



Notre Sécurité sociale

ISSN-2491-1119

<http://www.outilsdusoin.fr>

Livret N°3

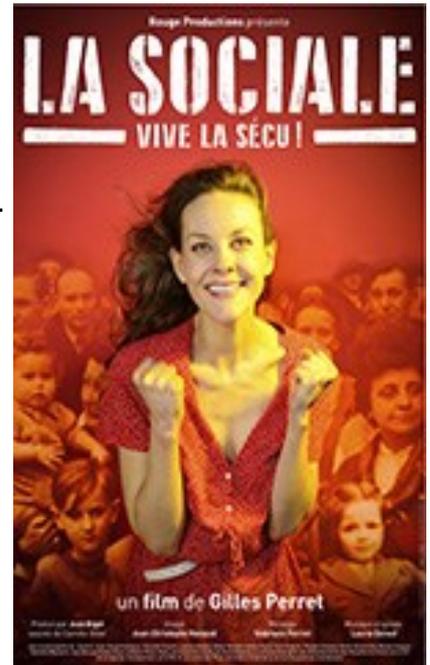
1. Sommaire

2. [Introduction](#)
3. [Historique. Organisation](#)
4. [Le trou de la Sécu, fiction, réalité ?](#)
5. [Payer son médecin à la performance ?](#)
6. [La mutuelle d'entreprise, une privatisation qui ne dit pas son nom](#)
7. [Le régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle \(RLAM\)](#)
8. [Le Royaume-Uni](#)
9. [L'Espagne](#)
10. [Les Pays-Bas](#)
11. [Les Etats-Unis](#)
12. [International : comparer, apprendre](#)
13. [International \(Suite et fin\)](#)
14. [Les inégalités de santé s'accroissent](#)
15. [La destruction de la Sécurité sociale](#)
16. [La Sécu que nous voulons](#)

Introduction

[Sommaire](#)

Tous les pays industrialisés ont une protection sociale. La Sécurité sociale en France est née en 1945, mais elle a évolué . Aujourd'hui, elle intervient en cas de maladie, chômage (depuis 1958), retraite, présence d'enfants dans la famille, accident de travail ou maladie professionnelle. D'abord réservée aux travailleurs, elle s'étend progressivement à tous les résidents en France, à des rythmes différents suivant les risques (retraite, famille, maladie). D'où, pour ses ressources, le recours à l'impôt, en sus des cotisations. D'où, encore, l'introduction de l'Etat dans sa gestion, aux côtés des syndicats de salariés.



Côté maladie, elle rembourse les soins et paye les soignants, à l'hôpital et en ville. Elle prend en charge la totalité des soins pour les personnes gravement malades, et en partie pour les autres. La part restée à la charge des personnes peut être remboursée par des assurances complémentaires. Pour les pauvres, la Sécurité sociale met en place une complémentaire, en totalité (CMU) ou partiellement (Aide à l'acquisition d'une complémentaire). Mais en Alsace-Moselle la Sécurité sociale prend en charge les soins à 90% et l'hospitalisation à 100%, pour moins cher que les complémentaires !

La Sécurité sociale est financée par des cotisations prélevées sur les salaires, des taxes et des impôts. Ses recettes évoluent moins vite que ses dépenses. A cause du chômage, de la fraude des cotisations d'employeurs non payées, et aussi du coût des soins. En même temps, le reste à charge augmente pour les patients. Et les assurances complémentaires prennent une part toujours plus importante sur le « marché » de la couverture des soins de premier recours.

Il existe des projets politiques de privatisation de la Sécurité sociale. Cette institution qui devait être gérée majoritairement par les travailleurs, est devenue une administration rigide qui organise la corruption des professionnels et le contrôle des usagers, considérés comme des fraudeurs. Quelle Sécurité sociale voulons-nous ? Comment la revendiquer et la re-démocratiser ?

Il existe, avant notre Sécurité sociale, des embryons de protection sociale même avant la Révolution. L'abolition des corporations en 1791 met fin à ces tentatives. Avec la révolution industrielle et la généralisation progressive du salariat, les luttes sociales se multiplient et les travailleurs obtiennent progressivement différentes mesures de protection sociale. Dès 1835 sont reconnues les sociétés de secours mutuel puis, en 1898, c'est la charte de la mutualité. Parallèlement, en 1893, l'Etat crée une assistance médicale gratuite pour les Français malades et indigents. En 1904, est créée l'aide sociale à l'enfance, en 1905 l'assistance aux personnes âgées incurables, en 1932 les caisses d'allocations familiales. Côté vieillesse, en 1910, est institué un régime d'assurance obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie. Quant aux risques maladie, invalidité, maternité, vieillesse, décès, l'assurance obligatoire est créée dès 1930, pour les salariés titulaires d'un contrat de travail. Entre temps, en 1928, un régime spécial a été mis en place pour les agriculteurs. Toutes ces avancées ont été combattues par les médecins. Ils ne voulaient pas « dépendre » de ces caisses, en accord pour cela avec les syndicats ouvriers, qui ne voulaient pas d'une médecine sociale contrôlée par le patronat.

La Sécurité sociale d'aujourd'hui, est organisée sur la base des ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, en application du programme du Conseil national de la Résistance. Elle est fondée sur le

principe de la solidarité, qui se traduit par des cotisations obligatoires proportionnelles aux salaires sous plafond (les retraités ne cotisent pas mais paient la CSG), en vue d'assurer la protection sociale de tous les usagers, de la même manière, quels que soient leur âge, revenus, état de santé. Cette conception est à l'opposé de celle qui régit les systèmes assurantiels, basés, eux, sur la tarification du risque selon différents critères – âge, état de santé, etc. – et donc forcément inégalitaires.

Le système est fractionné en plusieurs régimes distincts, gérés par des caisses différentes :

- Le régime général (salariés du privé)
 - Le régime agricole (exploitants et salariés agricoles)
 - Le régime des travailleurs indépendants (industriels, artisans, commerçants, professions libérales). Ce régime est intégré aujourd'hui à la CNAMts pour le risque maladie
- Les régimes spéciaux (fonctionnaires et autres)

Le Régime général est lui-même organisé selon quatre branches : (1)

- Maladie (CNAM : tous salariés)
- Accidents du travail - maladies professionnelles
- Familles (CAF : tous salariés)
- Vieillesse (CNAV salariés du privé)

(1) Il s'y ajoute le FSV (Fonds de solidarité vieillesse) qui finance des prestations des régimes de retraite vieillesse relevant de la solidarité nationale et non de cotisations (exemple : le minimum vieillesse).

Le « trou » de la Sécu, fiction ou réalité ?

Les chiffres à retenir (2014 et 2015)

Des prestations en hausse continue du fait à la fois du vieillissement de la population et des progrès technologiques de l'offre de soins : en tout, 456 Md€ en 2015 (dont 190 Md€ pour la maladie), soit 21% du PIB.

Des recettes constituées par des cotisations sociales (57%) et le reste essentiellement par l'impôt (39%), dont la CSG constitue le principal constituant (23% du total des recettes)

Un déficit global de -10.2 Md€ en 2015 imputés principalement au risque Maladie du Régime général (-5.8 Md€) et au FSV (Fonds de solidarité Vieillesse) (-3.9 Md€)

Le concept même de « trou » est discutable.

Parle-t-on de « trou » quand on fait référence aux dépenses de la Police, de l'Armée, de l'Education ? Non. Alors, pourquoi pour la Sécu ?

La raison est que l'on se réfère à un système assurantiel dans lequel les primes payées par les usagers doivent couvrir le risque. Cela serait possible si les cotisations représentaient les seules recettes d'un système autogéré, où les usagers ajusteraient primes et prestations. Or, ce n'est en rien la situation de notre Sécu nationale. Le responsable en est l'Etat. C'est lui qui a déséquilibré le système :

- ♦ En pratiquant des exonérations de cotisations non compensées. Et dans quel but ? Ramener le coût du travail français au niveau chi-

nois ? Vain objectif : le chômage n'en a pas diminué pour autant. Il n'empêche que le total des exonérations se chiffre à 30 Md€, dont plusieurs Md€ non compensés.

- ♦ En tolérant la fraude des entreprises assujetties. Elle dépasserait les 20 Md€. Dont une partie effectivement non recouvrable, car susceptible d'entraîner la fermeture des entreprises concernées, mais certainement pas la majorité.
- ♦ En focalisant la lutte contre la fraude sur des objectifs mineurs, telle la fraude aux indemnités journalières d'arrêts de travail
- ♦ En manipulant à sa guise l'affectation des ressources fiscales à telle rubrique : pourquoi tel taux de CSG, telle assiette de la CRDS, tel impôt plutôt qu'un autre pour financer l'Assurance maladie ou la Police ? Facile, alors, de faire apparaître ici un déficit et là un excédent !

Au lieu de culpabiliser l'ensemble des usagers à propos de ce prétendu trou, pourquoi ne pas évoquer les quelque 10 milliards d'€ de soins et d'allocations non réclamés par des ayant droits découragés tant par la stigmatisation dont ils sont l'objet que par les obstacles bureaucratiques semés sur leur route ? Ou encore, les milliards dispensés à une industrie du médicament davantage championne du chantage aux délocalisations que de l'innovation ?

C'est seulement en 1970 qu'est signée la première convention nationale entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins pour fixer les règles de rémunération de ceux-ci. La Sécu rembourse aux patients une partie des frais qu'ils ont avancés lors de la consultation. Les médecins de ville sont donc rémunérés grâce à la Sécurité sociale. Ce paiement se fait selon le système du paiement à l'acte. Il favorise la multiplication des actes, au détriment de la qualité et du temps passé à faire de la prévention. Les médecins salariés dans des centres de santé sont également soumis à une cadence de travail imposée car leur établissement est rémunéré en fonction du nombre d'actes qu'ils réalisent. A l'hôpital, les actes sont codés et rapportent plus ou moins d'argent à l'établissement, une sorte de paiement à l'acte.

Les médecins gagnent bien leur vie avec le paiement à l'acte, bien mieux que les autres soignants. Ils perçoivent aussi des forfaits par patient dont ils sont le médecin traitant, forfaits plus importants pour les patients atteints de maladie chronique prise en charge à 100% (ALD). La Sécurité sociale qui les finance, a renoncé, de fait, à intervenir sur le revenu des professionnels de santé. Des médecins, par exemple, sont autorisés à dépasser les tarifs conventionnels. Ces dépassements d'honoraires sont à la charge des patients, certaines assurances complémentaires les remboursent. Malgré cette démission, la Sécurité sociale prétend intervenir sur les pratiques professionnelles – mettant donc la charrue avant les bœufs. En 2008, elle a ainsi expérimenté des « contrats d'amélioration des pratiques ou

CAPI » reposant sur des indicateurs comme le respect des examens de dépistage ou de suivi des maladies chroniques, ou la prescription de génériques. En 2011, elle a institué une « prime à la performance », sur des indicateurs du même type, devenue depuis 2016 « rémunération sur objectifs de santé publique » ou ROSP, imposée aux médecins, sauf s'ils font la démarche de la refuser.

Le paiement à la performance repose sur le respect de prescriptions et démarches déterminées par l'Assurance maladie sans concertation avec les médecins ni les patients. Ces démarches engagent les patients à leur insu. Si telle personne ne fait pas le nombre d'examens déterminés pour le suivi de son diabète, son médecin aura une prime réduite. Quand le médecin insiste pour qu'il fasse ces examens est-ce pour améliorer sa prime ou dans l'intérêt de la santé du patient ? Les indicateurs sont critiquables, comme la mammographie, examen de dépistage remis en cause actuellement. Plus grave, dans la convention, la Sécurité sociale prévoit d'ajouter comme indicateurs de performance la "reprise d'activité". Pour améliorer leur prime, les médecins devraient limiter les arrêts de travail utiles à la santé des patients. La Sécurité sociale a été créée pour permettre aux malades de se soigner, aujourd'hui elle ne pense qu'à les renvoyer au travail, guéris ou pas.

La mutuelle d'entreprise, une privatisation qui ne dit pas son nom

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, entériné par la loi du 14 Mai 2013, dite de sécurisation de l'emploi, comprend quatre chapitres. C'est dans le premier que sont formulées les dispositions relatives à l'assurance maladie des salariés. Le second traite de la lutte contre la précarisation de l'emploi, le troisième de l'anticipation des événements économiques jalonnant la vie des entreprises, le dernier de questions diverses.

Au 1^{er} Janvier 2016, les entreprises sont tenues de mettre en place une mutuelle d'assurance maladie où devront s'inscrire obligatoirement (sauf dérogations prévues par la même loi) leurs salariés et ayants droits. Cette assurance est complémentaire de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) gérée, elle, par la Sécurité sociale.

Les risques couverts sont énumérés par la même loi : complément à 100% du ticket modérateur pour les consultations et pour les médicaments remboursés à 65% pour la Sécu, prise en charge à 100% du forfait hospitalier, remboursement des soins dentaires prothétiques à 125% du tarif de responsabilité de l'AMO (soit 125% de *la base de remboursement et non pas des coûts réels payés par l'assuré*), meilleure prise en charge des dépenses d'optique.

Le choix de l'assureur fait l'objet d'un appel d'offres. La participation des entreprises est au minimum de 50% de la cotisation salariale.

Ce qui frappe, de prime abord, c'est le regroupement opéré par la même loi d'une mesure de prévoyance santé avec d'autres, relatives à la précarité des con-

trats de travail, au temps de travail, au traitement des licenciements. On finit par comprendre qu'il s'agit là d'un marchandage : davantage de souplesse accordée aux entreprises pour la gestion de leur personnel, contre une participation symbolique des mêmes entreprises aux frais de prévoyance desdits personnels...

Autrement dit, pas d'augmentations de salaire, des conditions de travail plus précaires et des licenciements plus faciles, mais en contrepartie une mutuelle dont 1/2 est payée par l'entreprise. Cela représente un double piège pour les salariés qui, quand ils se retrouveront au chômage ou à la retraite, devront payer au prix fort une mutuelle qu'ils n'auront pas choisie... C'est surtout un extraordinaire marché offert aux assurances complémentaires dont tous les salariés vont devenir dépendants.

C'est donc la loi adoptée consécutivement à l'ANI qui introduit l'assurance privée de manière obligatoire dans la place. La voie est ouverte au passage de l'AMO aux assurances complémentaires, dont les frais de gestion sont pourtant trois fois plus élevés que ceux de la Sécurité sociale. Et une porte grande ouverte à la privatisation ! Ainsi, la France se rapproche du modèle à la fois coûteux et inégalitaire américain où l'assuré social est tributaire des choix propres à son employeur.

Alsace-Moselle (RLAM)

Les usagers de ce système bénéficient d'une complémentaire santé, à très bas coûts de gestion, obligatoire, réservée aux salariés (hors fonctionnaires), chômeurs, retraités. Le système est alimenté uniquement par les cotisations des salariés (taux = 1.6% de l'assiette des revenus, abattements pour les retraités, les chômeurs, exonérations totales pour certaines catégories) et géré par les syndicats.

Ses prestations portent les taux finaux des remboursements à 100% pour l'hospitalisation, 90% pour les honoraires médicaux, infirmiers, kiné..., 80 et 90% pour les médicaments (respectivement 35 et 65% dans l'Assurance Médicale Obligatoire) ; sont exclus les soins dentaires, d'optique, les dépassements d'honoraires. Ce système a des coûts de gestion de 1 à 2% contre 20 à 25% pour les mutuelles et assurances privées. Il favorise les bas revenus, ainsi que les familles, au détriment des revenus plus élevés et des célibataires.

Quels sont les freins à la généralisation du RLAM à l'échelon national ?

D'abord, le fait qu'il délègue, moyennant forfait, la gestion de ses encaisse-

ments/décaissements au Régime général, ce qui génère une inquiétude quant à une éventuelle hausse de ce forfait en cas de généralisation du système.

De plus, ce système implique des taux de prélèvement accrus pour les cotisants salariés (sans cotisation patronale associée comme pour la sécu de base...). Et ils devront aussi payer des assurances complémentaires pour l'optique et le dentaire. On peut enfin se demander comment s'opèreront les réajustements des gestionnaires du système en cas de déficit. Que feront-ils si les cotisations sont insuffisantes et ne peuvent être augmentées sans peser plus lourdement sur les salariés ?

NB : L'apparition de l'ANI (Accord national interprofessionnel) a compliqué le paysage, sans pour autant le défigurer. Cet accord, qui prévoit la mise en place d'assurances complémentaires au niveau des entreprises, sera désormais considéré comme le troisième étage du système pour les usagers du RLAM. Les assureurs choisis couvriront la part de risque non supportée par le RLAM (soins dentaires, etc.)



Le NHS (National Health Service) a été créé en 1948. Dès le départ, il a été clairement défini qu'il serait financé par l'impôt, et que chacun paierait selon ses revenus. Un système dit « beveridgien », solidaire, mutuel et universel, géré centralement. L'accès aux soins est gratuit, mais les soins optiques et dentaires ne sont pas pris en charge et une participation forfaitaire fixe de 8,20 livres sterling (tarif 2015/2016) est demandée pour les médicaments prescrits.

Concernant les soins, le système est entièrement public. Le personnel médical (médecins, infirmiers...) est salarié de l'Etat. Ce sont des fonctionnaires. Le NHS est le plus gros employeur du pays avec 1.4 millions de salariés. Idem pour les hôpitaux et autres centres de soins, dans leur grande majorité propriété du NHS, gérés par l'Etat. Les patients choisissent leur généraliste dans leur secteur de résidence. C'est lui seul qui leur donne accès à un spécialiste. La consultation du généraliste est limitée à 10 minutes, le tiers payant s'applique.

Les séjours en hôpitaux publics se déroulent dans des chambres communes, sauf si l'on paye un supplément pour une chambre individuelle, à condition qu'il y en ait de libre. L'inconvénient du système est la longueur des files d'attente, aussi bien pour une consultation de généraliste, de spécialiste, ou

pour programmer une opération. C'est pourquoi, nombre de Britanniques choisissent de consulter dans le privé, en dehors de ce système. Les tarifs sont alors libres et non remboursés. Le secteur privé assure 10 à 15% des soins.

Le NHS a connu des déficits importants qui se sont traduits par des plans d'économies rigoureux, notamment au niveau des hôpitaux. D'où les files d'attente évoquées ci-dessus.

De nombreuses assurances ne prennent pas en charge les maladies chroniques. Elles ne prennent pas davantage les maladies chroniques détectées avant que l'assurance soit souscrite. La prise en charge de la maternité, de l'optique et du dentaire est optionnelle. La majorité des assurances exige de l'utilisateur d'être référé par son médecin généraliste public avant d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste privé et l'on peut consulter uniquement les médecins spécialistes affiliés au réseau de sa compagnie d'assurance. Des réformes récentes introduisent une dose de privatisation du système : généralistes et spécialistes pourront consacrer une fraction de leur activité à des clients privés.



Espagne : le système de santé

Le système de santé espagnol est proche du britannique. Comme ce dernier, il offre deux possibilités : le système public INSALUD et le système privé. Le système public a été décentralisé en 2002 sur 17 communautés, ce qui fait que les modalités de traitement des usagers sont susceptibles de variations selon leur localisation.

L'adhésion au système public est obligatoire et s'effectue sous la forme d'un impôt prélevé à la source. L'utilisateur et sa famille ont accès au système de soins qui fonctionne comme une capitation. Le passage préalable par un généraliste salarié d'INSALUD, localisé dans le territoire de vie des intéressés, est obligatoire, avant d'accéder à un spécialiste – si besoin est –, lui aussi salarié d'INSALUD. Le tiers payant est automatique. L'ensemble du système est gratuit (pas de ticket modérateur).

Mais les frais dentaires et d'optique ne sont pas couverts et les délais de consultation ou de programmation d'opérations peuvent être longs.

Le système privé assure 15% des habitants. Il comporte deux variantes :

1/ L'adhésion à une mutuelle. Celle-ci est alors une complémentaire du système public. L'entrée passe par un généraliste du

secteur public qui réorientera le patient si nécessaire, en accord avec la Mutuelle, vers le spécialiste ou l'hôpital ad hoc, eux-mêmes le plus souvent sous contrats avec ladite Mutuelle.

2/ Par la souscription à une assurance purement privée. Le patient choisit librement son médecin, son labo d'analyses ou sa clinique, selon les modalités de son contrat.

On assiste depuis quelques années à une privatisation rampante du système, notamment des hôpitaux, commençant par l'externalisation de certaines fonctions et pouvant s'achever par la privatisation totale d'un établissement de santé. Les mesures d'austérité qui ont frappé le système public se sont traduites par d'importantes réductions de personnel dans les hôpitaux et une surcharge des personnels encore en fonction. D'où des conditions propices à la désaffection du public, lassé par l'allongement des délais. Ces trois dernières années, plus de 7 000 médecins ont sollicité le certificat d'aptitude leur permettant de travailler à l'extérieur des frontières, cependant que 20 000 infirmiers se trouvaient réduits au chômage.

C'est un système universel, financé par un impôt dont l'assiette est constituée par la tranche du revenu imposable limitée supérieurement à 35 000 € environ, et le taux égal à 6.9%. Cet impôt est remboursé aux usagers par leur employeur, à charge pour les intéressés d'acquitter l'impôt dû sur ce remboursement. Les personnes sans employeurs cotisent au taux de 4.8%. L'Etat paie la prime d'assurance des moins de 18 ans. En outre, un forfait annuel variant avec le revenu, est payé par les usagers de plus de 18 ans pour tout recours aux soins hors ceux du généraliste. Une aide aux ménages les moins aisés leur permet de remplir leurs obligations.

Depuis la réforme de 2009, ces sommes servent à acquitter des primes auprès d'assureurs privés à qui l'Etat a délégué la gestion des prestations et choisis librement par les usagers. Le marché est détenu à 80% par cinq grands assureurs. Concernant les prestations, l'utilisateur peut être soit défrayé d'une somme d'argent, soit recevoir les soins en nature d'un professionnel ayant passé contrat avec son assureur : généralistes, spécialistes, kinés, infirmières, ambulanciers, hôpitaux, etc.

Le postulat de ce montage est que le marché est le meilleur moyen d'optimi-

ser le système, en prix de revient (gestion de l'assurance) comme en qualité du soin fourni, à condition qu'une information exhaustive et fiable circule entre les intéressés. L'entrée dans le circuit des examens ou des spécialistes passe obligatoirement par un généraliste choisi préalablement par l'utilisateur. Le panier de soins de base exclut certaines prestations : soins dentaires pour adultes, soins psychiatriques ou kiné au-dessus d'un plafond. Les maladies chroniques sont assurées séparément. Un assureur ne peut refuser un usager pour son âge ou sa santé. Les soins exclus ci-dessus peuvent néanmoins être assurés dans un cadre purement privé par une assurance complémentaire, qui peut être la même que celle souscrite à titre principal dans le socle obligatoire précédent (entre 3 à 5% de la dépense de santé totale). Les maladies chroniques sont assurées séparément, dans un fonds spécialisé. Ce système n'a pas prouvé la validité de la délégation de gestion aux assureurs privés, les dépenses de santé ont continué de croître rapidement pendant les premières années de son implantation.



Les Etats-Unis n'ont eu jusqu'en 2014, aucun système comportant d'assurance maladie obligatoire. N'existaient jusqu'alors que deux systèmes publics :

Medicare, pour les plus de 65 ans et les personnes gravement handicapées (soit 15 % de la population)

Medicaid qui touche les familles pauvres avec enfants, soit 20% de la population.

Pour le reste, il n'existait que la faculté de souscrire une assurance santé privée ou, si l'on avait cette chance, de bénéficier d'une assurance souscrite par l'employeur au profit de ses salariés. Il en résultait que non seulement les Etats-Unis avaient le système de santé le plus coûteux de l'OCDE, mais également celui caractérisé par la plus grande difficulté d'accès aux soins pour les couches défavorisées de la population.

Le **Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)**, ou **Obamacare** oblige, depuis 2014, chaque Américain à souscrire une assurance santé, via leur employeur, tenu à le leur en proposer. A défaut, les citoyens doivent souscrire individuellement une telle assurance. Si leur revenu est inférieur à 130% du seuil de pauvreté, ils peuvent le faire par le biais de Medicaid. Les personnes à revenus

supérieurs à ce seuil tout en étant modestes, bénéficient du soutien de l'Etat fédéral pour le faire. Les assureurs ne peuvent refuser une personne en raison de son âge, sexe ou état de santé. Mais, en dépit de ces aides, on estime entre 9% et 11% soit 20 millions de personnes, la part de la population qui reste dépourvue de toute assurance maladie.

Le nouveau système oblige notamment les entreprises à proposer des contrats assurant les enfants de leurs salariés jusqu'à l'âge de 26 ans. Les cotisations prélevées sur les salaires, dont dépend le financement du programme "Medicare", sont passées de 1,45 à 2,35 % et ont été étendues à l'ensemble des revenus individuels supérieurs à 200 000 dollars par an et aux ménages ayant des revenus supérieurs à 250 000 dollars par an. Naturellement, ces mesures ont aussi fait monter de 3 points la part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé. Le système demeure le plus cher de l'OCDE, avec 17% du PIB et le moins performant en termes de résultats (espérance de vie, mortalité infantile, accès aux soins, etc.).

Historiquement, les systèmes de santé nationaux se partagent en deux familles :

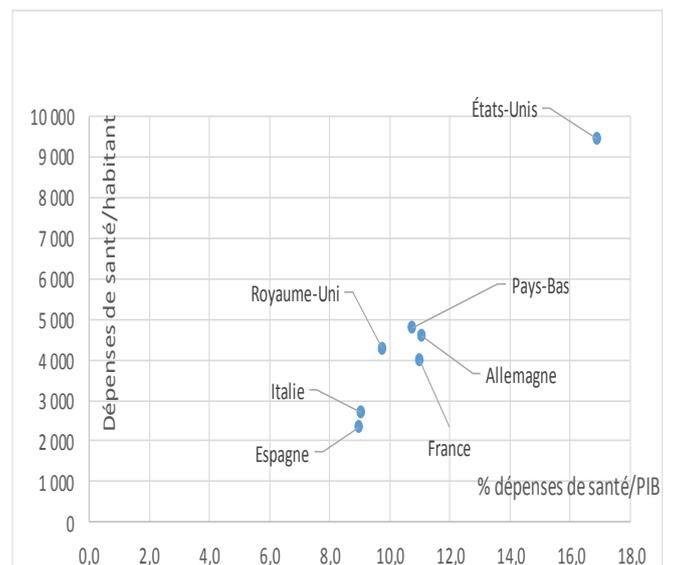
- Les systèmes financés par des impôts intégrés au Budget de la Nation, gérés par l'Etat. Le type en est le Royaume-Uni.
- Les systèmes financés par des cotisations salariales et patronales, gérés par les usagers, principalement les syndicats comme en Allemagne et en France.

Au fil du temps, des évolutions ont rapproché les deux systèmes. Les seconds ont introduit des financements par l'impôt, alors que, parallèlement, les cotisations étaient exonérées. En conséquence, la gestion de la sécurité sociale passait aux mains de l'Etat. Quant aux premiers, ils ont fait le choix d'accepter l'introduction d'assurances complémentaires privées pour couvrir des risques plus étendus ou éviter les files d'attente plutôt que d'augmenter les financements par l'Etat. Tout en décentralisant des prestations et des financements, au niveau des collectivités locales.

Mais tous les systèmes, quels que soient leurs modes d'organisation, ont dû faire face à la montée inéluctable des dépenses de santé, fruit du vieillissement des populations et des progrès de la médecine. Pour pallier les ressources manquant du fait de l'action délibérée des pouvoirs publics (voir plus haut, le « trou » de la Sécu), un intense battage médiatique, orchestré par les compagnies d'assurances, a prétendu trouver une solution dans la privatisation du système. On passait naturellement sous silence l'enchérissement considérable qu'impliquait l'entrée dans le jeu des assurances complémentaires, sous pré-

texte d'une meilleure adéquation du marché à la gestion du système. Ce faisant, la privatisation porte non seulement sur la gestion des primes, en amont, mais également sur le contrôle, en aval, des prestataires de santé (médecins, kinés, transporteurs, cliniques, hôpitaux) sur critères de performances. Mais puisque le prétexte en est la recherche d'une meilleure économie du système, où en est-on donc dans les pays ayant déjà expérimenté le système ? La question se pose alors du rapport coût/efficacité de cette privatisation.

Le coût d'abord. Le graphique ci-dessus montre que la privatisation



rate son objectif. Ses champions américain et hollandais sont en tête des dépenses de santé !

L'efficacité ensuite. Le cas de l'espérance de vie, observée sur un échantillon de pays développés, là encore, ne montre aucun avantage pour les privatisations.

International (suite et fin)

On comprend, sur cet exemple, que l'espérance de vie dépend moins du niveau des dépenses de santé que, plus probablement, des facteurs sociaux (richesse, inégalités...), environnementaux et alimentaires.

La comparaison Etats-Unis/Pays-Bas/France est aussi instructive, quant à l'existence ou pas d'un lien direct entre dépenses de santé et taux de mortalité infantile.

Les deux premiers pays sont les seuls de l'échantillon à avoir fait le choix de la privatisation complète du système. Ils se retrouvent pourtant aux antipodes concernant aussi bien l'espérance de vie que la mortalité infantile,

Sources : INED et OCDE

tile, avec des systèmes, cette fois, aux antipodes, le système français le plus public qui soit, le hollandais le plus privatisé....

On voit qu'il est vain d'espérer que la privatisation des dépenses de santé se répercute de façon simple sur le montant des dépenses de santé ou sur les « performances » des soignants.

A la lumière de ces quelques observations sur d'autres systèmes de santé que le système français, on comprend mal la hâte mise à introduire une dose de privatisation dans l'ANI. Alors que l'on disposait « à domicile » du modèle Alsace-Moselle : une assurance complémentaire publique, à coûts modiques et très bien gérée par ses usagers. Un modèle idéal au moment de mettre en application l'ANI. Eh bien non : voilà que la France saute le pas et fabrique le cahier des charges d'une complémentaire privée et obligatoire, à l'instar des Pays-Bas et des Etats-Unis. Le système qui, on vient de le voir, est loin d'avoir démontré quelque supériorité que ce soit, au contraire, en coût autant qu'en efficacité.

Quels sont donc les intérêts suffisamment puissants pour avoir guidé une telle décision ?

Pays	Espérance de vie	Dépenses de santé/habitant (\$)
Espagne	83,3	2 299
Italie	83,2	2 607
France	82,8	3 926
Pays-Bas	81,8	4809
Royaume-Uni	81,4	3 707
Allemagne	81,2	4 501
Etats-Unis	78,9	9 049

Pays	Taux de mortalité infantile (1/1000) 2014
Espagne	2,8
Italie	2,8
Allemagne	3,2
France	3,5
Pays-Bas	3,6
Royaume-Uni	3,9
Etats-Unis	5,6

Source : INED

Sur le tableau ci-dessus France et Pays-Bas se retrouvent au même niveau de mortalité infan-

démunis, pendant que les inégalités s'accroissent

On parle de « trou de la Sécu » depuis des années, les dépenses excédant les apports. Ces derniers sont liés à des cotisations insuffisantes (l'augmentation du chômage signifie moins de cotisations salariales), à la fraude sur cotisations patronales (non déclaration, déclarations irrégulières de travailleurs étrangers...), aux dégrèvements (les fameux « allègements de charges, reconduits malgré l'absence d'effets sur le chômage). L'augmentation des dépenses résulte du progrès de la technologie médicale, de l'augmentation des soins, et des prix excessifs des médicaments...

La Sécurité sociale est en guerre « contre la fraude ». Mais au lieu de traquer les cotisations patronales impayées (estimées à 20 milliards d'€), ou combattre la fraude des professionnels (détectée : 150 millions d'€), elle s'attaque à celle des usagers (détectée : 12 millions d'€), commençant par les plus pauvres, les personnes ayant la CMUc, l'ACS (complémentaire payée par la Sécu) ou l'AME (aide médicale d'état pour les étrangers) chez qui ces droits sont fonction des revenus déclarés. La Sécurité sociale peut vérifier leur train de vie, contrôler leurs comptes bancaires pour détecter des ressources non déclarées. Les plafonds de revenus pour ces aides sont bas (inférieurs au seuil de pauvreté). Les aides d'amis ou proches pour payer un loyer sont réputées occultées. Ces contrôles légaux utilisent les interconnexions de fichiers

avec les impôts et les banques. Entre temps, les inégalités de santé progressent, battent des records. L'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 7 ans à celle d'un cadre et cette inégalité se transmet aux générations suivantes. Toutes les maladies, quand on descend dans l'échelle sociale, apparaissent plus tôt et sont plus graves. Les moins riches sont moins bien soignés (pas d'accès aux spécialistes avec dépassements d'honoraires, moins d'impact des campagnes de prévention, recours moins rapide aux soins, manque d'explications adaptées etc.).

Les inégalités de santé sont dues aux conditions de vie (logement, travail, environnement...) mais ont aussi une dimension culturelle. La façon de parler de son corps n'est pas la même, la capacité à comprendre la « langue » du professionnel de santé n'est pas la même suivant les différentes catégories sociales... Toutes causes de graves difficultés d'accès aux soins. 65% environ de ceux qui ont droit à la CMUc comme à l'ACS ne les demandent pas (sans parler de l'AME). Ainsi, les personnes les plus démunies ne peuvent payer l'optique ou les soins dentaires, et le forfait hospitalier est une charge importante. Près de 50% des personnes qui ont la CMUc renoncent à des soins. Ceux qui n'ont pas ces aides doivent payer une assurance complémentaire, pesant bien plus lourd dans leur budget que pour les riches.

La destruction de la Sécurité sociale : une entreprise longuement ourdie, méthodiquement menée

Pour certains hommes politiques, la Sécurité sociale devrait se confiner au traitement des maladies chroniques et/ou de longue durée. L'ensemble des autres risques seraient pris en charge par les assurances privées, mutuelles ou pas. En clair : le « petit » risque, rentable, pour les assureurs privés ; le « gros » risque, inassurable, pour l'Assurance maladie publique. Soit la réalisation du vœu formulé dès 2007 par le MEDEF : *« Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance »*.

En fait, dès 2002, l'Institut Montaigne, club de pensée bien connu des milieux de droite, publie un rapport intitulé *« Vers une assurance maladie universelle »*. Après y avoir défini un *« panier de soins »* composé des maladies qui continueraient d'être assurées par la Sécu, les auteurs poursuivent :

« Les biens et les services de santé non pris en charge au titre de l'assurance maladie universelle relèveront de l'assurance supplémentaire. Les mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies d'assurance qui interviennent en complément de l'assurance maladie devront devenir de véritables assureurs de risque maladie pour couvrir sur une base facultative et gérer au premier euro du risque supplémentaire afférent à des soins ne figurant pas dans le panier de soins universel. On peut parfaitement envisager que la couverture d'une partie des risques supplémentaires soit obligatoire... »

Et en Juin 2016, le même institut publie

« Réanimer le système de santé », où l'on peut lire : « une réflexion sur le contenu du panier de soins de base ainsi que sur la distinction entre ce qui relève de la solidarité et ce qui relève de la mutualisation devrait être menée avec l'ensemble des acteurs ».

Et dans le programme de François Fillon : *« Redéfinir les rôles respectifs de l'assurance publique et de l'assurance privée, en focalisant l'assurance maladie notamment sur les affections graves ou de longue durée : le panier de soins « solidaire » ; et l'assurance complémentaire sur le reste : le panier de soins « individuel ».*

Seuls s'étonneront les naïfs : l'institut Montaigne est présidé par Henri de Castries, lui-même Président d'AXA et ami de ce candidat à la présidentielle. Et le co-Président du groupe de travail ayant œuvré sur le rapport de l'institut Montaigne de Juin 2016 n'est autre que Frédéric Van Roekeghem, Directeur exécutif de l'assureur MSH-

International et tout récemment encore, Directeur général de la CNAMts. Enfin, pour couronner le tout : la perspective enivrante, la privatisation étant réalisée, de la gestion d'une trésorerie de 200 milliards d'€ tombée aux mains des assureurs-spéculateurs.

Mais, n'est-ce pas un gouvernement de « gauche » qui a fait la courte échelle aux assurances privées, grâce à la mise en place de l'ANI, ainsi que nous l'avons vu dans ce livret ? La Droite l'a rêvé, la « Gauche » l'a fait !

Quelle serait une Sécurité sociale « idéale » ?

Son financement progressif sur l'ensemble des ressources des usagers est l'option la plus égalitaire. En mettant en commun une partie de leurs ressources, les usagers constituent un fonds pour soigner chacun selon ses besoins. Tous contribuent à un unique Fonds. Leurs représentants à son Conseil d'administration sont largement majoritaires (2/3). Ils ont le pouvoir de modifier aussi bien les recettes, en ajustant la répartition des apports et le taux des cotisations, que les dépenses. Il ne faut pas se cacher la difficulté à construire une telle institution, gérée démocratiquement, responsable de la gestion de milliards d'euros : il faudra définir les pouvoirs, la composition, la désignation de ses instances; ses rapports avec l'Etat, le Parlement, les professions de santé, mais aussi les industries du médicament, les fournisseurs de biens d'équipement, les constructeurs d'hôpitaux, les associations de malades. **Il va falloir faire tout cela. Et l'on doit pouvoir y arriver. Mais l'on doit aussi se souvenir que cela ne va pas être simple...**

Nous partons de beaucoup moins loin que nos prédécesseurs qui se sont battus depuis la fin du XIXème siècle pour faire advenir la Sécurité sociale de 1945. A nous de combattre pour une Sécurité sociale réellement solidaire et égalitaire :

- ◆ alimentée par des cotisations à taux progressif
- ◆ prenant en charge tous les soins nécessaires et les indemnités en cas d'arrêt maladie à 100% pour tous les usagers
- ◆ généralisant le tiers payant (pour sortir du paiement à l'acte)
- ◆ interdisant les dépassements d'honoraires et supprimant les franchises
- ◆ négociant avec les entreprises pour le paiement par les employeurs de la part complémentaire de la Sécurité sociale à 100%

Cette Sécu, c'est notre objectif. Des obstacles se dressent sur sa route, dont la collusion entre les dirigeants économiques et politiques du moment et de tous bords. En attendant un rapport de forces favorable, exigeons tout de suite :

1. que la Sécurité sociale soit gestionnaire de la complémentaire, à la place des mutuelles et assureurs privés
2. que les usagers de la Sécu retrouvent une participation effective à la gestion des prestations et ressources y compris fiscales de la CNAM