

Quand la Mutualité renoue avec ses vieux démons anti Sécu

 blogs.mediapart.fr/pierru/blog/220117/quand-la-mutualite-renoue-avec-ses-vieux-demons-anti-secu

Le débat public, initié par François Fillon, sur les rôles respectifs de la Sécurité sociale et des « complémentaires santé », la première devant prendre en charge les affections graves et de longue durée, les secondes les affections courantes, a eu le grand mérite de poser une question cruciale : les mutuelles peuvent-elles, sans conséquence pour les valeurs d'égalité et de solidarité en santé, prendre le relais de l'assurance maladie publique ? De fait, la notion de « complémentaire santé » fait souvent l'objet de flous et de malentendus, qu'il convient de dissiper : veut-on préserver les principes de solidarité ou, au contraire, veut-on aller vers l'individualisation croissante de la protection maladie ?

L'intervention de deux types de financeurs – la « Sécu » et les « complémentaires » – pour un même soin est une originalité française. Une originalité coûteuse, puisqu'elle génère des doublons en matière de frais de gestion. Initialement, la Sécu avait pour objectif de rembourser les soins à hauteur de 80%, les complémentaires couvrant les 20% restant.

Le monde des « complémentaires » recouvre **trois types d'opérateurs historiques**. Le premier d'entre eux, sont les **mutuelles**, organismes à but non lucratif dont les valeurs fondatrices sont : la solidarité (tarification en fonction des revenus), la proximité (historiquement, les mutuelles sont des acteurs de petite taille), la démocratie (un mutualiste = une voix). Les mutuelles couvraient et couvrent encore essentiellement les individus. Viennent ensuite, les **Institutions de prévoyance (IP)** qui sont aussi des organismes à but non lucratif mais cette fois gérés de façon strictement paritaire par les syndicats et le patronat. Chaque grande confédération syndicale dispose de son IP. A l'origine centrées sur les retraites complémentaires, les IP ont diversifié leurs activités pour y inclure les « complémentaires santé de groupe ou d'entreprise », marché dont ils sont les acteurs quasi-hégémoniques. Enfin, les **assureurs**, acteurs à but lucratif, sont entre les deux mondes de la mutualité (contrats individuels) et des IP (contrats de groupe).

Depuis les années 1990, le marché de la complémentaire ne cesse de s'étendre et les différences historiques entre ses opérateurs se brouillent. Il s'étend à mesure que les pouvoirs publics favorisent le désengagement de la Sécurité sociale du financement des soins courants. Surtout, l'aiguïsement de la concurrence tend à abattre les frontières entre catégories d'opérateurs. Ainsi, **les assureurs** se sont parfois emparés du label « mutuelle ». **La Mutualité a, de son côté, décidé et de son plein gré de jouer le jeu de la concurrence avec les assureurs en se plaçant au début des années 1990 sous les directives assurance européennes.** Elle espérait tailler des croupières aux assureurs. Pari perdu. Les assureurs sont désormais les acteurs les plus agressifs et dynamiques du marché des complémentaires-santé. Enfin, **les Institutions de prévoyance (IP)** ont cherché à augmenter leurs parts de marché, les confédérations syndicales soutenant ou se faisant une raison du récent accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 généralisant les complémentaires-santé d'entreprise. On assiste aussi à un rapprochement des grands groupes mutualistes avec les IP. Et on voit des banques créer leur complémentaire santé.

Se développe donc depuis une vingtaine d'années un véritable marché de l'assurance maladie dite « complémentaire » en France. Pour comprendre et anticiper son évolution, il convient d'avoir en tête quatre lois d'airain :

Loi n°1. Sur un marché concurrentiel d'assurance maladie, les mauvaises pratiques chassent les bonnes : tarification au risque plutôt qu'aux revenus, sélection des risques, segmentation des contrats. Quelles que soient les valeurs et la sincérité des opérateurs mutualistes, la concurrence fonctionne comme un engrenage qui « sort » du marché tous ceux qui se refusent à adopter les pratiques assurantielles. **Une étude récente du service statistique du ministère de la Santé montre ainsi que la solidarité ne cesse de reculer dans les contrats individuels en France** (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/tarification-des-complementaires-sante-declin-des-solidarites-dans-les-contrats>). **Les pratiques et identité mutualistes ne résistent pas à la dure loi de la concurrence.**

Le label « mutuelle » devient une simple image de marque qui a de moins en moins de rapport avec les pratiques observables.

Loi n° 2. Un marché concurrentiel tend à la concentration . Ainsi, le marché de la complémentaire santé connaît une concentration accélérée depuis 15 ans. Les frontières se brouillent entre catégories d'opérateurs. Des grands groupes mutualistes cherchent ainsi à s'associer avec des Institutions de prévoyance. **Ce pouvoir de marché a tendance à se transformer en pouvoir politique afin de sécuriser sinon d'amplifier sa rente** par des campagnes de lobbying auprès des décideurs et élus politiques, des campagnes d'opinion coûteuses, etc. De plus, à l'encontre de l'affirmation selon laquelle le marché de l'assurance maladie privée serait compatible avec les valeurs d'égalité et de solidarité à condition de le « réguler », il n'existe à ce jour aucune expérience concluante de marché « régulé » en matière d'assurance maladie.

Loi n° 3. Dès lors que les acteurs de marché ont atteint une taille critique aux dépens de l'assurance maladie publique, il devient politiquement impossible de revenir en arrière. Autrement dit, le marché produit des irréversibilités en se transformant en pouvoir politique. Par exemple, aux Etats-Unis, toutes les tentatives d'instaurer une sécurité sociale à l'europpéenne ont échoué face à la mobilisation politique des assureurs, de l'industrie du « *managed care* » (gestion des soins) et de l'*American Medical Association* qui ont déversé des millions de dollars en lobbying pour empêcher toute proposition de réforme universelle et publique de passer. Même le Président Obama a du couler son « Obamacare » dans le marché de l'assurance maladie privée.

Loi n° 4. Un système public d'assurance maladie remboursant uniquement les soins des plus malades et des plus pauvres devient rapidement un système public pauvre et malade. On comprend aisément pourquoi : tôt ou tard, celles et ceux qui financent le système – en général les actifs bien portants pas ou peu malades – tendent à se désolidariser d'un dispositif qui ne rembourse pas leurs soins. En effet, seuls les 15% de personnes qui consomment 70% des dépenses de soins ou les plus démunis voient leurs soins pris en charge par l'assurance maladie publique. C'est la raison pour laquelle toute proposition de franchise ou de « bouclier sanitaire », en rompant avec le principe d'universalité, finit tôt ou tard par fragiliser l'assise politique de l'assurance maladie publique.

De ces quelques constats émerge un constat incontournable : la « Mutualité » est désormais le faux-nez du déploiement de la logique assurantielle dans le système de santé français. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause les valeurs et la sincérité des dirigeants mutualistes, lesquelles sont réelles. Mais l'engrenage de la concurrence les condamne à la défaite.

Les arguments avancés contre les prises de position favorables soit à la généralisation du régime d'Alsace Moselle (qui donnerait la possibilité aux assurés sociaux de choisir la "Sécu" comme complémentaire) soit à la Sécu intégrale à 100%, défendue par Jean-Luc Mélenchon et récemment par deux hauts fonctionnaires expérimentés, Martin Hirsch et Didier Tabuteau, sont particulièrement faibles.

Il y a d'abord le bon vieil argument du fait accompli (cf. loi n° 3 ci-dessus), purement d'opportunité politique : les complémentaires santé existent, il convient donc de faire avec. Ce type de propos est surprenant de la part d'économistes, de médecins (plutôt de droite) et de responsables mutualistes qui sont souvent les premiers à dénoncer les "tabous" et les "verrous" qui empêcheraient l'économie française de "libérer les énergies". Si l'on comprend bien, les tabous à faire sauter renvoient plutôt aux protections du salariat, en particulier les catégories populaires (on pense ici à la loi El Khomri : pourtant, le droit du travail est ancien et bien établi. Pourquoi le détruire alors ?). C'est fou ce que les modernisateurs peuvent devenir conservateurs quand le sujet porte sur leurs propres intérêts ! Cet argument est en outre complètement réversible : c'est justement parce que l'on voit poindre la politique du fait accompli qu'il convient de renverser la vapeur en faveur de la Sécu avant qu'il ne soit trop tard...

Un autre argument, venant du côté plutôt mutualiste, souligne le fait que les complémentaires n'ont fait que prendre acte des décisions gouvernementales successives qui ont déremboursé certains médicaments ou soins. Certes. C'est vrai. Et alors ? Ce que des gouvernements ont fait, un autre peut décider de le défaire. Il n'y a aucun droit acquis à l'extension de ce marché de la complémentaire santé !

Vient ensuite l'argument de la "bonne gestion" des mutuelles, qui contrasterait avec le déficit chronique de la branche maladie de la Sécu. C'est celui qu'avance M. Thierry Beaudet, président de la Mutualité Française. Une remarque préalable : il est désormais loin le temps où la Mutualité était de tous les mouvements sociaux et de toutes les dénonciations du recul de la Sécu, par exemple, contre le "ticket modérateur d'ordre public" initié par M. Raymond Barre (1980) ou contre le Plan Séguin de 1986.... La Mutualité semble clairement avoir renoué avec ses vieux démons d'avant les années 1960, lorsqu'elle combattait la Sécu aux côtés des médecins libéraux et du petit patronat. Le combat est aujourd'hui moins frontal, au moins dans les mots, mais il est toujours de même nature. C'est ainsi que nous avons pu entendre, lors d'un congrès médical, un haut responsable de la Mutualité déclarer que cette dernière était "*prête à discuter avec M. Fillon sur la séparation du petit risque et du gros risque*"... Entretemps, il est vrai, la Mutualité a fait le choix de la concurrence avec les assureurs. Désormais donc, il est de bon ton de dénigrer la Sécu.

L'argument de la "bonne gestion" des mutuelles est pourtant complètement saugrenu. On rappellera d'abord que les complémentaires santé ont récolté le segment "rentable" des soins, ceux touchant aux affections courantes. Les plus malades relèvent de la Sécu (ALD, hospitalisation). On aimerait les voir à la manoeuvre sur le "gros risque". Ensuite, la Sécu ne peut être tenue pour responsable de choix politiques : ce sont les gouvernements successifs qui ont refusé de relever les cotisations ou la CSG de façon à couvrir des dépenses de santé qui, rappelons-le, n'ont jamais été aussi bien maîtrisées. Le déficit ne peut donc être retourné contre la Sécu. Les mutuelles, par contre, ne se sont pas privées de relever – souvent sans tact et mesure ! – les primes réclamées à leurs adhérents, provoquant d'ailleurs l'ire d'une bonne partie d'entre eux ; des primes qui sont, de plus, de moins en moins solidaires ! M. Beaudet ne répond en effet nullement à l'argument du caractère socialement régressif du financement des dépenses de santé par les complémentaires, et pour cause : il est incontestable.

Enfin, si les complémentaires sont "bien gérées", il faut préciser ce que l'on entend par "bonne gestion" : tarification croissante au risque, sélection des adhérents/clients, segmentation des contrats. Si la Sécu gérait comme cela, elle serait clairement excédentaire ! En d'autres termes, il n'y a pas de quoi se vanter de tels résultats. Surtout quand on voit l'inflation des dépassements d'honoraires, les prix élevés des lunettes ou de l'audioprothèse ou encore les abus en matière de prothèses dentaires, soit autant de segments du marché où les complémentaires sont les acteurs hégémoniques.

D'ailleurs, pour justifier la couverture des dépassements d'honoraires, certains mettent en avant le fait que la sécu n'aurait pas revalorisé les tarifs de certains professionnels depuis des années. Etonnant ! En effet, est-ce que la bonne gestion consiste à "tenir" les dépenses, donc les revenus des professionnels, ou, au contraire, à alimenter leur forte progression ?

Enfin, il y a l'argument du réalisme financier, le plus hypocrite de tous. En effet, les défenseurs des complémentaires feignent de ne pas avoir compris que des chiffrages avaient été faits, et qui montrent que le coût de la fusion Sécu/complémentaires est de l'ordre de 16.5 milliards d'euros, ce qui est complètement finançable. Le candidat Jean-Luc Mélenchon a ainsi fait le détail dans son discours du Mans. Il n'existe aucune impossibilité budgétaire.

Et même si cette mesure coûtait (un peu) aux finances publiques, il me semble que le jeu en vaut la chandelle : en effet, les inégalités d'accès aux soins sont les plus mal tolérées par le corps social français. Il existe en outre un attachement massif à la Sécu, en dépit des opérations de dénigrement systématique de l'institution. Favoriser l'égalité en santé et répondre à une aspiration démocratique : est-ce que l'épaisseur du trait budgétaire doit empêcher de réaliser ces aspirations profondes et largement partagées par les Français-e-s ?

D'une certaine façon, la faiblesse des arguments avancés par les défenseurs des complémentaires santé renforce la légitimité de celles et ceux qui plaident depuis des années en faveur de la reconquête par la Sécu du terrain perdu, en particulier depuis le début des années 2000. Hommage donc du vice à la vertu !

Le Club est l'espace de libre expression des abonnés de Mediapart. Ses contenus n'engagent pas la rédaction.