

Retour sur une anomalie politique

Quand le ministre de la Santé propose l'idée d'une Assurance maladie remboursant à 100 %, les assurances complémentaires montent au créneau... Quelques jalons pour mieux comprendre les enjeux.

Frédéric Pierru

Chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS, Arènes-Université de Rennes

La vie politique est parfois scandée de coups de théâtre, même si ce théâtre met souvent en scène des ombres. Ainsi, au début de l'année 2022, le ministre de la Santé Olivier Véran, après s'être vu remis le rapport du Haut conseil de l'Assurance maladie (HCAAM), annonçait en fanfare le projet d'une « Grande Sécu ». Diantre ! Un pouvoir politique qui s'est distingué pendant cinq ans par son œuvre anti-sociale – on n'en finirait pas de faire la liste des forfaitures sociales : rognage des APL, projet de casse du système de retraites, attrition supplémentaire de l'assurance chômage, énième dérégulation du « marché du travail », renforcement des contrôles sur les bénéficiaires des aides sociales, etc. –, sort de façon inattendue ce que l'on appelle un « marqueur de gauche » ! Il faut ici rappeler que l'idée d'une « Grande Sécu », remettant en cause le système de double financeur d'un même soin, les « complémentaires santé » intervenant après le remboursement par la « Sécu » (la branche maladie de la Sécurité sociale, pour être plus précis), fut mise en avant par le candidat Mélenchon pendant la campagne des présidentielles de 2017. Concomitamment, des technocrates de premier plan comme Didier Tabuteau et Martin Hirsch défendaient eux aussi, dans une tribune publiée dans *Le Monde*, l'idée d'une « Sécu à 100 % »¹. Des médecins comme André Grimaldi et Anne Gervais, initiateurs, en 2009, du Mouvement de défense de l'hôpital public en réaction à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de la ministre Roselyne Bachelot, estimaient qu'il fallait étendre le régime d'Alsace-Moselle à l'ensemble de la France. En 2017, les esprits semblaient donc prêts à cette « révolution » du financement des dépenses de santé, révolution contemporaine de la création de la Sécurité sociale, en 1945-1946.

La « Grande Sécu » : jalons historiques d'un projet avorté

Petit retour en arrière. Nous nous sommes habitués, au fil du temps, à l'existence d'assurances maladie complémentaires dans la prise en charge de nos dépenses de santé. La Sécu rembourse (en moyenne

à hauteur de 78 %), puis intervient notre mutuelle – qui peut être aussi bien une mutuelle à but non lucratif qu'un institut de prévoyance ou un assureur qu'une mutuelle au sens strict – qui va prendre en charge, inégalement selon les contrats, la différence entre la somme déboursée par l'assuré et le remboursement de la Sécu. Tout se passe comme si la Sécu et les complémentaires santé remplissaient le même rôle, à savoir le financement des soins essentiels, alors même qu'elles obéissent à des logiques différentes. En effet, la Sécurité sociale, organisme parapublic, socialise le risque maladie sur la plus large échelle qui existe : la Nation. Il en résulte une performance incontestable : alors qu'elle prend en charge près de 80 % de la dépense de soin, ses coûts de gestion représentent environ 4 % des sommes remboursées ; alors que les complémentaires santé, qui, par construction, ne remboursent que 13,5 % des dépenses de soin des Français, ont des coûts de gestion qui avoisinent les 20 % ! Pourquoi un tel écart ? Pour deux raisons principales : les « complémentaires santé » répercutent leurs coûts de gestion sur une population numériquement beaucoup plus faible que la Sécurité sociale, à savoir celle de leurs clients. Autrement dit, elles ne réalisent aucune économie d'échelle ; surtout, la complémentaire santé étant un marché concurrentiel et disputé, il faut à ces organismes consacrer beaucoup d'argent à la publicité et au marketing. C'est ainsi que l'on voit désormais des stades de foot porter le nom d'institutions de prévoyance ou d'assureurs, tout comme des compétitions de voile. Il faudrait ajouter une troisième raison : les assureurs privés doivent gaver leurs actionnaires.

Comme le montrent certains articles de ce numéro, en particulier celui de l'économiste Brigitte Dormont, ce système de double payeur est, en plus d'être inefficace, intrinsèquement inégalitaire. La couverture par la complémentaire santé dépend en effet du contrat qui vous lie à cette dernière. Il existe des contrats « généreux », souvent ceux d'entreprise, des cadres des grandes entreprises, et des contrats bas de gamme qui concernent avant tout des personnes modestes contraintes de s'en remettre à titre individuel à une

mutuelle. Le monde des complémentaires santé est un monde profondément inégalitaire, là où la Sécurité sociale pose une égalité de principe entre assurés sociaux. Selon l'adage célèbre, qui mérite d'être rappelé encore et encore : « Vous cotisez selon vos moyens, et recevez selon vos besoins. » Autrement dit, votre accès aux soins dépend de votre carte Vitale et non de votre carte visa (notons, au passage, que c'est de moins en moins vrai, car l'accès aux soins ne dépend pas seulement du taux de prise en charge par la Sécu, mais aussi de l'offre de soins de proximité, qui est de plus en plus inégalement répartie sur le territoire).

Il ne faudrait pas croire que ce qui vient d'être dit est une découverte récente. Les créateurs de la Sécurité sociale étaient en effet pleinement conscients des effets pervers de ce système de double payeur. Raison pour laquelle ils souhaitaient étendre le régime d'Alsace-Moselle à l'ensemble du territoire français, même si, juste après la seconde guerre mondiale, ils ne trompetaient pas cette inspiration germanique ! Rappelons que ce régime, qui existe depuis 1884, concerne aujourd'hui près de 1,4 million de personnes et permet de prendre en charge la consultation d'un généraliste à hauteur de 90 % (80 % pour les médicaments à vignette bleue, remboursée à 35 % par la Sécu), moyennant une cotisation supplémentaire de 1,80 % du salaire des bénéficiaires. Mieux : en plus d'être égalitaire, puisque la cotisation dépend du salaire et non de la disposition à payer, ce régime est à l'équilibre financier ! Ce régime performant est une épine dans le pied de tous ceux qui plaident pour une privatisation du risque maladie au nom de la « liberté » et de l'« efficacité ».

Mais alors, nous dira-t-on, pourquoi ne pas l'avoir adopté ? C'est que les dures lois des rapports de force politiques priment sur les considérations égalitaires et budgétaires. Aussitôt avancé ce projet, les forces conservatrices qui avaient retardé, lors de la première moitié du XX^e siècle, l'adoption des assurances sociales obligatoires ont repris l'offensive de l'« objection libérale » pour reprendre le terme du grand historien de la protection sociale Henri Hatzfeld. Quelles étaient – et sont encore – ces forces sociopolitiques ? Le petit patronat d'abord qui voyait dans un tel projet la remise en cause de la posture paternaliste de même qu'une source de surcoûts qui grèveraient leur compétitivité (déjà). Les syndicats de médecins libéraux, ensuite, qui appréhendaient, dans tous les sens du terme, l'avènement d'une Sécu potentiellement totalitaire et liberticide, en tous les cas comme une menace pour les sacrosaintes libertés médicales de la charte de 1927 (liberté d'installation, liberté de fixer le montant des honoraires, liberté de prescription, etc.) ; menace subsumée sous le vocable de « médecine de caisse ». Enfin, opposant résolu à la Sécurité sociale, le mouvement mutualiste, très souvent dominé par des

notables, qui voyait, à juste titre dans cette dernière, une euthanasie programmée. Pour résumer, le monde bourgeois et petit-bourgeois, biberonné à l'anticommunisme incarné par les puissants PCF et CGT, était vent debout contre « l'esprit de 45 » si bien décrit par le cinéaste Ken Loach.

La rationalisation économique de compromis politiques

Une tarte à la crème du débat public rappelle les mots de Marx : « L'histoire se répète toujours deux fois, la première comme une tragédie, la seconde fois comme une farce. » Nous en sommes actuellement à celui de la tragédie. Dans le contexte du régime parlementaire de la IV^e République, les opposants au projet initial de la Sécurité sociale – rappelons-le, celui de l'extension du régime d'Alsace-Moselle à l'ensemble du territoire – ont eu un accès privilégié à la décision publique puisque nombre de députés médecins et, au-delà, notabiliaires ont accueilli généreusement les doléances des forces sociales opposées à la « Grande Sécu » de l'époque. C'est ainsi qu'a été adoptée en 1947 une loi prise « dans l'intérêt de la Mutualité française » instaurant un « ticket modérateur », notion qui est parvenue jusqu'à nous. Cette notion mérite que l'on s'y arrête un instant, tant elle dissimule son objectif politique derrière des arguties pseudo scientifiques. L'instauration d'un ticket modérateur s'inscrit pleinement dans l'idéologie libérale, qui n'est jamais que l'autre nom du racisme de classe : les gueux, quand c'est gratuit, abusent c'est bien connu, alors que les riches sont tout en modération et tempérance. Il faut donc laisser à leur charge une part des dépenses de soins afin qu'ils se « responsabilisent » et modèrent une consommation potentiellement frénétique (car le gueux n'a que ça à faire que d'aller chez le médecin). En réalité, c'est l'inverse : les plus assidues dans les salles d'attente des médecins, généralistes et, surtout, spécialistes, sont les classes moyennes et supérieures, lesquelles sont très attentives à leur corps et à leur santé, là où les catégories populaires doivent gérer des contraintes économiques et sociales plus urgentes. Le gradient social de santé, particulièrement creusé en France, atteste du caractère purement idéologique de cette logique de « responsabilisation » financière des assurés sociaux les plus modestes.

L'instauration d'un ticket modérateur est d'autant plus absurde qu'il s'agit de le faire rembourser par les mutuelles : qu'est-ce que peut modérer ce ticket si le « consommateur final », le patient, n'a pas à le déboursier à la fin ? Même dans le cercle de la raison libérale, cela n'a aucun sens économique. Une telle incongruité se dissipe lorsque l'on se place sur le terrain politique : le mouvement mutualiste a, pour parler comme Spinoza, un *conatus*, à savoir qu'il veut persévérer dans son être, même si cet être est

dysfonctionnel pour la société dans son ensemble (osons un gros mot : l'« intérêt général »). Le ticket modérateur n'est donc que la rationalisation du succès d'un intense lobbying du mouvement mutualiste pour garder une place dans le financement de la santé. Le ticket modérateur est politique, certainement pas économique. Ce constat vaut loi générale : comme l'a bien montré l'économiste Laurent Cordonnier, les « arguments » économiques ne sont souvent que l'euphémisation du mépris, sinon du racisme, de classe d'économistes issus de la petite (voire de la grande) bourgeoisie².

Finalement, l'instauration d'un double payeur des soins est le résultat d'un rapport de force politique dans un contexte institutionnel précis (la IV^e République). Sans détailler davantage, il en va de même de la création du secteur 2, dit à honoraires libres en 1980. Le gouvernement Barre d'alors était focalisé sur la maîtrise des dépenses publiques, notamment de santé. Il ne pouvait donc satisfaire la demande d'augmentation des tarifs de consultations formulée par des syndicats de médecins libéraux. Or, les médecins libéraux étaient une clientèle électorale de la droite qu'il fallait absolument ménager dans la perspective d'une élection présidentielle très disputée (d'autant plus que les « chiraquiens » s'apprêtaient à miner la candidature du président de la République sortant, Valéry Giscard d'Estaing). Le gouvernement a donc décidé d'instaurer un « espace de liberté tarifaire », complètement orthogonal à l'objectif de la Sécurité sociale de rembourser à hauteur de 80 % les dépenses de soins des assurés sociaux. En effet, rembourser les soins à hauteur de 80 % suppose de connaître le 100 %, donc de fixer des « tarifs opposables » ! De plus, l'argument pseudo-économique de la « responsabilisation financière » des assurés sociaux va être ressorti, comme il le fut en 1947, pour justifier la permanence de la place de la Mutualité dans le système de santé français. Produit d'une conjoncture politique et économique, le secteur 2 va toutefois progressivement s'institutionnaliser, rentrer dans les mœurs et... s'étendre, en particulier aux soins de spécialistes de ville, créant des obstacles financiers d'accès aux soins de nombreux Français. Ironie de l'histoire : le premier opposant à l'instauration d'un secteur 2 à honoraires libres fut... la Mutualité ! En effet, à l'époque, la Mutualité s'était ralliée à la Sécurité sociale sous la pression des mutuelles de fonctionnaires, en particulier les enseignants. Elle défendait alors un haut niveau de prise en charge des dépenses de soins par la Sécu. Cette alliance entre la Mutualité et la Sécurité sociale va être rompue à la fin des années 1980, les « années fric » incarnées par Bernard Tapie, incitant les dirigeants mutualistes, proches, très proches même, du Parti socialiste, à jouer le jeu du marché des assurances au niveau européen. La Mutualité a ainsi décidé de se placer sous

les directives assurances européennes, donc en concurrence avec les assurances privées. À partir de cette date, les jeux étaient faits : contrairement aux anticipations audacieuses de la direction de la FNMF, les mutuelles ont été contraintes de se caler sur les règles du marché assurantiel : la tarification « communautaire », fonction des salaires, devait inévitablement céder la place à la tarification actuarielle au « risque » (l'âge) et aux charges de famille. Malgré les beaux discours et les dénégations des mutualistes, les tarifs ont été de moins en moins solidaires et de plus en plus individualisés. Autrement dit, le marché de la complémentaire santé s'est calé sur la logique assurantielle. La ministre Marisol Touraine a, de façon assez scandaleuse, essayé d'entretenir la confusion entre la Sécurité sociale et les mutuelles en définissant le « reste à charge » comme les seules dépenses restant à la charge des patients une fois effectués les remboursements de la Sécu et des complémentaires, alors même que ces deux payeurs divergeaient de plus en plus quant à leurs principes, solidaires pour l'une, marchands pour l'autre.

Antisocial, tu perds ton sang-froid (politique) !

Tant que le Parti socialiste, très proche du mouvement mutualiste (et réciproquement), était une force dominante de la vie politique française, il était très improbable que le Yalta de 1947 soit remis en cause, alors même que tous les travaux « experts » soulignaient le caractère dysfonctionnel du système de double payeur. Les chercheurs en sciences sociales et politiques appellent ce phénomène de verrouillage la « dépendance au sentier parcouru ». Dit de façon plus banale, une décision prise en fonction de données purement conjoncturelles, économiques et/ou politiques, peut s'institutionnaliser et, ainsi, devenir difficile à remettre en cause lors des séquences suivantes. En général, ce phénomène débouche sur des résultats aberrants, si on les considère d'un point de vue strictement rationnel. La politique n'est pas la science. L'auteur de ces lignes, alors « orateur national santé » du candidat Mélenchon, se souvient qu'en 2016-2017, ses homologues du candidat du Parti socialiste Hamon, dont certains étaient très proches de la Mutualité, ne voulaient évidemment pas entendre parler du 100 % Sécu. Ils préféraient esquiver le problème – car, sur le fond, leur position était indéfendable – en se focalisant sur les questions de santé publique, notamment celle des perturbateurs endocriniens et de la santé environnementale, autant de causes éminemment justes, là n'est pas la question.

L'élection d'Emmanuel Macron et l'effondrement concomitant du Parti socialiste, réalisant un score de 6 % en 2017 et beaucoup moins en 2022, ont bouleversé la donne. La République en marche est beaucoup moins liée au mouvement mutualiste, et, pour être

clair, elle est beaucoup plus proche des acteurs économiques dominants. Surtout, le président Macron, issu de l'inspection des Finances, est focalisé sur l'orthodoxie budgétaire, au nom des « engagements européens » de la France. Or les voies de la raison budgétaire ne sont pas si impénétrables qu'on peut le penser. Mieux : elles sont très claires.

Quelle est la toile de fond sociopolitique des annonces d'Olivier Véran ? Il y a indéniablement une exaspération de millions de Français à l'égard de leur complémentaire santé. C'est particulièrement vrai des retraités et des fonctionnaires, qui, depuis l'Accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, ont vu le montant de leurs primes s'envoler. L'explication est simple : en rendant obligatoire la complémentaire d'entreprise, l'ANI a désolidarisé les « bons risques » (les salariés en emploi) des « mauvais risques », en particulier les retraités. Soit exactement le contraire de l'esprit de 45, qui a instauré la solidarité au niveau national de toute la population, jeune ou moins jeune, malade ou pas.

Or les retraités sur-votent – qui plus est à droite – par rapport au reste de la population. Ils sont une clientèle électorale de premier choix. Ce mécontentement ne pouvait donc rester, dans la perspective des élections de 2022, sans réponse. Dans un premier temps, le pouvoir macroniste a cherché à aménager le système existant, par exemple en annonçant l'application de l'ANI à la fonction publique, peu de temps avant les déclarations d'Olivier Véran sur la « Grande Sécu ». Les considérations électorales expliquent donc, en partie, ces déclarations surprenantes du ministre de la Santé en faveur de la « Grande Sécu », dont on sait par ailleurs qu'il se sent très proche du « PR » (l'inverse n'étant pas vrai). Cependant, en rester là serait insuffisant.

En effet, il existe des raisons plus déterminantes, et improbables, à ce qu'un pouvoir antisocial perde son sang-froid et fasse des déclarations intempestivement socialisantes. Ces raisons tiennent en deux mots : la « dette Covid ». Le candidat Macron s'apprête à serrer les boulons budgétaires à tous les niveaux de la dépense publique, une fois sa réélection passée, afin de désendetter le pays. La cure austéritaire s'annonce sévère et, pour le coup, « disruptive ». Il est de coutume, et logique, d'assimiler austérité et mesures antisociales. On l'a bien vu en Grèce dans la première moitié des années 2010 : les memoranda de la Troïka ont débouché sur une crise humanitaire au cœur même de l'Europe, et, à l'époque, nombre de professionnels de la parole publique, si outrés par le destin ukrainien, n'y trouvèrent rien à redire ! C'est que les Grecs devaient payer de leur santé leur caractère de cigales... encouragé par les grandes banques françaises et allemandes, et couvert par les grands cabinets de conseil comptables. D'une façon générale, les pays du Sud de l'Europe furent gentiment traités de PIGS (co-

chons) par l'Europe du Nord, Allemagne en tête, dans un esprit de solidarité qui, avec le recul, sert le cœur d'émotion.

Austérité et recul social semblent donc synonymes ; sauf que, pour ce qui est de notre affaire de « Grande Sécu », la relation est inverse. Le gouvernement sait bien qu'il va s'engager dans des réformes socialement périlleuses, comme celle qui porte l'âge pivot à 65 ans pour les retraites. Il faut donc ne point multiplier les fronts syndicaux. Le rabet budgétaire doit donc passer discrètement et, mieux, se présenter comme favorable à la justice sociale. À cet égard, le surcoût du système de double payeur, qui est environ de 7 milliards d'euros, est une cible de premier ordre³ ! Personne n'aurait anticipé le fait que Bercy fournisse la fenêtre d'opportunité politique à ceux qui, depuis des années, dénoncent la désocialisation du risque maladie ! Hommage du vice budgétaire à la vertu sociale. On aura tout vu.

De la résilience des forces conservatrices

Hélas, les forces sociopolitiques qui s'étaient mobilisées contre le projet de Sécurité sociale sont toujours à l'œuvre. Aussitôt avancé le projet de « Grande Sécu », les assureurs, le mouvement mutualiste, les syndicats de médecins libéraux ont multiplié les tribunes et les passages dans les médias pour dénoncer l'atteinte aux « libertés » que représenterait l'existence d'un second pilier complémentaire dans le financement des dépenses de santé⁴. Mais de quelles libertés parlent ces gens ? Liberté des médecins en secteur 2 bien sûr ! Liberté des mutuelles de tondre leurs clients aussi ! On ne parlera même pas des assureurs et des institutions de prévoyance, devenues les poumons d'acier de confédérations syndicales sans militants... Mais la liberté du « consommateur » n'existe pas : les clients des complémentaires sont prisonniers de clauses contractuelles sibyllines qui les incitent à courber l'échine. Surtout, cette liberté est une insulte à la solidarité devant le risque maladie. La liberté des opposants à la Grande Sécu est celle du renard libre dans le poulailler libre.

Aussi bien, le politiste ne s'étonnera pas de la capitulation en rase campagne d'Olivier Véran. Il rejoint le musée des ministres qui se sont cognés à la dure réalité des rapports de force du système de santé français. Avant lui, Marisol Touraine avait cherché à encadrer les dépassements d'honoraires et même la liberté d'installation. Elle l'a payé cher. On n'évoquera pas, par politesse, des ministres de droite (Mattei, Bertrand, avec une exception pour Bachelot) qui ont épousé complètement la ligne de plus grande pente du système de santé.

Le temps du « 100 % Sécu » est-il venu (« *time has come* ») comme se plaisaient à l'annoncer des politistes nord-américains à propos de l'instauration d'une

assurance maladie universelle aux États-Unis, en 1993, puis avec Obama ? Les scientifiques sont d'indécrottables optimistes. Ils croient de tout leur cœur que la Vérité va finir par l'emporter. Hélas, la politique est très injuste. Il n'y a toujours pas d'Assurance maladie à l'européenne aux États-Unis. Et l'auteur de ces lignes parie que cela n'est pas près d'arriver. Il en va de même pour la « Grande Sécu ». Certes, les

détracteurs des complémentaires santé gagnent en audience. Mais il existe une loi de gravité politique. En dehors de période exceptionnelle, révolutionnaire, l'inertie institutionnelle des systèmes de santé l'emporte sur les manifestations de volontarisme politique. Ce triste constat explique, au moins en partie, la fameuse « crise de la démocratie représentative » dont les éditorialistes à gages nous rebattent les oreilles. 📍

1. Martin Hirsch, Didier Tabuteau, « Créons une assurance maladie universelle », *Le Monde*, 14 janvier 2017. Plus récemment, un haut fonctionnaire incontournable comme Pierre-Louis Bras, ancien directeur de la Sécurité sociale et actuel président du Conseil d'orientation des retraites (COR), s'est lui aussi prononcé en faveur du 100 % Sécu.
2. Lire Laurent Cordonnier, *Pas de pitié pour les gueux. Sur les théories économiques du chômage*, Paris, Raisons d'agir, 2020 (2^e édition) et, plus généralement, Pierre-Emmanuel Sorignet, Nicolas Rénahy, *Mépris de classe. L'exercer, le ressentir, y faire face*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant, 2020.
3. La Cour des comptes, pourtant peu suspecte de biais en faveur de la dépense publique, a elle-même critiqué le système du double payeur et appelé à l'instauration d'une « Grande Sécu ».
4. Sur les arguments fallacieux des opposants à la « Grande Sécu », lire Pierre-Louis Bras, « Grande Sécu : le débat tronqué », Note de la Fondation Terra Nova, février 2022.

Combien ?

Assurance maladie, Sécurité sociale, PUMA

Serge Sadois

Retraité actif

Avec l'âge qui s'en vient, je ne peux pas dire que je ne coûte rien.

Combien ? Je n'en sais rien.

Des ALD, j'en ai, deux ou trois, va savoir, tout est remboursé théoriquement, mais pas vraiment, avec du reste à charge, évidemment.

Du coût ? Je n'en sais trop rien.

Faudrait éplucher les relevés de l'ameli, au jour le jour, alors pas aisé pour oublier la maladie.

Pas un prix sur les boîtes des médicaments et pourtant, certains sont indécents.

Tout ce que je sais, c'est la facture du pharmacien au dos de l'ordonnance, écrite en tout petits caractères de rien avec des bavures d'encre.

Pour le reste, les analyses de labo, les spécialistes, anesthésistes, chirurgiens et placebos...

Rien de rien, je n'en sais rien.

Et quand ma carcasse se dérègle de partout, j'appelle la garde, je vais aux urgences et si c'est trop grave, je prends une ambulance.

Pour le bloc opératoire, l'hôpital de jour, les soins ambulatoires, là non plus, je ne débourse rien, pas un sou.

Peut-être que là encore, les coûts ne sont pas dérisoires, mais je n'en sais rien, rien du tout.

Si on savait, si on nous disait, plutôt que des insinuations méprisables, peut-être qu'on se rendrait compte que notre Sécu est vraiment indispensable.

À moins qu'on nous explique bientôt qu'il faut se débarrasser des vieux qui n'ont plus que de l'âge.

Vous savez bien, quand on veut tuer son chien, on dit qu'il a la rage. 📍