



HAL
open science

“ La Grande Sécu ” : une réorientation substantielle du financement de la santé en France ?

Frédéric Pierru

► **To cite this version:**

Frédéric Pierru. “ La Grande Sécu ” : une réorientation substantielle du financement de la santé en France ?. Raison Présente, 2022. halshs-03929794

HAL Id: halshs-03929794

<https://shs.hal.science/halshs-03929794>

Submitted on 9 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« La Grande Sécu » : une réorientation substantielle du financement de la santé en France ?

Frédéric Pierru

Résumé : Récemment, l'idée de « Grande Sécu » a été inscrit à l'agenda politique. C'est une mini-révolution tant le système du double payeur Sécurité sociale/mutuelles s'est inscrit dans les têtes et les institutions. L'article revient sur les raisons d'une telle déviation par rapport à la trajectoire historique du système de santé depuis 1945. Enfin, il s'interroge sur le slogan de « Grande Sécu », qui peut recouvrir des évolutions diverses, et même anti-sociales.

Sécurité sociale – financement – mutuelles – Grande Sécu – histoire des systèmes de santé

Jusqu'à très récemment, le système très français de « complémentaires santé » n'était pas questionné, ni dans la presse, ni par les décideurs politiques, ni même par les patients-assurés sociaux. Le fait que pour rembourser un même soin, deux payeurs interviennent, la Sécurité sociale et, ce que l'on évoque abusivement, les « mutuelles » (alors qu'il existe deux autres acteurs sur ce marché, les institutions de prévoyance et les assureurs à but lucratif) apparaissait comme naturel¹.

Pourtant, un rapide regard comparatif montre qu'il n'y a rien d'évident ni de naturel dans ce double mode financement. Certains pays combinent des assurances publiques pour les plus âgés et les plus pauvres et laissent les entreprises ou les simples particuliers se procurer une assurance privée (cas typique des États-Unis) tandis que d'autres, d'inspiration bévériidgienne, prennent en charge à 100% un « panier de soins et de prévention », laissant les citoyens se procurer une assurance supplémentaire pour ce qui est exclu du panier (ici, c'est la Grande-Bretagne qui est paradigmatique).

En matière d'organisation et de financement des systèmes de santé, l'Histoire, les compromis historiques, priment sur la rationalité économique et sociale. Ces compromis se montrent particulièrement résilients et, d'une façon générale, il est possible d'affirmer que le secteur de la santé produit énormément de « non-décisions », c'est-à-dire des problèmes reconnus par tous mais que les gouvernements peinent, voire s'efforcent de ne pas résoudre tant ils s'affrontent à des intérêts organisés puissants. C'est ainsi que les gouvernements américains ont essayé à plusieurs reprises de réformer leur coûteux et inégalitaire système de santé, pour aller vers une assurance maladie universelle à l'européenne, et ont à chaque fois échoué face à la puissante industrie des assureurs, du *managed care* et de l'*American Medical Association*, en sus d'une droite républicaine très hostile à l'intervention fédérale. Lorsque les Républicains ont essayé de démanteler *Medicare*, cette fois c'est eux qui se sont cassés les dents sur le puissant *grey lobby* étatsunien. La récente réforme dite *Obamacare* reste embourbée dans la trajectoire historique du système de santé américain : l'État fédéral

¹ Sur ce sujet, lire l'excellent numéro de la revue *Pratiques*, « La Grande Sécu que nous voulons », avril 2022.

régule timidement l'industrie des assureurs tandis que les fonds publics abondent le marché de l'assurance.

Toutefois le constat est tout aussi vrai pour la Grande-Bretagne. Margaret Thatcher honnissait le National Service, qu'elle considérait comme un kyste communiste dans la société de marché qu'elle appelait de ses vœux. Là encore, le fort attachement des britanniques au NHS, l'influence des professionnels de santé travaillant en son sein ont eu raison de ses velléités néolibérales. Tony Blair, ce digne héritier de Thatcher a renforcé le caractère centralisé et technocratique original en surutilisant les préceptes et outils du Nouveau Management Public (targets, indicateurs de toutes sortes, contractualisation, managérialisation de l'encadrement, etc.).

Le cas français n'échappe pas à cette loi d'airain. Nous n'évoquerons pas dans le présent article la résilience de l'organisation de l'offre de soins (permanence de la « médecine libérale », marginalité des politiques de prévention, hospitalocentrisme (en régression cependant), faiblesse du médico-social). Nous nous contenterons de comprendre ce qui n'était qu'un produit contingent de l'histoire, le système de « double payeur », qui s'est institutionnalisé au point de nous apparaître naturel. Cependant, on le sait, ce que l'histoire a fait, l'histoire peut le défaire. Il nous semble que depuis 2010, le compromis Sécurité sociale-complémentaires santé est en train de s'affaiblir. Les forces sociales et politiques qui le soutenaient sont moins puissantes alors que, dans le même temps, l'État s'affirme. En toile de fond, il semble que les assurés-sociaux prennent conscience du caractère coûteux et inégalitaire de ce modèle « à la française ». Le fait que, très récemment, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Malade (HCAAM), la Cour des Comptes et le ministre de la santé Olivier Véran aient évoqué une sortie du statu quo, qui ne serait plus viable ni tenable, montre que, peut-être, le système de santé français est en train de sortir de son « sentier de dépendance » historique ».

Un compromis historique et baroque

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle la France, ce pays des révolutions, serait intrinsèquement « égalitariste », les français ont mis beaucoup de temps pour bâtir un système moderne de Sécurité sociale, là où Bismarck avait mis en place les premières assurances sociales obligatoires pour les ouvriers dont les revenus étaient sous un certain seuil. La France de la III^{ème} République était un régime de notables qui régnaient en maître à l'Assemblée nationale. Parmi les professions surreprésentées, outre les avocats, il y avait les députés médecins très attachés à l'idéologie libérale. Les liens organiques entre les élus médecins et la Confédération des syndicats médicaux français étaient puissants. Or ce monde de la médecine libérale ne voulait pas entendre d'une « médecine de caisse à l'Allemande », véritable repoussoir. Les médecins se vivaient comme des petits entrepreneurs indépendants et la solvabilisation de leurs patients ne les concernait en rien. Dès les premiers projets d'assurances sociales obligatoires formulés, leurs porte-parole ont gravé, dès 1927, dans le marbre les lois devant régir leur cadre économique d'exercice : liberté d'installation, libre entente, secret médical, paiement direct des honoraires par le patient, etc. Les divers projets qui sont arrivés sur le bureau de l'Assemblée Nationale ont été enterrés en première classe dans des commissions présidées par des médecins.

Pourtant, la France s'industrialisait. La classe ouvrière se développait. Les accidents du travail et les maladies professionnelles aussi. Tomber malade pour un ouvrier le vouait à la déchéance économique, puisqu'il ne pouvait plus travailler. Le sociologue Robert Castel a parlé à ce propos « d'indigne salariat ». Deux acteurs, adversaires de classe, ont cherché à remédier à ce problème. Tout d'abord, les grandes entreprises ont développé un paternalisme qui s'est concrétisé dans ce qu'on pourrait appeler des « mutuelles d'entreprise ». C'était de leur intérêt bien compris car cela permettait de fidéliser la main d'œuvre. Ensuite, les ouvriers ont mis en place, non sans mal, tant elles étaient vues comme des ferments d'agitation révolutionnaire, des sociétés de secours mutuels.

Aussi, après la seconde Guerre Mondiale et le projet de « jours heureux » du Conseil National de la Résistance, le terrain était loin d'être vierge. Il y avait un legs, celui d'un mouvement mutualiste fort divers mais puissant, dominé souvent par les notables. Le Général de Gaulle, Alexandre Parodi, Pierre Laroque et Ambroise Croizat auraient bien fait table rase de cette mosaïque de « mutuelles » dont la gestion de certaines avaient donné lieu à de retentissants scandales. Leurs regards se portaient davantage vers le régime d'Alsace-Moselle, association d'un pilier social obligatoire et d'une complémentaire non moins obligatoire. Mais cette ambition était difficilement dicible après l'occupation allemande ! Ils avaient donc glissé subrepticement un article 39 dans les ordonnances de 1945 permettant l'extension du régime d'Alsace-Moselle à l'ensemble du pays. Soulignons ici que pour les fondateurs de la « Sécurité sociale », cette dernière avait un sens bien plus extensif qu'aujourd'hui : elle incluait une politique keynésienne de plein emploi, la protection de la santé (notamment des travailleurs), la « lutte contre l'arbitraire patronale » (en clair, le renforcement du droit du travail), etc. Son ennemi : l'assistance, stigmatisante, humiliante et avilissante. Le « plan complet de Sécurité sociale » était fondé sur la notion de *droits sociaux et de citoyenneté sociale*. Il est bon de rappeler ces faits car nombre de nos compatriotes assimilent la « Sécu » à la simple « assurance-maladie », à la carte vitale, alors même que jusque 1967 il n'existait qu'un régime général couvrant tous les risques (on ne distinguait donc pas la « branche maladie »).

La Fédération nationale des mutuelles de France, à raison, a vu dans les ordonnances de 1945 une menace sur son existence même, puisque c'est la nouvelle Sécurité sociale qui était appelée à la remplacer ! Pire, du point de vue de ses notables : remplacée par des caisses de sécurité sociale gérées par des élus cégétistes ! Elle a donc mené une offensive politique d'envergure pour garder une place dans le nouveau système. Grâce à un lobbying intense, elle a réussi à faire voter par le Parlement la loi Morice, dont l'intitulé est on ne peut plus clair : « loi prise dans l'intérêt de la Mutualité française » ! Au moins, à l'époque, on disait les choses clairement !

C'est ainsi qu'est né ce dispositif étrange appelé « ticket modérateur ». On reconnaît-là l'idéologie profondément libérale du mouvement mutualiste : les individus doivent être moralisés et modérés. Et, comme tout le monde le sait, quand un service est gratuit, les gueux abusent (pas les riches, tout en retenue, comme on le voit chaque jour). Ce ticket modérateur donc était censé inciter les nouveaux assurés sociaux à modérer leur consommation de soins en laissant à leur charge une part des dépenses. Une sorte de malus en quelque sorte. Outre le racisme de classe qui sous-tend ce type de « théories », il faut immédiatement souligner que ce ticket modérateur ne peut avoir aucun effet puisqu'il est

remboursé (ou réassuré) par... les mutuelles ! Tout assuré social qui a une mutuelle ne paie donc directement de sa poche aucun frais médical. Nous avons ici un superbe exemple de rationalisation pseudo-économique de ce qui n'est au fond qu'un compromis politique entre les pouvoirs publics et le mouvement mutualiste. Il s'agissait tout bonnement de laisser une place pour les mutuelles, si résiduelle soit-elle puisque la Sécurité sociale s'était fixé l'objectif de rembourser les soins à hauteur de 80%. Cet objectif fut, hélas, longtemps battu en brèche par le refus des syndicats de médecins libéraux la négociation de tarifs avec la nouvelle institution. Jusqu'en 1971, date de la négociation de la première convention nationale entre les syndicats de médecins libéraux et la sécurité sociale, on a assisté à une course poursuite entre honoraires et remboursements, exactement comme aujourd'hui, la concurrence entre complémentaires fait monter les dépassements d'honoraires, ou le prix des prothèses dentaires ou auditives.

Voilà donc comment s'est inventé, de façon pragmatique, ce système de double payeur pour un même soin. Rien de rationnel dans cette affaire ; que des rapports de force sociaux et politiques. Le résultat d'une trajectoire historique singulière. Mais, progressivement, ce Yalta s'est institutionnalisé au sens que les sociologues donnent à ce terme : il s'est naturalisé, il est entré dans les têtes (des gestionnaires mais aussi des assurés sociaux), il est devenu une sorte d'évidence atemporelle grâce à l'amnésie de ses origines. Le secteur des complémentaires santé s'est développé à compter de la fin des années 1970, notamment sous le gouvernement Barre qui, tout à sa politique austéritaire, refusait d'augmenter les tarifs des médecins libéraux. Puis la gauche post-tournant de la rigueur l'a reprise à son compte afin de « maîtriser les dépenses (publiques) de santé ». Le ticket modérateur a même fait des petits avec le forfait hospitalier, puis, avec Sarkozy, les franchises... Les gouvernements refusant d'augmenter les cotisations sociales, voire, à compter de 1993, de les baisser au nom de la compétitivité du travail, il fallait transférer des recettes publiques en recettes privées. Puis le gouvernement Rocard a décidé de fiscaliser les cotisations maladie salarié² avec la contribution sociale généralisée (CSG).

Le Grand Tournant marchand de la Mutualité

Mais la FNMF s'est certainement trouvée à l'étroit dans le segment de marché qui lui avait été accordé en 1947 et qui avait légèrement cru avec les politiques de maîtrise des dépenses de santé. Au cours des « années fric » du Mitterrandisme, ses dirigeants se sont dit : « soyons plus ambitieux ! Ne nous limitons pas au « risque court » qu'est la santé. Allons titiller les assureurs et les institutions de prévoyance sur le « risque long » ! Prenons le large du grand vent du marché ! » Et l'occasion s'est miraculeusement présentée : les directives assurances européennes. Au début des années 1990, René Teulade, proche, très proche **du PS**, va entamer les démarches pour que la Mutualité entre dans le cadre de ces directives. La FFSA s'est frottée les mains. En effet, pour les assureurs privés la santé est un produit d'appel pour fourguer d'autres contrats, comme l'assurance-vie, alors que la santé, pour le mouvement mutualiste, c'est le cœur de métier. Pari pris, pari perdu : la Mutualité s'est fait tailler des croupières par les assureurs lucratifs qui ont connu une « croissance asiatique » sur le marché de la santé tandis que la Mutualité peinait à pénétrer le marché de la

² Précisions au passage que la distinction entre cotisations sociales part salariale et part patronale est aussi une invention politique, poussée par le Patronat. La cotisation sociale est du salaire socialisé et continué. Lire les travaux de Bernard Friot à ce propos.

prévoyance. Il faut préciser ici, que contrairement à ce que proclament, pour mieux se dédouaner, les dirigeants mutualistes, *rien ne les obligeait à faire ce choix*. Ils ont fait un choix contraire aux valeurs mutualistes historiques au profit (c'est le cas de le dire) des lois du marché, et une fois ce choix fait, la fin de l'histoire était écrite. Quand vous êtes en concurrence avec des assureurs privés et des Institutions de prévoyance, vous devez grossir pour ne pas périr (d'où la multiplication des fusions entre mutuelles rendant la valeur de « proximité » caduque), vous devez abandonner la tarification communautaire au profit d'une tarification à l'âge et aux charges de famille, vous devez dépenser des sommes folles pour ce qu'elles appellent pudiquement « des frais d'acquisition de clientèle », ou, plus prosaïquement, la pub.

Nous l'affirmons ici : les valeurs mutualistes historiques affichées par les grands groupes mutualistes relèvent du village Potemkine. Elles sont même devenues, de façon cynique, un argument de vente et de différenciation par rapport aux autres opérateurs du marché de la complémentaire santé. Il ne me semble guère conforme aux valeurs mutualistes historiques **que** de racheter des stades de foot ou de financer des transatlantiques. Sur un euro donné en prime à une mutuelle, ce sont entre 20 et 25 centimes qui s'évaporent en frais de marketing, là où un euro donné à la Sécu, seuls 4 ou 5 centimes sont consacrés aux frais de gestion. Ces chiffres sont officiels, et ont été même collectés, à des fins de comparaison, par la très gauchiste OCDE. Plus aucun économiste sérieux ne défend le système de double payeur qui, au surplus, double les frais de gestion **puisque** aux frais de gestion de la Sécu il faut ajouter les frais de gestion, à peu près identiques, des complémentaires, soit 7 milliards plus 7 milliards = 14 milliards. D'une efficacité renversante !

Aberrant sur le plan économique, le compromis de 1947 est surtout source d'inégalités scandaleuses. Entre ceux qui ont des contrats individuels bas de gamme, ceux qui ont des contrats collectifs dans les PME et les contrats qui bénéficient de contrats haut de gamme dans les grandes boîtes, le monde de la complémentaire santé est profondément inégalitaire. Et nous ne parlons même pas de ceux qui n'ont pas de complémentaire du tout et qui renoncent aux soins.

C'est la lutte finale ?

Nous avons dit qu'un système de santé pouvait résister à l'accumulation d'anomalie en raison des forces socio-politiques qui soutiennent ses règles d'organisation. Certes. Mais la résilience a ses limites. Des facteurs exogènes peuvent réorienter cette trajectoire.

Premier facteur exogène : l'Accord national interprofessionnel de 2013 qui oblige toute employeur à cofinancer une complémentaire santé d'entreprise pour leurs salariés. Passons sur le choix d'un gouvernement « socialiste » qui plutôt que d'opter pour la reconquête de la Sécu choisit d'institutionnaliser plus encore un marché de l'assurance maladie privé coûteux et dysfonctionnel. Mais François Hollande et Marisol Touraine n'avaient pas anticipé un effet pervers : les « bons risques », à savoir les actifs, ont été intégrés aux complémentaires d'entreprise, laissant les retraités (les « mauvais risques »), les fonctionnaires et les chômeurs au bord de la route. Eux ont vu leurs primes exploser. Pour avoir fait un tour de France des associations de retraités à ce propos, croyez-moi, ils n'étaient pas contents. Les fonctionnaires, avec leur point d'indice gelé depuis 2010, non plus. Or, c'est bien dommage,

ces deux catégories sociales sur-votent. On ne le saura jamais, mais le désaveu de François Hollande qui n'a pas pu se représenter doit trouver quelque cause du côté de cette décision.

Second facteur, plus politique encore. La FNMF avait des relais puissants dans le Parti socialiste. On pouvait même parler de portes tournantes. En science politique, on dirait que la FNMF faisait partie du système d'action du mouvement socialiste. Las, en 2017, le PS s'est effondré. Le pouvoir de véto de la FNMF s'en est trouvé affecté d'autant. Le nouveau pouvoir macroniste est beaucoup plus favorable à l'aile financière du MEDEF, FFSA en tête. La fenêtre d'opportunité politique s'est refermée pour la FNMF.

Troisième facteur, plus surprenant. Après la crise pandémique du Covid-19, le « quoi qu'il en coûte » a généré une dette colossale dont les hautes autorités de l'État ont dit qu'il fallait la payer pour garder la confiance des investisseurs étrangers et ne pas voir nos taux d'intérêt exploser. Et c'est ici que l'affaire devient drôle mais surtout résout une énigme. Pourquoi un pouvoir libéral, voire franchement néolibéral, commence à parler de « Grande Sécu » ? Une prise de conscience sociale brutale ? On n'y croit guère !

Une suggestion : le vice budgétaire peut conduire à la vertu sociale. En effet, la Cour des comptes a **dénoncé récemment** « une couverture globalement coûteuse, parfois inéquitable qui laisse de côté une part non négligeable de la population », provoquant l'ire des assureurs ! Le HCAAM, dans son rapport en janvier 2022, écrit : « Au total, le système actuel est trop complexe, tant pour les assurés que pour les professionnels de santé, et malgré son coût il ne garantit pas l'accessibilité financière pour tous à des soins essentiels. Le statu quo entraînerait une situation peu supportable sur ces terrains et des évolutions apparaissent ».

15 ans que des gens comme Brigitte Dormont, André Grimaldi, Anne Gervais, Laurent Sedel, Bernard Teper et j'en oublie, crient dans le désert à ce sujet. Dans l'indifférence, sinon dans l'hostilité générale. Comme dans la BD « Léonard » (de Vinci), on nous répondait « Vous n'y pensez pas ! ».

Eh bien désormais, les plus hautes autorités de l'État y pensent. Comme l'a déclaré un haut représentant de la FNMF, « on n'a jamais senti le vent du boulet passer si près ».

J'ai envie de dire à mes artilleurs, « abaissez un peu l'angle du canon, histoire de ne pas nous limiter à la permanente ».

Ne nous leurrions pas : s'il y a des bougés dans les lignes de force, cela ne suffira pas. Majoritairement la population est de notre côté. Les inégalités d'accès aux soins les révulsent. L'argent dépensé dans la publicité alors que l'on parle santé les révulse.

Car, la radicalité ne vaut que si elle est pratique. Il y a des milliers de personnels employés dans les mutuelles. Pour avoir échangé avec nombre d'entre-eux, ils souffrent de devoir « placer des contrats » auxquels ils ne croient pas pour l'intérêt de leurs clients. Comme tous ces salariés qui font des « *bullshit jobs* ». Avec Bernard Teper et Julien Vernaudo, à Lyon, nous avons réfléchi collectivement à ce que pourrait être la place demain de la Mutualité. J'en suis ressorti optimiste. Il y a tant à faire, et pas seulement dans la prévention. Tout le livre III du Code de la Mutualité, sur les œuvres sanitaires et sociales est à réinvestir. Des

centres de santé mutualistes. Des EHPAD mutualistes. Des structures de prise en charge psychiatrique mutualistes. La démocratisation par le bas du gouvernement de notre système de santé. Des synergies à trouver avec les forces syndicales. Le problème de l'Histoire est qu'elle referme l'imaginaire. Elle nous cantonne dans des ornières. Avec le mouvement mutualiste, il nous faut rouvrir nos imaginaires. Il nous faut renouer l'alliance entre la Sécu et le mouvement mutualiste qui, à compter des années 1960, sous la pression des mutuelles de fonctionnaires, **avait** par exemple organisé la manifestation monstre contre le projet de ticket modérateur d'ordre public du gouvernement Barre.

C'est à cela que nous devons nous atteler en urgence. Pas nous contenter de slogans creux. Non, se rencontrer et expérimenter.

Time has come disent souvent les optimistes experts Américains favorables à un système d'assurance maladie universelle à l'Européenne. Ils essaient, ils échouent, ils recommencent. Ils attendent l'alignement des planètes.

De quoi la « Grande Sécu » est-elle le nom ?

On le sait, le Diable **se niche** souvent dans les détails. Le HCAAM a proposé quatre scénarii. Le premier est l'aménagement du statu quo. En gros, il consiste à limiter l'ampleur des reste-à-charge qui pèsent sur un petit nombre de patients âgés, souvent en ALD, qui peuvent supporter des dépenses supérieures à 10000 euros pour des pathologies connexes et qui entraînent des primes de complémentaires exorbitantes. Le reste consiste à « lisser » les différences de contrats entre complémentaires d'entreprises pour les salariés en CDI et en CDD. Bref : une belle usine à gaz consistant à réinventer la Sécurité sociale au bout du compte. C'est le scénario repoussoir du rapport. Les deux scénarii les plus importants sont les numéros 2 et 3. De notre point de vue, ces scénarii, loin de constituer des options différentes, sont des étapes. Le scénario n° 2 consiste à revenir à l'inspiration des ordonnances de 1945, à savoir la progressive généralisation du régime d'Alsace-Moselle à l'ensemble de la France. Le système serait étatisé, les droits seraient adossés au statut de résident, avec un pilier obligatoire complémentaire par une « complémentaire » très encadré (excluant la sélection du risque), financé par des cotisations proportionnelles aux salaires. De notre point de vue le scénario n°2 serait une étape de transition vers le scénario n°3, celui du 100% Sécu. Il ne resterait que des assurances supplémentaires.

Mais, tel qu'il est formulé, il y a un risque : tout ce qui relèverait du dentaire, de l'optique, des audioprothèses serait exclu du périmètre de l'intervention de la Sécurité sociale. C'est inacceptable. Il ne s'agit pas de soins et de biens de confort. Cette exclusion décrétée pose un problème vertigineux : qui évalue et qui décide politiquement du périmètre de la solidarité ? Autrement dit, qui dit que le périmètre de la Sécu doit être pingre ou élargi. Cela pose la question épineuse de la gouvernance – nous préférons le terme de gouvernement – de l'assurance-maladie : les technocrates de Bercy ? Non, merci. Les technocrates de la Commission Bruxelles ? Encore moins. C'est ici que la démocratie en santé prend tout son sens, dans son articulation avec la démocratie représentative classique. Il est hors de question de laisser les clés du camion à des « despotes » se pensant « bienveillants ». Sur ce sujet, l'organisation de la décision en santé tout reste à penser et à faire. Où l'on voit que les

questions « techniques » de financement débouche sur des problématiques de philosophie politique insondable.