

Face au(x) trou(s) (du cul) de la Sécu

À peine débutent les débats autour d'une « Grande Sécu » qu'Éric Chenut, président de la Mutualité française, tenait à rappeler dans l'*Express* que « ce projet de Grande Sécu ne règle en rien le trou abyssal de l'Assurance maladie ». Rico, t'as loupé une occasion de te taire...

Ronan Jégot

Médecin généraliste

Mi-janvier 2022, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) publiait un rapport présentant quatre pistes d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires dans le remboursement des soins. Parmi ces scénarios, l'un propose l'extension de la première à 100 % du panier de soins, c'est-à-dire une assurance maladie obligatoire et universelle prenant en charge les frais de santé en totalité. Il n'en fallait pas plus pour que la sempiternelle ritournelle sur le trou de la Sécu vienne laver à grandes eaux les esprits « pas assez pragmatiques ». Plutôt que de contempler les libéraux déverser leur fiel en espérant qu'ils s'en étouffent, peut-on leur opposer arguments de raison ?

De quoi parle-t-on au juste ?

Le trou de la Sécu désigne souvent le déficit annuel de la Sécurité sociale qui oscillait aux alentours de cinq milliards d'euros chacune de ces dix dernières années, jusqu'au « bond » de 2020 : quarante milliards. Ce déficit est la somme des comptabilités des différentes branches de la Sécurité sociale (assurance maladie, retraites, allocations familiales, accidents du travail), mais l'argument est volontiers repris s'agissant en particulier de l'Assurance maladie, car c'est celle-ci qui concentre la majorité de ce déficit, les autres branches étant globalement « à l'équilibre » en comparaison. Pour certains, « trou de la Sécu » désigne parfois le déficit annuel de la seule branche Assurance maladie, c'est selon...

Chaque année, le déficit de la Sécurité sociale vient alimenter la dette sociale (166 milliards en 2021), qui elle-même diminue à mesure que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) la rembourse grâce à la perception de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), d'une petite partie de la Contribution sociale généralisée (CSG) et de fructueuses opérations sur les marchés financiers. Enfin, si la CADES venait à ne plus pouvoir assumer la dette sociale, l'État en reste responsable et récupérerait la patate chaude, en dernier recours. La réalité est un peu plus complexe, mais comme ça

commence à devenir imbuvable, nous nous arrêtons là pour dire que certains utilisent aussi « trou de la Sécu » comme synonyme de dette sociale, et nous notons que les arrières de notre jeune étudiant précaire sont assurés par un garant fortuné.

Et, c'est grave ?

Non, ce n'est pas grave du tout, absolument pas ! (d'ailleurs, on en rira tous dans trois pages). À l'instar des discours sur la dette publique des États, la présentation du trou de la Sécu par ceux qui n'ont cessé de crier au loup s'appuie sur une comparaison fallacieuse entre institutions publiques et entreprises privées. Ces dernières, quand elles multiplient les exercices comptables négatifs, finissent par faire défaut ou faillite, donc on conclut naïvement que la faillite guette l'ensemble du système de santé, CQFD. Or, si l'Assurance maladie a subi un déficit de 13 % en 2020, les hôpitaux n'ont pourtant pas fermé leurs portes à la mi-novembre, les travailleurs du soin ont continué à être payés et les patients remboursés. Aussi, l'Assurance maladie est en déficit depuis vingt ans, et toujours pas de trace de Bernard Tapie ni de son « euro symbolique » pour nous remettre l'entreprise à flot...

Bref, soit il y a création monétaire dans les sous-sols des Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM), soit quelqu'un a provisionné les comptes de la Sécu. Comme les CPAM n'impriment pas des billets, mais des cartes Vitale, c'est la deuxième hypothèse qui est la bonne et ça s'est passé selon la combine vue plus haut (transfert des déficits à la CADES, puis remboursement de la dette grâce à la CRDS, etc.). Le budget est bouclé, donc le financement est là (on l'a vu, tout est payé), il suffit de le mettre dans la case recette et le « trou » sera comblé. Nous nous trouvons donc devant un problème pas tant pratique que comptable. Nous allons donc voir comment l'assèchement organisé des recettes de la Sécu confronté à une demande de soins croissants vient servir une volonté politique de privatisation.

Le tournant des années quatre-vingt-dix, ou de la nécessité de ne surtout pas augmenter les cotisations...

Ici, il faut faire un peu d'histoire...

Créée en 1945, la Sécurité sociale est un organisme de protection sociale qui assure la quasi-totalité des risques sociaux en France (nous l'avons vu plus haut : la maladie, la retraite...). Elle est financée par un système de cotisations, un pourcentage du salaire, directement prélevé sur celui-ci et redistribué aussitôt (en pension de retraite, allocation familiale, remboursement de soins...). Il faut bien distinguer la Sécurité sociale de l'État qui, à l'origine, n'a pas voix au chapitre quant au montant des cotisations et à l'affectation de celles-ci. La gestion des caisses de Sécurité sociale est historiquement assurée par les représentants syndicaux des travailleurs (majoritaires à 75 %) et du patronat (25 %). Restreinte à sa création, la Sécu prend rapidement de l'ampleur, et son budget dépasse vite celui de l'État (de nos jours, le budget de la protection sociale est d'environ 700 à 800 milliards d'euros dont la majorité est gérée par la Sécu, versus 400 milliards d'euros pour le budget de l'État).

En 1967, la situation évolue selon un modèle dit « paritaire », les représentants se partageront chacun 50 % des voix, car, c'est bien connu, il y a environ un salarié pour un patron en France... En parallèle, les directeurs ne sont plus élus par les représentants syndicaux, mais nommés par le gouvernement. Tout ça pour dire que, petit à petit, l'État assure un contrôle croissant sur une Sécurité sociale initialement conçue et gérée par les travailleurs, car il ne fait pas bon laisser cette manne financière entre les mains de gens de peu (sinon, ils font rien qu'à acheter tous les écrans plats, et nous, on fait comment pour regarder CNews?). Parallèlement, la CSG est créée (1991) et monte petit à petit en puissance à mesure que s'érodent les cotisations à proprement parler. L'opération peut sembler anodine, car le prélèvement change juste de ligne sur la fiche de paie, mais le montant reste le même. Cependant, la CSG n'est pas une cotisation, mais un impôt (il porte sur tous les revenus et non seulement ceux issus du travail) et, à ce titre, la Sécu ne peut pas la collecter directement. Légalement parlant, c'est donc l'État qui est le percepteur de la CSG et qui en choisit l'allocation. Bien entendu, il s'engage alors à reverser la totalité à la Sécu. On s'est serré la main, « promis, juré, craché ».

Ce pouvoir grandissant de l'État va, à partir des années quatre-vingt-dix, permettre à la droite socialiste d'imposer une orthodoxie budgétaire au nom du sacrosaint « coût du travail », qui ne sera plus contestée par la suite. On observe un gel du taux de cotisation (au sens cotisation + CSG) et la multiplication des mesures d'exonérations de cotisations (les fameux « allègements de charges » chers à Dominique Seux, et qui portent les doux noms de « CICE », « Pacte de

responsabilité »...). Dans ce dernier cas, l'État provisionne les comptes de la Sécurité sociale du manque à gagner dû aux exonérations (alors là, vraiment promis!).

... achoppant avec la dynamique des dépenses de santé

Avec la création de la Sécurité sociale, les dépenses de santé vont aller croissant. Ça n'est pas qu'on gaspille, non, c'est juste que la majorité des gens trouvent intéressant de pouvoir se soigner quand ils en ont la possibilité. C'est une réalité difficile à appréhender tant qu'on n'a pas un grand papy né dans les années vingt pour raconter son histoire, mais à l'époque, quand on tombe malade, parfois on meurt, souvent on fait faillite, et ce beaucoup plus souvent qu'aujourd'hui. La Consommation de soins et de bien médicaux (CSBM qui rassemble dépenses hospitalières, les consultations de médecins, sages-femmes, dentistes, le remboursement des médicaments...) passe de 2,5 % du PIB en 1950 à 9 % de nos jours, et c'est la Sécu qui finance la plupart de ces dépenses (de 50 % en 1950, jusqu'à 80 % en 1980, taux resté constant depuis).

Les facteurs de croissance des dépenses de santé sont, au premier rang, le vieillissement de la population, le niveau de vie de la population/la richesse nationale (une fois qu'on a créé suffisamment de richesse pour se nourrir, se loger et se chauffer, la santé devient un poste de dépense prioritaire), le progrès technique et enfin l'organisation du système de soins (dont l'assurance santé). Au sein des pays les plus riches, la France et sa Sécurité sociale ne font pas figure d'exceptions, la Dépense courante de santé (DCS, le total des dépenses de santé, c'est-à-dire la CSBM + quelques autres trucs) représente 11 % du PIB, soit un taux comparable aux pays... comparables (entre 10 et 12 %). Seule exception à cette tautologie, les États-Unis consacrent 17 % de leurs richesses à un système de santé pourtant bien moins efficace.

Les libéraux de tous bords ont donc tôt fait d'accuser la Sécu d'être responsable de cette envolée des dépenses, d'entraîner le gaspillage des ressources par des assurés économiquement opportunistes voulant profiter au maximum des remboursements de l'Assurance maladie. Or, on ne se fait pas prescrire une chimiothérapie pour la simple raison qu'elle est prise en charge à 100 %, mais plutôt parce qu'on a un cancer. Ceux-ci oublient donc à dessein qu'on ne consomme pas les soins de nos jours parce qu'ils sont gratuits, mais qu'on y renonçait hier parce qu'ils étaient payants et trop chers (toujours le grand papy). On peut faire le choix de ne consacrer que 2 % de notre PIB à la santé, comme nombre de pays, mais on y gagnera une espérance de vie avoisinant les 60 ans. Si l'on affecte 11 % de la richesse nationale à la santé, on achète de la sorte bien des années de vie

supplémentaires et un vieillissement en bonne santé, notamment en solvabilisant les plus pauvres et les plus malades. À ce titre, les dépenses de santé sont l'un des témoins du développement d'un pays, et l'on peut même, à certains égards, souhaiter qu'elles aillent croissant si tant est que la dépense supplémentaire se traduise par une amélioration des soins.

Il faut donc, aux éditorialistes interrogeant « La Sécu coûte-t-elle trop cher ? », opposer la vraie question « La santé coûte-t-elle très cher ? » Sans aucun doute, la réponse est oui. La santé coûte très cher et la Sécu ne fait rien d'autre que d'en rendre le prix abordable pour tous.

Et l'équilibre budgétaire dans tout ça ?

On commence à voir le fond du problème, des dépenses de santé qui croissent pour des raisons indépendantes de la Sécu d'un côté, et l'augmentation des ressources de celle-ci verrouillée par les gouvernements successifs de l'autre.

À titre d'exemple, de 2006 à 2017, les dépenses de santé croissent de 31 % en France. Dans le même temps, le taux de cotisation (CSG + cotisation) est resté (presque) fixe (21,05 %, 21,09 % à partir de 2016), les recettes n'ont donc augmenté qu'à mesure que les revenus ont augmenté : + 24 % sur la même période. Comment cela a été rendu possible ?

Dans les premières décennies d'existence de la Sécu, les dépenses de santé à venir sont évaluées à la louche et un taux de cotisation est fixé en conséquence. En fin d'exercice, si le bilan est déficitaire, le taux de cotisation est revu à la hausse pour rattraper ce déficit l'année suivante, si c'est l'inverse, le taux de cotisation est abaissé ou gardé constant, et si c'est pile à l'équilibre, les élus syndicaux repartent avec la vitrine du « Juste Prix ». Rebelote l'année suivante. Le bilan comptable est donc une alternance d'années déficitaires et excédentaires, sans jamais accumuler de déficit plus de quelques années de suite. Le taux de cotisation augmente petit à petit, passant de 13 % en 1950 à plus de 21 % au début des années quatre-vingt-dix, et permettant la formation d'un système de santé digne de ce nom en France (recul de la mortalité infantile, augmentation de l'espérance de vie, création d'hôpitaux...).

Volontairement, ce mode de financement vertueux est mis à mal par le tournant libéral qui s'impose à la fin du XX^e siècle (on se souvient de la nécessité de limiter le « coût du travail »). À partir des années quatre-vingt-dix, les déficits ne sont donc plus épongés par une augmentation du taux de cotisation et s'accumulent, il est urgent de créer la CADES (1996) pour réduire cette dette que l'on va financer grâce à... une nouvelle cotisation : la CRDS !

Ou comment, pour éviter d'augmenter les cotisations, on en crée de nouvelles, mais qui ne seront plus comptabilisées dans le budget de la Sécu, là est la clé.

On s'accroche, c'est bientôt la fin !

De 2015 à 2019, la Sécu est déficitaire :

- 10,2 milliards d'euros en 2015,
- 7 milliards d'euros en 2016,
- 4,8 milliards d'euros en 2017,
- 1,4 milliard d'euros en 2018,
- 1,7 milliard d'euros en 2019.

De 2015 à 2019, la CADES rembourse 74,7 milliards d'euros, principalement grâce à deux ressources, la CRDS et une petite partie de la CSG même si on avait promis... respectivement :

- 6,8 et 6,1 en 2015, soit 12,9 milliards d'euros,
- 6,8 et 6,1 en 2016, soit 12,9 milliards d'euros,
- 7,2 et 7,9 en 2017, soit 15,1 milliards d'euros,
- 7,4 et 8,2 en 2018, soit 15,6 milliards d'euros,
- 7,6 et 8,6 en 2019, soit 16,2 milliards d'euros.

Transférons maintenant les cotisations citées à la Sécu :

- en 2018 + 14,2 milliards d'euros...
- en 2019, La Sécu boucle son bilan, et est même excédentaire de 14,5 milliards d'euros.

On a donc deux grilles de lecture : l'une, conventionnelle, où la Sécu est en déficit et heureusement, la CADES est là pour lui porter secours et combler ce trou, l'autre, où la Sécu est excédentaire et rembourse sa dette à belle allure. Ces perspectives décrivent la même réalité, tout dépend du point de vue que l'on adopte.

À qui profite le crime ?

Les bonnes vieilles recettes de mamie Margaret

- 1– Prenez un service public.
- 2– Asséchez ses ressources.
- 3– Criez à la dette et à la mauvaise gestion.
- 4– Laissez reposer quelque temps et accordez-vous une pause bien méritée, profitez-en, par exemple, pour applaudir comme de gros fayots à 20 heures.
- 5– Faites réduire les prestations et... c'est prêt ! Vous n'avez plus qu'à les servir à des acteurs économiques privés plus raisonnables !

Le trou de la Sécu est l'arbre qui cache la forêt de la privatisation

Ces attaques répétées au sujet de la Sécu n'ont en effet qu'un seul but, la privatisation. Il est fréquent que derrière ces propos se cachent des acteurs de l'assurance privée ou certains de ses laudateurs. L'argument comme quoi une Sécu en déficit devrait lâcher du lest peut faire mouche chez qui n'a pas lu les pages précédentes et, dans ce cas, qui mieux que les complémentaires santé (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) pour assurer au mieux cette mission ?

Eh bien non, sûrement pas elles.

Il faut comprendre que, en définitive, ce sont toujours les assurés qui payent les soins. Les différents types d'assurances (au sens large, Sécu comme complémentaires santé) n'agissent que comme payeurs intermédiaires, mais se financent par les assurés. En ce sens, l'assurance en santé n'opère qu'un transfert de financement entre assurés et sa performance ne peut être évaluée qu'à ce titre. Suivons Claude pour voir ça de plus près :

Il consulte son médecin généraliste, et s'en tire avec la note de 25 €. Qui paie quoi ?

Claude a une complémentaire, le décompte va se faire comme suit : sur les 25 €, l'Assurance maladie rembourse 70 % soit 17,50 € et la complémentaire 30 % soit 7,50 €. Ah non ! Depuis 2008, il existe une « participation forfaitaire » d'un euro à chaque consultation, la Sécu ne remboursera que 16,50 € et Claude sort de sa poche un euro « responsabilisant ». Nous avons donc trois payeurs : la Sécu (16,50 €), la complémentaire (7,50 €) et Claude (1 €).

Plus généralement, en France en 2020, les soins (220 milliards d'euros) sont financés à hauteur de 79,8 % par la Sécu, 12,3 % par les complémentaires santé (CS) et 6,5 % par les ménages (Claude, vous et moi, à titre individuel). L'œil avisé verra que ça ne fait pas 100 %, car les derniers 1,4 % sont financés par l'État, mais on n'en parlera pas aujourd'hui, car ça complexifierait l'analyse sans rien y apporter au final.

Comment finance-t-on les assureurs privés ?

Les complémentaires santé tirent leurs revenus des primes d'assurance payées par leurs assurés. Généralement, le montant de ces primes est indépendant du revenu et du risque individuel (c'est-à-dire que Claude paye le même tarif, qu'il soit riche ou pauvre, diabétique ou bien portant) et Claude est ravi de constater que sa complémentaire vante la solidarité et l'humour (il pouffe en se remémorant cette publicité avec Chevallier et Laspalès), deux valeurs qui lui tiennent à cœur ! Ne tombe pas dans le panneau Claude ! Si l'on ne te demande pas ton dossier médical avant de signer, c'est que cette pratique est grosso modo interdite en France ! L'augmentation des tarifs à mesure que tu vieilliras viendra vite t'apprendre qu'assureur éthique a tout d'un oxymore, et regarde Françoise, ta voisine elle aussi sociétaire, qui a de mauvaises dents. Elle avait opté pour la formule « Dentaire personnalisée », un peu plus chère, mais qui rembourse mieux les couronnes sur lesquelles elle lorgne ! La tarification progressant avec l'âge et la multiplicité des contrats permettent donc de s'approcher de ton risque ! Claude, étonné de n'avoir pas su lire entre les lignes, reconsidère l'option « Vision+ »... En clair, les complémentaires santé pratiquent des ta-

rifs indépendants du revenu, mais finalement pas si indépendants du risque. On peut donc affirmer qu'il n'y aura pas de transfert des riches vers les pauvres, mais suspecter un certain transfert des biens portants vers les malades, c'est-à-dire que les primes de Claude vont aller financer les soins de l'hypertendu qui a le même âge que lui (et ce tant que les primes ne seront pas totalement dépendantes du risque).

Comment finance-t-on la Sécu ?

Nous avons vu plus haut que la Sécu tire ses ressources des cotisations sociales et de la CSG. Les cotisations et la CSG sont un pourcentage prélevé directement sur les salaires (cotisations) et les revenus (CSG). En clair, Claude, qui a une activité salariée voit, sur sa fiche de paie, deux lignes de prélèvements sociaux : une « cotisation d'Assurance maladie » et une « CSG ». À l'inverse Françoise, en tant que jeune retraitée, n'a qu'un prélèvement « CSG », car sa pension de retraite n'est pas un salaire, mais est tout de même un revenu.

Donc ces deux ressources proviennent respectivement des travailleurs salariés (pour les cotisations) et d'un peu tout le monde en ce qui concerne la CSG (travailleurs actifs, retraités, chômeurs...), donc des ménages encore.

Les cotisations sont totalement indépendantes du risque, mais proportionnelles aux revenus. Par ce biais, la Sécu constitue un transfert franc du financement des biens portants vers les malades, mais aussi des riches vers les pauvres. Claude, CSP+ en fin de carrière paye toujours pour l'hypertendu, mais aussi pour le travailleur au SMIC, ou même pire, le chômeur.

Et si Claude n'avait pas de complémentaire santé ?

Si Claude n'avait pas de complémentaire, il aurait dû payer les 7,50 € avec sa bourse, de la même manière que quiconque rentre dans une pharmacie sans ordonnance pour acheter une boîte de paracétamol le paie de sa poche. Pas d'assurance, pas de transfert.

Quels types de transferts sont souhaitables ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le but d'un système de santé est d'offrir traitement et prévention en santé à toutes personnes sans distinction. En France, la Déclaration universelle des droits de l'homme vient appuyer l'idée en revendiquant, pour toute personne, un « droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé ». Nous établissons alors comme postulat de base le fait que chacun doit pouvoir recevoir les soins qu'il nécessite, indépendamment de sa condition financière, et nous nous attacherons donc

à voir quel système d'assurance est le plus à même de garantir ce droit.

Si vous n'êtes pas d'accord avec ce postulat, inutile de lire la suite, et vous êtes attendus à la manif contre l'Aide médicale d'État.

En moyenne, en France, les dépenses de santé par individu (incluant les remboursements, mais aussi la formation des soignants, les indemnités, les subventions à la recherche...) représentent environ 350 000 euros sur une vie. Elles se concentrent essentiellement sur les deux-trois premières années de vie, et sur les vingt dernières. On constate rapidement que même le plus économe aura du mal à payer rubis sur l'ongle jusqu'à son dernier souffle et on ne commentera même pas le cas de ces profiteurs de bambins. Il faut donc des transferts des bien portants vers les malades, c'est indéniable, d'autant que la majorité des dépenses surviennent en dehors de la vie active, période où les revenus sont les plus importants et où l'on serait le plus apte à les augmenter en cas de besoin.

Autre exemple, si jamais un travailleur payé au SMIC se retrouvait, à la faveur d'une disparition de la Sécu, « soulagé » de ces charges qui pèsent tant sur notre compétitivité à l'international, nous pouvons douter qu'il arrive à mettre de côté ses 500 euros mensuels pour aborder ses vieux jours avec sérénité (et puis, on l'a déjà vu, il y aurait des écrans plats partout, c'est Jean-Mi qui a dit, et c'est mauvais pour les yeux, donc les dépenses risqueraient d'augmenter).

Pour respecter notre postulat, il faut donc qu'existent au moins deux types de transfert, l'un des biens portants vers les malades, l'autre des riches vers les pauvres, sinon pauvres et malades (qui sont souvent la même personne) ne pourront pas se soigner.

Quelle étendue des transferts ?

La traduction à travers l'indice de solidarité

L'indice de solidarité permet de quantifier les transferts dans un système d'assurance santé à travers le financement et la consommation de soins. Il est compris entre -1 et +1, le 0 étant le système égalitaire pur où il n'y aurait aucun transfert : les 10 % les plus pauvres financent 10 % de l'assurance et consomment 10 % des soins, les 30 % les plus riches financent 30 % de l'assurance et ont accès à 30 % des soins, etc.

L'indice de solidarité est positif si les ménages ayant le moins de revenus consomment plus de soins qu'ils n'en financent. Il traduit donc un transfert de revenu des personnes riches vers les pauvres, le corollaire étant que les personnes riches financent plus de soins qu'ils n'en consomment (à l'extrême, un indice à +1 traduirait la situation où la personne la plus riche finance tous les soins du plus pauvre).

À l'inverse, si l'indice de solidarité est négatif, le transfert de financement s'opère des pauvres vers les riches.

L'indice de solidarité est calculé par des gens forts en math à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), qui ont donc probablement des lunettes. Celles-ci sont vraisemblablement remboursées par une complémentaire, donc on ne va pas les accuser de conflit d'intérêts pro Sécu. On s'intéresse ici aux chiffres de 2017.

Constatant que les plus pauvres sont en général plus malades, et nécessitent donc plus de soins, il faut qu'existe un transfert des riches vers les pauvres avec un indice de solidarité de +0,03 pour respecter notre postulat disant que chacun doit pouvoir consommer des soins selon ses besoins.

En ce qui concerne le financement, nous prenons comme condition minimale que les inégalités de revenus ne soient pas modifiées après financement de l'Assurance maladie. En France, les 20 % les plus pauvres cumulent 8 % des revenus, les 10 % les plus riches captent 25 % des revenus, ces deux catégories doivent donc financer respectivement 8 et 25 % de l'assurance (Pierre gagne 1 000 euros et Paul gagne 10 000 euros, si Pierre finance 100 euros et Paul 1 000 euros, il leur reste respectivement 900 euros et 9 000 euros après paiement de l'assurance, les inégalités de revenus sont donc conservées, car il y a le même rapport de 1 à 10 avant et après financement de l'assurance). L'indice de solidarité doit être de +0,15 pour respecter cette condition.

Donc, dans notre monde pas si idéal, mais respectant une certaine équité, l'indice de solidarité doit être de +0,18 (l'addition des deux précédents).

En France, l'indice de solidarité du système de santé pris dans sa globalité est de +0,19 (tout juste l'objectif qu'on s'était fixé). La Sécu le tire vers le haut, avec un indice propre de +0,25, tandis que les complémentaires penchent vers un système égalitaire pur faisant fi des inégalités avec un indice de +0,01 seulement (mention « insuffisant + »).

Donc choisis ton camp camarade.

Un dernier pour la route !

Parce que c'est toujours un plaisir de parler frais de gestion...

Éric Chenut, que nous avons cité au tout début, a, c'est bien dommage, oublié de parler des frais de gestions des organismes dont il est le représentant. En effet, lorsqu'une mutuelle touche 100 euros, seuls 80 euros retourneront dans le soin (78 euros quand il s'agit des sociétés d'assurances). En France, en 2020, la somme des frais de gestion de l'ensemble des complémentaires santé représente 7,6 milliards d'euros alors que ceux de la Sécu s'élèvent à 7,2 milliards d'euros (quand vous donnez 100 euros à la Sécu, 96 euros reviennent dans le soin).

D'aucuns prétendent qu'il ne faut pas y voir une mauvaise gestion des organismes complémentaires, la Sécu tirant surtout bénéfice des économies d'échelle

qu'elle réalise. Ils n'ont pas tort, la Sécu et les complémentaires assurant respectivement 100 % et 95 % de la population, il est assez logique que leurs frais de gestion soient comparables en volume.

Aussi, quand Claude est allé chez son médecin, il a reçu deux remboursements : l'un de la Sécu (16,50 euros) et l'autre de sa complémentaire (7,50 euros). Dans chacun des organismes, quelqu'un a validé le remboursement de Claude, et on peut imaginer que la charge de travail est globalement la même dans la CPAM et dans les locaux de la complémentaire. Si on évalue le coût de cette opération à 1 euro (arbitrairement), le coût de gestion de la Sécu est de 6,1 % et celui de sa complémentaire est de 13,3 % pour un travail effectué de la même manière.

Ces frais de gestion « abyssaux » (pour reprendre la formule) seraient donc à pardonner ?

Eh bien non, ils sont juste le témoin de l'inefficacité du système français à deux étages (Sécu + complémentaires) d'une part, et du système concurrentiel entre complémentaires d'autre part.

L'exemple de Claude nous montre la situation ubuesque dans laquelle nous nous trouvons : deux travailleurs ont validé exactement la même opération de remboursement sur le même soin (16,50 euros puis 7,50 euros). Il est de toute évidence plus simple de n'opérer qu'un seul remboursement de 24 euros, de la même manière que lorsque l'on a besoin de 100 g de farine pour faire un gâteau, on ne pèse pas tout d'abord 60 g, pour ensuite faire la tare, puis en rajouter 40 g. En réalité, beaucoup de frais de gestion sont doublés en France et il y a fort à parier qu'à la faveur d'une extension de la Sécu à 100 %, une grosse partie des frais de gestion disparaîtrait.

Aussi, les représentants des organismes complémentaires arguent que leurs frais de gestion sont surévalués par rapport à ceux de la Sécu, car celle-ci n'a pas de frais d'acquisition (= les dépenses engagées pour recruter de nouveaux clients), ses clients étant l'ensemble de la population, ils sont donc captifs. Ces frais d'acquisition ne sont pas négligeables, toujours sur les 100 euros donnés à une mutuelle, 6,30 euros iront dans la poche d'un publicitaire, d'un responsable marketing ou d'un intermédiaire chargé de démarcher de nouveaux clients (12 euros en moyenne quand il s'agit d'une société d'assurance).

Comparer les frais de gestion en considérant les frais d'acquisition n'est pourtant pas fallacieux. Si se tirer

la bourre entre complémentaires occasionne des dépenses conséquentes, c'est le problème du marché des complémentaires et elles doivent être critiquées à ce titre. À l'inverse, l'absence de frais d'acquisition de la Sécu est simplement l'une de ses qualités.

Alors que les dépenses de santé augmentent de 17 % de 2013 à 2020, les frais de gestion de la Sécu ont diminué de 7 % sur la même période, tandis que ceux des complémentaires santé ont bondi de 19 %. La concurrence ne tire donc pas les frais de gestion vers le bas, bien au contraire. Chose encore plus préoccupante, cette concurrence accompagne la montée en puissance des sociétés d'assurance privées qui détiennent 31 % du marché en 2017 (34 % si l'on considère les regroupements d'assureurs et de mutuelles où les premiers sont dominants), contre 19 % en 2001, alors même que ce sont les pires organismes en termes de retour sur cotisations (sur 100 euros donnés aux assurances en 2017, seuls 75 euros reviennent dans le soin versus 79 euros pour l'ensemble des complémentaires), et de solidarité sur la tarification (les tarifs des sociétés d'assurance sont les plus proches du risque individuel. Ils sont multipliés par 4,1 entre 20 et 85 ans, versus 2,7 pour la mutualité).

La concurrence entre complémentaires santé est donc une plaie, tant au niveau de l'efficacité économique qu'au niveau de la solidarité et, selon le principe d'isomorphisme institutionnel, la mutualité qui peut (pouvait) se targuer de porter des valeurs de solidarité n'a que deux choix, calquer son comportement sur celui des sociétés d'assurance ou disparaître.

S'il était nécessaire de conclure...

Quand, en 2017, François Fillon nous parle du « petit rhume » qu'il faut dérembourser, il nous apprend deux choses : d'une part, qu'il n'a rien compris au soin, d'autre part, qu'il a très bien compris que son cabinet « 2F Conseil » est fortement rémunéré par le groupe d'assurance AXA (là où Éric ira déposer les clés de la mutualité à l'horizon 2050). Tout se résume ainsi. Le discours sur le « trou de la Sécu », et son organisation par le pouvoir politique depuis trente ans, n'a pour objectif que de justifier un transfert de l'assurance publique vers les acteurs privés.

Or, nous l'avons vu, tout euro transféré de la Sécu vers une complémentaire perd de sa solidarité et ne retourne dans le soin qu'allégé des émoluments des « créatifs ». À moins que vous ne tiriez un plaisir débordant de spots publicitaires mièvres et affligeants, vous n'avez d'autre choix que de militer pour l'extension de la Sécu à 100 %. ①