

L'assurance-maladie universelle en questions

Parmi les plus performants du monde, le système français de santé n'arrive pourtant plus à compenser les inégalités. La Sécurité sociale a vu son rôle marginalisé au profit des complémentaires, dont les coûts de gestion et de publicité explosent. Et si on en revenait au « tout-Sécu » ?

Dans le système de santé français actuel, le remboursement des soins implique deux acteurs : la Sécurité sociale et les complémentaires santé, dont le poids s'accroît. Certes, la ministre de la santé Marisol Touraine estime que « *la prise en charge par la Sécurité sociale a augmenté continûment depuis 2012, [puisqu'elle] atteint 78 %* ». Les malades sont en effet remboursés à 100 % (dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale) pour les affections de longue durée, dont le nombre ne cesse de grandir, et à 90 % pour les soins hospitaliers. Mais, pour les dépenses courantes, telles que les visites chez le médecin traitant ou chez un spécialiste, qui sont le lot ordinaire des Français, on tombe au-dessous de la moitié. Les mutuelles et les compagnies d'assurances compensent plus ou moins bien, en fonction du type de contrat. Il reste 8,5 % des frais en moyenne (le double pour les médicaments) à la charge des patients.

Candidat de droite (Les Républicains) à l'élection présidentielle, M. François Fillon, a suggéré que la Sécurité sociale se contente de rembourser les gros risques et de prendre en charge les Français les plus pauvres. Le socialiste Benoît Hamon veut étendre le champ des mutuelles. MM. Jean-Luc Mélenchon (La France insoumise) et Philippe Poutou (Nouveau Parti anticapitaliste, NPA) proposent, eux, d'intégrer les mutuelles dans la Sécurité sociale et de tout rembourser à 100 %. Dans une tribune publiée par *Le Monde*, M. Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), et M. Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé à Sciences Po, ont eux aussi avancé cette solution.

La Sécurité Sociale, une assistance ou un droit ?

Ce système, à bout de souffle, conduit entre 21 et 36 % des Français à renoncer aux soins pour des raisons financières. Derrière ces statistiques, il y a des enfants sans lunettes alors qu'ils en auraient besoin (ce qui entraîne parfois un retard scolaire) ; des dents qu'on arrache au lieu de les soigner ; des bronchites négligées qui dégénèrent, des personnes âgées qui s'isolent de plus en plus faute d'appareil auditif... On sait que les renoncements d'aujourd'hui font les grosses pathologies de demain, et donc des frais supplémentaires pour la Sécurité sociale.

(...)Voilà trente ans que les gouvernements (de droite comme socialistes) appellent à la baisse des dépenses, et trente ans qu'elles continuent d'augmenter. Et pour cause : la natalité se maintient à un bon niveau, la population augmente, on vit plus longtemps, la médecine avance. Un malade du HIV-sida mourait rapidement il y a vingt ans ; il vit aujourd'hui grâce à la trithérapie. Évidemment, cela coûte plus cher... Faut-il le regretter ?

Ce que veulent nombre de candidats, en réalité, c'est réduire les dépenses socialisées dans le cadre de la Sécurité sociale et accroître celles qui dépendent des contrats (individuels ou collectifs) négociés avec les complémentaires santé. (...) Or ce basculement de la protection sociale vers les complémentaires n'est neutre ni idéologiquement, ni médicalement, ni socialement, ni même économiquement. En effet, sur 100 euros de cotisations reçues par les complémentaires, 15 à 19 % partent en frais de gestion (et de publicité), contre 4 à 5 % pour la Sécurité sociale. (...)

Socialement, les complémentaires s'avèrent également plus inégalitaires. Certes, 95 % de la population en dispose désormais. Mais le nombre ne fait pas grand chose à l'affaire, car, à la différence des cotisations sociales, les primes à payer varient en fonction de l'âge, de la situation de famille, du statut (retraité, auto-entrepreneur, salarié...), tandis que les prestations dépendent du type de contrat. Tout le monde n'est pas logé à la même enseigne.

Ce double étage de la protection sociale (Sécurité sociale et mutuelle) existe depuis la naissance de la « Sécu », en 1945. À l'origine, le Conseil national de la Résistance (CNR) se proposait d'instaurer, indépendamment de la situation professionnelle, « *un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec une gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ».

Le ministre communiste Ambroise Croizat et le haut fonctionnaire gaulliste Pierre Laroque, fondateurs de l'organisme public, ont dû affronter plusieurs opposants : le patronat, qui, bien qu'affaibli, essayait de limiter l'étendue des dégâts ; les médecins, qui ne voulaient pas que l'on encadre leur liberté de s'installer ou de fixer leurs tarifs ; les mutuelles, qui existaient bien avant la guerre et voyaient d'un mauvais œil l'arrivée de l'État — et, parfois, de la classe ouvrière.

Les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945 portant la Sécurité sociale sur les fonds baptismaux sont donc le fruit d'un compromis : elles garantissent les droits des salariés et de leurs familles — certains professionnels restant en dehors (commerçants, agriculteurs, professions libérales) ou gardant leur propre caisse (cheminots, électriciens, etc.) — et elles admettent le principe d'un ticket modérateur, non remboursé par l'assurance-maladie, tout en envisageant de le voir s'éteindre (art 49). Un an et demi plus tard, le 17 mars 1947, est instaurée une loi qui vise explicitement à modifier l'ordonnance du 4 octobre 1945 « *dans l'intérêt de la mutualité française* ». On ne saurait être plus clair. « *Dans la bataille menée par les mutuelles, celles-ci remportent une victoire — qui sera aussi une victoire des assurances lorsqu'elles pourront assurer la protection complémentaire santé* », note M. Tabuteau. Les conséquences ne se mesureront que bien plus tard.

Il reste que, politiquement et socialement, la création la Sécurité sociale marque une rupture avec les siècles passés. Elle définit des droits articulés autour de quatre solidarités indissociables : entre les plus aisés et les plus pauvres, mais aussi entre les bien-portants et les malades, entre les actifs et les retraités, entre les ménages avec enfants et ceux qui n'ont pas. C'est ce qui fait sa force. De plus, elle instaure un système démocratique inédit : l'élection par les assurés eux-mêmes des conseils d'administration, qui comprennent deux tiers de représentants des salariés.

Les gouvernements successifs s'attacheront à miner ces deux caractéristiques fondamentales. Du côté des soins, on va assister à une baisse continue des prestations : instauration du forfait hospitalier ; déremboursement des médicaments dits « de confort », dont la liste ne cessera de s'allonger (on parle maintenant de médicaments « à faible efficacité ») ; forfait pour les consultations médicales ; non-relèvement des forfaits pour les lunettes et les soins dentaires ; etc. En 1978, Raymond Barre met en place un *numerus clausus* pour réduire le nombre de soignants, ce qui va conduire à la pénurie. Deux ans plus tard, il instaure le secteur 2, qui donne toute liberté aux médecins de fixer leurs tarifs tandis que les assurés demeurent remboursés sur la base antérieure : 10 % des médecins généralistes, 40 % des spécialistes ont basculé dans ce secteur (plus de 70 % des nouveaux spécialistes y adhèrent désormais). Un marché s'ouvre alors pour les complémentaires qui vont — au moins partiellement — rembourser ces dépassements (8 milliards d'euros en 2015).

Références :

Le Monde Diplomatique , avril 2017, dossier « France : paysage avant la bataille électorale »
le dossier Solidarité et Santé sur le renoncement aux soins : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss66.pdf>

le dossier sur la complémentaire santé : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/oc2016.pdf>