Les Possibles — No. 12 Hiver 2016

La Sécu et les mutuelles

mardi 21 février 2017, par André Grimaldi

François Fillon a affirmé clairement dans son programme qu'il faut :

1. « *redéfinir les rôles respectifs de l'assurance maladie et de l'assurance privée, en focalisant l'assurance maladie notamment sur les affections graves ou de longue durée* » ;
2. « *introduire une franchise médicale universelle, fonction des revenus dans les limites d'un seuil et d'un plafond, le reste à payer étant pris en charge par les assurances complémentaires* », c'est-à-dire, en bon français, mettre fin à la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale de 10 millions d'assurés ayant des affections de longue durée (ALD).

Ce faisant, il a certes commis une gaffe de communication, mais il n'a rien inventé. Il a seulement anticipé le mouvement actuel de privatisation de la santé auquel François Hollande a apporté sa contribution en créant la complémentaire santé obligatoire d'entreprise subventionnée par l'État (ANI) et en promettant, dans son discours de Juin 2015 au 41e congrès de la Mutualité, la généralisation de la complémentaire, mettant ainsi fin au principe mutualiste de « l'assurance libre et volontaire ».

En effet, si on veut diminuer la dépense publique de santé pour répondre aux exigences du pacte budgétaire européen, il suffit de la privatiser ! Le « mécano » du transfert avait été mise en place en 2004 par la création de l'UNOCAM (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, alliant mutuelles, instituts de prévoyance et compagnies d'assurances à but lucratif) pour faire pendant à l'UNCAM et laisser entendre que la solidarité repose sur deux piliers, l'un pouvant compenser l'autre. Ainsi, Nicolas Sarkozy proposait lors des primaires de la droite et du centre, de diminuer de 3 points le taux de remboursement par la Sécu, soit 6 milliards de transfert aux complémentaires. François Fillon allait beaucoup plus loin. Il ne proposait pas de faire des économies dans les dépenses de santé en supprimant des rentes payées par la Sécu aux industriels et aux prestataires de la santé ou en améliorant la pertinence des prescriptions et des actes médicaux. Il souhaitait seulement transférer les 20 milliards de dépenses de la Sécurité sociale pour les soins courants (hors hospitalisation et hors ALD) aux assurances privées complémentaires.

Or, les complémentaires sont moins justes et plus chères que la Sécurité sociale. Le rapport de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de septembre 2016, constate que « *les pratiques tarifaires des mutuelles en individuel (soit 34,6 millions de contrats individuels) semblent se rapprocher, ces dernières années, de celles des sociétés d'assurances, sans doute en raison de la pression concurrentielle. La tarification en fonction des revenus est ainsi en retrait (29 % des personnes couvertes par des mutuelles en 2013 contre 37 % en 2006)* ». En effet, depuis les années 1990, sous l'impulsion de René Teulade, président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) de 1979 à 1992, puis ministre des affaires sociales de 1992 à 1993, la mutualité a accepté, non sans débat, de souscrire aux directives européennes de l'assurance en acceptant de modifier en conséquence le code la mutualité. Elle a accepté notamment la libre concurrence avec les compagnies d'assurances. D'où le recul des mutuelles en matière de solidarité, se traduisant par la modulation des tarifs en fonction du risque (notamment pour les plus de 70 ans) et l'accroissement des frais de gestion (comprenant les coûts de publicité induits par la concurrence…). En 2014, ceux-ci atteignaient 19 % du montant des cotisations versées pour les mutuelles (24 % pour les sociétés d'assurance et 15 % pour les instituts de prévoyance) contre 6 % pour la Sécurité sociale. Depuis, la dérive continue, éliminant les petites mutuelles de proximité « militantes » attachées aux valeurs mutualistes historiques et transformant progressivement les grandes mutuelles en sociétés d'assurance à but non lucratif grâce à un processus de concentration/fusion permanent, dans l'espoir de contenir les sociétés d'assurances à but lucratif qui gagnent du terrain. Elles sont d'ailleurs rejointes sur le marché de la santé par les nouvelles complémentaires santé créées par des banques. Thierry Beaudet, le nouveau président de la FNMF, ne dit pas un mot de cette évolution de la mutualité, dans sa réponse publiée par le journal *Le Monde* (24 janvier 2017) à la tribune de Martin Hirsch et Didier Tabuteau (15 janvier 2017) prenant position pour une assurance maladie universelle. Le président de la mutualité reprend l'antienne de la droite libérale sur le trop d'État : « *Un État omniprésent et compartimenté, tant l'on compte d'administrations, d'agences, de structures, de directions toutes chargées d'un poste de dépense, d'une question de santé spécifiques* ». Cette critique prête à sourire venant du représentant de 500 mutuelles différentes, bénéficiant de 6 milliards d'aides fiscales et sociales de l'État, pour l'accès à la complémentaire santé (rapport de l'IGAS 2015). Quant à l'argument avancé du « trou de la Sécu » alors que les complémentaires sont, elles, à l'équilibre, il laisse rêveur quand on sait que pour être à l'équilibre, il suffit aux mutuelles

d'augmenter chaque année le montant de leur prime et que la Sécu serait de même à l'équilibre si on augmentait les cotisations et/ou la CSG ! Mais quelle est la proposition nouvelle de T. Beaudet ? On la cherche en vain dans sa tribune. On sait seulement que les assurances complémentaires, toutes réunies dans l'UNOCAM, souhaitent créer, selon le modèle américain, des réseaux de soins concurrentiels par conventionnement sélectif des professionnels et adhésion contrainte des patients (est-ce ce que T. Beaudet appelle pudiquement « *contractualiser avec les professionnels et les usagers* » ?). Les professionnels y perdraient leur indépendance et les usagers une bonne part de leur liberté.

Reste que la poursuite du statu quo aboutirait inexorablement à la proposition de F. Fillon. En effet, si la Sécurité sociale rembourse en moyenne aujourd'hui 76,5 % des dépenses de santé, en réalité elle rembourse bien (à plus de 90 %) les dépenses pour les maladies graves et de longue durée, mais mal (à moins de 50 % en moyenne) les frais pour les soins courants et beaucoup moins encore pour les soins dentaires, d'optique et d'audition. Et ce différentiel ne cesse de s'accroître avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques. Si bien que, pour les membres des classes moyennes bien portants, la devise de la Sécu « vous payez en fonction de vos moyens, vous recevez en fonction de vos besoins » est de moins en moins vraie. Ces personnes paient en effet deux fois : une fois la Sécu pour la solidarité et une fois leur mutuelle pour eux et leur famille. Recevant de moins en moins de la Sécurité sociale, et payant de plus en plus leur assurance privée, ils finiront inévitablement par exiger la fin du monopole de la Sécurité sociale. La Sécu devenant une assurance réservée aux pauvres et aux personnes très malades se transformerait rapidement en une pauvre assurance très malade. C'est pourquoi D. Tabuteau et M. Hirsch proposent une « Sécurité sociale intégrale » mettant fin au système dual actuel instauré en 1945, avec deux payeurs pour un même soin. On économiserait ainsi les 6,8 milliards de frais de gestion des complémentaires venant s'ajouter inutilement aux 7 milliards de frais de gestion de la Sécu. Aussitôt, certains y ont vu la volonté d'étatiser le service de santé sur le modèle anglais avec son risque de rationnement des soins. Pourtant, financement n'est pas gestion. Et il est essentiel de maintenir la Sécurité sociale comme « bien commun » ne devant être ni étatisé, ni privatisé. Cela a, à mon sens, les implications suivantes :

- Ses recettes (cotisations, impôts, taxes) doivent être dédiées à la santé sans que le pouvoir politique puisse les utiliser à d'autres fins et sans qu'elles soient confondues avec les recettes de l'État.
- Sa gestion doit relever d'une cogestion entre l'État, les partenaires sociaux, les usagers (dont les associations de patients) et les professionnels de santé (dont les syndicats professionnels).
- Ses dépenses doivent couvrir un panier de soins et de prévention solidaire. Les prestations relevant de choix personnels qui n'en font pas partie, sont à financer par les personnes, soit directement, soit par l'intermédiaire d'assurances supplémentaires (et non plus complémentaires). La délimitation du panier de soins et de prévention solidaire doit être fixée par la représentation nationale après un débat national de démocratie sanitaire impliquant les usagers et les professionnels.
- La règle éthique est le juste soin pour chacun au moindre coût pour la collectivité.
- Le budget de l'assurance maladie doit être adopté par l'Assemblée nationale et donner lieu, en cas de dépassement, à un équilibre automatique des comptes l'année suivante, soit par l'augmentation des recettes, soit par la révision des dépenses (ou par les deux).

Cette proposition d'assurance universelle supprimerait les assurances complémentaires, mais pas les assurances supplémentaires, car les besoins de santé définie par l'OMS « comme un sentiment de bien-être physique, psychologique et social » sont pratiquement infinis. Les besoins de santé pris en charge par la Sécurité sociale ne peuvent donc être que médicalement validés et socialement acceptés.

Ce projet de la « Sécurité sociale intégrale » représente un grand bond en avant, supposant un rapport de force comparable à celui de 1945. Nous en sommes assez loin.

Une proposition permet cependant de répondre aux objections de la droite et de la gauche libérales **: pourquoi ne pas permettre à ceux qui le souhaitent de choisir la Sécurité sociale comme complémentaire ?** Ainsi la Sécu serait l'assurance maladie obligatoire (AM0) pour tous et l'assurance complémentaire (AC) pour ceux qui le souhaitent, moyennant une cotisation supplémentaire. C'est déjà le cas pour la CMUc et c'est en partie le cas pour le régime d'assurance maladie d'Alsace et Moselle ? Au nom de quel principe les libéraux, chantres du libre choix du consommateur, refusent-ils d'offrir aux citoyens cette possibilité, plus juste et moins coûteuse ? Le principal obstacle politique me semble relever de conflits d'intérêts. Pour défendre la Sécu, il faut à la fois reconquérir sa gestion en la modernisant et lui permettre de gagner du terrain sur les assurances privées complémentaires dont les mutuelles ne sont plus qu'un nom rappelant les valeurs d'un monde disparu !