syndicats de salariés occupaient 75 % des sièges. Confronté aux évolutions de la société et aux crises économiques, le système n'a jamais véritablement trouvé sa place. Des 1960, une partie importante des pouvoirs des conseils d'administration est transférée aux directions ; en 1967, les ordonnances portant réforme de la Sécurité sociale suppriment l'élection des administrateurs salariés et instaurent une parité entre syndicats et employeurs. D'autres réformes ont été menées dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, mais la Sécurité sociale n'a jamais pu réellement être gérée par les partenaires sociaux.

Lorsque, à la fin de l'année 1999, le MEDEF, principale organisation représentative des employeurs, annonce qu'elle quittera, au 1er janvier 2000, les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale, elle estime que « *la confusion actuelle entre ce qui relève des partenaires sociaux et ce qui relève de l'Etat, tant dans le domaine de la protection sociale que des relations du travail, n'est ni souhaitable, ni durable. Elle entraîne une déresponsabilisation des acteurs sociaux et une dévitalisation du dialogue social* ». Même si le MEDEF prend prétexte de la réforme de la durée du temps de travail, qui prévoyait le financement partiel des 35 heures par une contribution des caisses de Sécurité sociale, le questionnement sur l'« *étatisation* » du système traverse l'ensemble des acteurs. A cette même époque, le président de la CFE-CGC, syndicat représentatif des cadres, déclare en effet : « *On ne maîtrise ni les recettes, ni les dépenses, ni la gestion des fonds sociaux, ni la gestion du personnel. Si on n'y était plus, ça ne changerait pas grand-chose. Le gouvernement nous consulte, mais se moque de l'avis des partenaires sociaux* ».

Pierre-Louis Bras, ancien directeur de la Sécurité sociale au ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2000-2002), nuance le terme d'« *étatisation* », en le trouvant réducteur au regard de la complexité de l'histoire de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie. Il considère cependant que « *l'histoire institutionnelle de la Sécurité sociale est souvent présentée, dans une vision commune, comme celle d'une "étatisation" progressive. Après un moment de grâce, à la Libération, où la Sécurité sociale aurait été confiée "aux intéressés eux-mêmes", l'Etat n'aurait eu de cesse de revenir, dans une pure tradition jacobine, sur cette concession à la société civile et se serait ingénié à récupérer le pouvoir au détriment des partenaires sociaux* ».

La réforme contenue dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

L'application du principe de subsidiarité était donc particulièrement brouillée dans le domaine de la Sécurité sociale, la réforme de 1995 et les lois de financement de la Sécurité sociale n'ayant pas réussi à trancher cet aspect de la gouvernance du système. La réforme de l'assurance maladie, contenue dans la loi du 13 août 2004, a pour objectif de clarifier les responsabilités et de renforcer la capacité de décision, mais elle ne privilégie guère la subsidiarité, en attribuant d'importants pouvoirs à un directeur général nommé par l'État.

¹ Par Philippe Brault maître de conférence à l'institut d'études politiques de Paris, Guillaume Reandineau chargé de cours à l'Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, François Sicard conseiller au service des Affaires européennes du Sénat.

La réforme d'août 2004 réaffirme la compétence de l'État, qui demeure le garant des principes fondateurs de solidarité et d'égalité. Le gouvernement et le Parlement continuent, au travers des lois de financement de la Sécurité sociale, issues de la réforme de 1995, à fixer les grands équilibres financiers, mais ils délèguent des compétences renforcées aux caisses d'assurance maladie. Cette délégation ne peut être assimilée à de la subsidiarité, en raison des pouvoirs accrus du directeur général face aux partenaires sociaux ; il s'agirait plutôt d'un démembrement de l'administration que d'une véritable délégation.

En effet, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la plus importante des caisses de Sécurité sociale, est dotée d'un conseil, et non d'un conseil d'administration, dont la composition² reste cependant sensiblement identique au schéma préexistant. Alors qu'auparavant, le conseil d'administration symbolisait l'application du principe de subsidiarité en « *réglant par ses délibérations les affaires de la caisse* », le nouveau conseil n'intervient plus que pour fixer des principes ou des orientations. Encore plus qu'auparavant, c'est le directeur général, appelé « *directeur* » avant cette réforme, qui dirige la Caisse nationale : il a autorité sur le réseau des caisses régionales et locales, et il est responsable de leur bon fonctionnement. Au niveau local, le schéma de la Caisse nationale est reproduit : avant la réforme, les directeurs locaux étaient nommés par le conseil d'administration de la caisse locale à partir d'une liste de trois noms proposés par le directeur de la CNAMTS ; avec la réforme, le directeur local est nommé par le directeur général de la CNAMTS, sauf opposition des deux tiers des membres du conseil de la caisse locale. A l'instar de la Caisse nationale, les conseils des caisses locales perdent toute responsabilité de gestion et l'intégration des caisses locales dans le réseau de la CNAMTS est nettement renforcée.

Parallèlement, les pouvoirs des caisses sont accrus par de nouveaux pouvoirs de sanction, par de nouvelles attributions et une plus grande autonomie vis-à-vis de l'État. La réforme prévoit la création d'une Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dont la mission est d'améliorer la gestion du régime obligatoire de base et de développer des actions de coordination avec les régimes d'assurance maladie complémentaires. L'UNCAM regroupe la CNAMTS, la caisse des non-salariés non agricoles et la Mutualité sociale agricole. Elle déterminera les conditions d'admission ou de radiation des actes et prestations de la nomenclature des biens et services remboursables et elle fixera le niveau des remboursements, en déterminant le niveau du ticket modérateur et du forfait hospitalier. Même encadrée par décret et pouvant être censurée par le ministre compétent « *pour des motifs de santé publique* », cette compétence représente bien le niveau de la prise en charge des soins par la solidarité collective, compétence actuellement exercée par l'État. Les caisses assureront donc des fonctions particulièrement stratégiques puisqu'elles définiront, par exemple, le périmètre, des produits remboursables.

Cependant, comme pour la CNAMTS, le rôle du conseil de l'UNCAM reste limité, puisqu'il se bornera à voter des orientations ou à rendre des avis motivés. Ce conseil émane des conseils des trois caisses qui composent l'UNCAM : douze membres sont issus du conseil de la CNAMTS, trois sont issus du conseil de la Caisse des non-salariés non agricoles et trois du conseil de la Mutualité sociale agricole. Le directeur général de la CNAMTS est automatiquement directeur général de l'UNCAM ; c'est lui qui est chargé de négocier et de signer l'ensemble des accords conventionnels avec les professions de santé. Or, le directeur général est nommé par décret en Conseil des ministres, le conseil de la CNAMTS ne pouvant s'y opposer qu'à la majorité des deux tiers, ce qui est difficilement atteignable en raison de la composition d'inspiration paritaire de ce conseil. Cependant, le directeur général pourra, en théorie, disposer d'une certaine indépendance puisque, nommé pour cinq ans, il ne peut être démis de ses fonctions qu'après avis favorable du conseil de la CNAMTS à la majorité, là aussi, des deux tiers. Il pourra donc être difficilement révoqué, mais, s'il souhaite être reconduit pour un autre mandat, il ne pourra naturellement s'opposer à l'État. Ainsi, le pouvoir des partenaires sociaux ne semble être que négatif en ce qui concerne la nomination du directeur général : s'opposer à sa nomination où s'opposer à son renvoi.

Au total, la réforme se caractérise donc plutôt par une diminution du rôle effectif des partenaires sociaux, malgré l'apparence d'une meilleure prise en compte de la subsidiarité. La gestion des caisses est largement transférée aux cadres de la Sécurité sociale, sous l'autorité d'un directeur général nommé par l'État. La recherche de l'équilibre financier et la définition du niveau des prestations, qui incombent traditionnellement à l'État mais dont celui-ci a souhaité à plusieurs reprises transférer la charge aux partenaires sociaux, sont

² Treize représentants des employeurs, treize représentants des salariés, trois représentants de la mutualité française et six représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie (usagers).

transférées aux caisses, en particulier à l'UNCAM : elles seront de fait des compétences exercées par le directeur général, qui mettra cependant en oeuvre les « orientations » du conseil. Parallèlement, les caisses et les partenaires sociaux n'ont pas de capacité d'action sur les prélèvements, qui restent de la responsabilité exclusive du gouvernement et du Parlement.

Dans le domaine du système de soins, les partenaires sociaux avaient acquis un rôle majeur, puisque le président du conseil d'administration de la CNAMTS pouvait négocier des conventions avec les professionnels de santé. Là aussi, la réforme renforce le rôle du directeur général. C'est d'ailleurs ce qu'a reconnu, dès son élection en novembre 2004, le nouveau président du conseil de l'UNCAM, Michel Regereau : « *Mon action doit s'inscrire dans le cadre de la nouvelle gouvernance, qui a confié [au directeur général] de larges compétences opérationnelles* ». ³

L'application du principe de subsidiarité au régime d'assurance maladie signifierait que les partenaires sociaux et les usagers définissent le niveau des prélèvements et des prestations et assurent leur équilibre. Ils exercent ces compétences dans le cas des régimes de chômage ou de retraite complémentaire. Cette « *démocratie sociale* », plutôt que politique, ne se retrouve guère dans la réforme d'août 2004, puisque les partenaires sociaux et les usagers définissent des orientations et que le véritable « *homme fort* » du système est un directeur général nommé par l'État.

Commentaire de Lutte de classe.

Depuis au moins 1967, la gestion de la Sécu par les syndicats ouvriers est un mythe savamment entretenu sous couvert de collaboration de classes. La preuve ci-dessous.

Au-delà du baratin sur la capacité des « *partenaires sociaux* » à peser sur les décisions de la CNAMTS, on s'aperçoit que la composition de son conseil, dans lequel les représentants de l'État et des patrons sont majoritaires, rappelle étrangement celui de l'Organisation International du Travail dont je vous rappelle l'article 7 de sa constitution :

Conseil d'administration –

1. Le Conseil d'administration sera composé de cinquante-six personnes :

Vingt-huit représentant les gouvernements,

Quatorze représentant les employeurs,

Quatorze représentant les travailleurs.

**42 voix pour le camp du capital contre 14 pour celui du travail : question : qui est l'otage de l'autre ?
A qui profite le crime ?**

(Le texte intégral de la constitution de l'OIT est disponible sur Internet)

Et dans le cas de la CNAMTS :

Treize représentants des employeurs,

Treize représentants des salariés,

Trois représentants de la mutualité française et six représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie (usagers).

**22 voix pour le camp du capital contre 13 pour celui du travail : question : qui est l'otage de l'autre ?
A qui profite le crime ?**

Bien entendu les dirigeants syndicaux et leurs partenaires des partis politiques issus du mouvement ouvrier trouvent tout à fait normal de siéger dans ce genre d'organismes ou finalement ils collaborent avec l'Etat et

³ *Impact medecine*, Paris, 10 novembre 2004.

les patrons.

Ne faut-il pas rompre impérativement et sans délais avec cette pratique détestable quand on prétend avoir une politique **indépendante** de l'État et des patrons, je ne parle même pas sur le plan financier ? Cette question s'adresse direction aux dirigeants du PT.