

Un panier percé ? Le rétrécissement programmé du périmètre de l'assurance maladie

ÉLIZABETH LABAYE
Responsable des
questions de santé
à la Fédération
syndicale unitaire
(FSU)

Nicolas Sarkozy juge le modèle social français « périmé ». Pour l'assurance maladie, il voudrait différencier le « petit » du « gros » risque, l'assurance de l'assistance, l'obligatoire du complémentaire. Dans ce cadre, deux pistes principales sont explorées : la prise en charge des affections de longue durée et la focalisation de l'assurance maladie sur le risque « lourd », les mutuelles ou assurances privées prenant en charge le « petit » risque. Le résultat est l'accroissement des inégalités et, à terme, une privatisation progressive de l'assurance maladie réduite à un filet de sécurité pour les plus démunis.

Nicolas Sarkozy déclarait devant la presse sociale en septembre 2007 vouloir remettre en cause un modèle social qu'il jugeait périmé. Suivait une ode à la responsabilisation, à l'individualisme, à la dénonciation des « fraudeurs »... La révision générale de politiques publiques (RGPP) a confirmé la mise en musique de ce discours programmatique. Pour ce qui concerne l'assurance maladie et le système de santé, remettre en cause le modèle social français – certes aujourd'hui déjà écorné – veut dire s'en prendre au principe « cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins ».

Cela s'est traduit concrètement par la mise en place de franchises au 1^{er} janvier 2008, mettant en évidence une nouvelle donne : « Aujourd'hui, les malades doivent payer pour

les malades ». Ces mesures, au lourd impact social, ne suffisaient évidemment pas à combler le déficit. Il faut donc s'en prendre à l'os, au noyau dur des dépenses, différencier l'assurance de l'assistance, redéfinir l'obligatoire, séparer le petit risque du gros risque. Dans ce cadre, plusieurs pistes sont avancées, non exclusives l'une de l'autre, pour alléger le panier remboursable.

Aujourd'hui, si la part socialisée des dépenses reste stable à 77 %, le nombre de personnes intégralement couvertes augmente, notamment les personnes en affection de longue durée (ALD) et celles qui bénéficient de la Couverture maladie universelle (CMU). Mais pour d'autres assurés, le taux de remboursement baisse, en liaison avec les déremboursements de médicaments et la multiplication des tickets modérateurs. Le poids des *reste à charge* augmente donc, mais insuffisamment au regard des chantres du nouveau modèle social.

La question des affections de longue durée est donc centrale. Elle concerne 8 millions d'assurés pour lesquels sont mobilisées 60 % des dépenses de l'assurance maladie. Autant dire que pour ceux qui n'ont en tête que la réduction drastique des dépenses socialisées, elles sont dans le collimateur, en raison de leur montée en charge (plus de 4,3 % en dix ans) et un coût moyen par ALD de 10 000 euros (bien que le *reste à charge* pour les patients soit déjà conséquent avec les dépassements tarifaires que nous connaissons aujourd'hui et les forfaits).

La réflexion tourne donc autour des questions : faut-il enlever des maladies de la « liste » des ALD ? Quels sont les critères médicaux à prendre en compte ? Le stade d'évolution de la maladie ou la durée de traitement ? Le diabète est particulièrement visé, au moins à ses premiers niveaux. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est penché sur la question, estimant qu'à trop vouloir « sanctuariser » les prises en charge intégrales, en laissant charger la barque des assurés non exonérés, on mettait en cause l'attachement à la sécurité sociale. La Haute autorité de santé (HAS) a estimé quant à elle que les affections de longue durée étaient davantage traitées en termes de « situation d'exonération », que de maladie chronique, au détriment de la prévention et d'une coordination

des soins permettant une prise en charge médicale de qualité. Tout est donc prêt pour une réforme des ALD, mais laquelle ?

La récente proposition du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), Frédéric Van Rockeghem, visant à rembourser à 35 % les médicaments jusque-là remboursés à 100 % a suscité un tollé. La Cnam a émis un avis négatif et le directeur a dû retirer ce projet qui, au début d'une campagne gouvernementale sur le pouvoir d'achat, tombait fort mal. Mais ne soyons pas naïfs, ce ballon d'essai n'était pas une initiative personnelle. L'histoire n'est pas terminée de ce point de vue, même si l'on peut se réjouir de l'unité montrée dans la riposte. Cette unité trop peu souvent réalisée en matière de protection sociale a porté ses fruits. Mais le projet va sans doute ressurgir sous une forme un peu différente, quitte à faire prendre en charge le déremboursement par les assurances complémentaires.

Mais la question des ALD est liée au projet de « bouclier sanitaire », qui pourrait à terme la rendre sans objet. Selon le mécanisme de ce bouclier sanitaire, une idée de Martin Hirsch mise en forme par Raoul Briet¹ et Bernard Fragonard², les sommes restant à la charge du patient ne pourraient pas dépasser 3 à 5 % de son revenu brut. Un dispositif similaire a été mis en place en Allemagne depuis 2004, avec un *reste à charge* plafonné à 2 % du revenu. Ce plafond pourrait être le même pour tous, ou proportionnel aux revenus de l'assuré. Le gouvernement hésite car si le bouclier sanitaire habilement présenté peut être plus convaincant, notamment pour ceux qui ne possèdent pas aujourd'hui d'assurance complémentaire, il ne peut être mis en place que dans deux ou trois ans, alors que Nicolas Sarkozy veut aller vite pour diminuer les dépenses socialisées. Le bouclier est dangereux à plus d'un titre : on paie plein pot plusieurs centaines d'euros (des estimations parlent d'une moyenne de 800 euros) avant d'accéder enfin au remboursement total, ce qui pénalise aussi bien les malades à pathologies lourdes qui, de toute façon, paieront toujours la totalité de cette franchise que les bien-portants qui, n'atteignant pas le plafond, paieront l'intégralité de leurs dépenses. Que vont alors décider des milliers de jeunes actifs et bien-portants, voire les classes moyennes aisées, qui devront cotiser pour

1. Raoul Briet est membre du Conseil de la Haute autorité de santé, président du Conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites.
2. Bertrand Fragonard est président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM).

la sécurité sociale alors qu'ils n'en tireront aucun avantage immédiat ? N'y a-t-il pas par ailleurs risque potentiel de surconsommation ? Le bouclier serait de toute façon peu protecteur car troué par les dépassements d'honoraires, et par de nombreux biens de santé utiles et non remboursés. En tout état de cause faut-il, bouclier sanitaire ou pas, qu'un patient atteint d'une pathologie lourde soit remboursé en fonction de sa situation sociale ou de ses revenus ? Faut-il aller jusqu'au recours sur succession envisagé pour la prise en charge de la dépendance (un paradoxe après les exonérations injustifiées sur les successions décidées par la loi dite TEPA, « en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat », en juillet 2007) ? On sortirait évidemment dans ce cas des principes de la sécurité sociale. L'autre piste consiste à considérer que l'assurance maladie devrait se concentrer sur le risque lourd, éventuellement cogéré avec les assurances privées ou les mutuelles, le « petit » risque revenant à l'assurance privée et au « choix » individuel. C'est le panier de soins à la mode néerlandaise. Jean-François Chadelat³, alors président de la Commission des comptes de la sécurité sociale, avait largement traité du sujet dans son rapport du 8 avril 2003⁴ sur la répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé, en proposant une « couverture maladie généralisée » composée de l'assurance maladie et de l'assurance complémentaire, supposant une gestion commune ou complémentaire. Ces propositions ont été faites avec le soutien de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). En 2004, la loi Douste-Blazy instituant l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et créant les « contrats solidaires » (pour lesquels aucun questionnaire de santé n'est demandé à l'assuré, la prime ou la cotisation n'étant donc pas fixée en fonction de son état de santé) avait d'une certaine manière déjà enclenché ce processus de partage. Il s'agissait aussi d'afficher l'égalité entre mutuelles et assurances auprès de la Commission européenne, alors que la logique des assurances est de pratiquer la sélection des risques.

Récemment, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de la Sécurité sociale (la MECSS) et son rapporteur Alain Vasselie (UMP) ont tranché, en tout cas sur un point :

3. Jean-François Chadelat, inspecteur général des Affaires sociales, président du Fonds de financement de la Couverture maladie universelle.

4. Rapport disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/chadelat_131206/rapport_chadelat_131206.pdf

à la question « qui doit payer ? », ils ont répondu qu'il « peut être légitime d'envisager de nouveaux transferts de charges en direction des assureurs complémentaires ».

Le rapport 2008 de la MECSS⁵ rappelle qu'une « collaboration plus poussée entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires est souhaitable en matière de risque » si l'on veut « accroître la place des complémentaires dans le financement du système de santé ». La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) propose depuis longtemps que l'assurance maladie obligatoire se concentre sur le prétendu « cœur de métier » de la Sécu, les « gros risques ». Pour les « petits risques », les assurances ont déjà fait savoir qu'elles étaient prêtes à prendre en charge « au premier euro l'optique, le dentaire, les prothèses auditives et tout le petit appareillage », qui relèveraient de l'assurance volontaire, donc d'une couverture privée, les sortant du champ de la sécurité sociale.

Depuis des mois, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques – la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, l'a évoqué publiquement – ce transfert des risques « optique, dentaire et prothèses » se prépare, en général vers les assurances. Or, si l'on prend par exemple l'optique, alors que la déficience visuelle touche 40 millions de Français, on voit bien ce qui est en jeu : si les problèmes visuels sont sortis du champ effectif de la santé, il y aura des risques importants de dégradation (et donc, à terme, de coût plus élevé pour l'assurance maladie), un accès inégalitaire, un retard accentué pour changer de lunettes, etc. Quel est l'intérêt ? Compte tenu de la faiblesse des remboursements actuels – l'optique ne « coûte » qu'environ 230 millions d'euros à la Sécurité sociale – il s'agit bien de choix politiques et idéologiques d'allégeance aux *desideratas* du patronat et des assurances privées. L'objectif est d'entrer nettement dans une privatisation programmée de la santé : les logiques de marchandisation de la santé avancent à grands pas, au détriment de la santé elle-même. Comment définir en effet ce qu'est un gros ou un petit risque en matière de santé, sans prendre en compte les conséquences d'un « petit risque » non ou mal soigné faute d'argent ?

La question des assurances complémentaires, de leur rôle, est donc centrale. Les transferts de plus en plus importants vers elles, pour alléger le « panier de l'assurance

5. Ce rapport est disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-385.html>

maladie obligatoire », ne prennent pas en compte les problèmes posés : 8,5 % des assurés n'ont pas d'assurance complémentaire, essentiellement des ménages ou personnes de condition modeste, certaines d'ailleurs en affection de longue durée, avec des *reste à charge* importants ; toutes les caisses complémentaires n'ont pas le même coût pour leurs adhérents, selon qu'il s'agit d'un contrat collectif ou facultatif, et selon la taille de l'entreprise ; le niveau de couverture n'est évidemment pas le même pour tous, précaires et retraités se trouvant bien souvent en situation critique. De plus, le rapport de la MECSS déjà cité relève le montant important de fonds publics consacrés à accroître le taux de couverture de la population par des assurances complémentaires : 7,6 milliards d'euros, environ 35 % des prestations remboursées, en additionnant Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), aides fiscales et sociales, aux contrats collectifs, exonérations de taxes, aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire ; pourquoi donc ne pas consacrer ces sommes à l'assurance maladie pour compléter et remplir davantage son panier de soins et de biens remboursables ?

Mais la logique des mesures est bien d'alléger la dépense socialisée (sans agir en réalité sur la dépense elle-même), et d'alourdir la dépense individuelle (car les mutuelles et assurances devront évidemment augmenter leurs tarifs). Le danger majeur de cette politique est bien sûr l'accroissement des inégalités d'accès aux soins. Sans compter qu'on parle aujourd'hui de distinguer, dans la prise en charge, ceux qui seraient responsables de leur maladie (conduites dites « addictives », non-respect de mécanismes de prévention) et ceux qui la subiraient, malgré un comportement supposé vertueux. La sélection des « bons risques » mettra de côté les personnes les plus malades ou les plus âgées.

Ce qui débordera du panier pourra être placé dans un deuxième panier pour les uns, et laissé à l'étal pour les autres, qui n'auront pas les moyens de se payer le surplus. Au-delà, rien n'empêche les plus riches de contracter des assurances haut de gamme pour leurs bobos petits ou gros. À plus ou moins long terme, quel besoin pour eux de cotiser à la Sécurité sociale ? Ce processus risque fort d'entraîner une perte de confiance dans la sécurité sociale (comme pour

les retraites, avec un catastrophisme affiché, et un fatalisme qui a pesé sur les dernières mobilisations), et à terme une privatisation progressive de l'assurance maladie ne laissant subsister qu'un filet de sécurité pour les plus démunis.

D'autres pistes sont pourtant possibles, liant qualité du système de santé et politiques publiques ; il est notamment indispensable de s'interroger sur la médecine à l'acte, productiviste et peu efficace, de maîtriser les tarifs médicaux et de faire cesser le scandale des dépassements tarifaires. Il faut arrêter de laisser croire que les patients sont responsables/coupables des dépenses, sans interroger la prescription des professionnels.

Surtout, il faut se pencher sur l'explosion des cancers professionnels et des maladies liées à l'environnement, des crises sanitaires résultant d'une agriculture productiviste. C'est en réduisant les causes des maladies chroniques que l'on fera à terme des économies, non en retardant l'accès aux soins pour des pans entiers de la population. Cela va de pair avec une réflexion indispensable sur le financement, qui doit être réinterrogé en faisant davantage contribuer le capital et le patrimoine.

En tout état de cause, il s'agit d'engager un processus de reconquête des missions de la branche maladie de la sécurité sociale. Comme pour les retraites, c'est un choix de société qui est en jeu. ■