



# Introduction générale

## « Les enjeux de la protection sociale »



Didier TABUTEAU

### Responsable de la Chaire santé de l'IEP de Paris

Le sujet que vous avez choisi de traiter est, à mon sens, crucial pour les années à venir. Pour aborder les défis auxquels l'assurance maladie est confrontée, il faut se souvenir de son histoire.

La première date clef de l'assurance maladie est 1918 avec le retour de l'Alsace-Lorraine dans la République. Cette région bénéficiait des lois bismarckiennes d'assurance sociale. Ainsi, à partir des années 1920, le principe de l'extension des assurances sociales à l'ensemble du territoire a été préparé au sein du Parlement.

La seconde date est 1944 avec le Programme des Jours heureux dans lequel il est prévu « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

Nos anciens ont consacré une part substantielle des richesses économiques qu'ils ont créées pendant les 30 glorieuses à la construction de l'assurance maladie. Il s'agit d'un effort considérable. L'œuvre politique est tout aussi impressionnante, avec en 1944-1945, l'affirmation du principe d'universalité. Toutefois, très vite, les résistances socio-professionnelles ont conduit à la conservation ou l'institution de régimes propres à de nombreuses professions. Au fil des ans, l'idée d'universalité fera néanmoins son chemin avec le principe de la généralisation de la Sécurité sociale (loi de 1978 créant l'assurance personnelle).

La dernière étape est la loi créant la CMU (1999) permettant à toute personne résidant régulièrement sur le territoire national de bénéficier de l'assurance maladie. Depuis le 1er janvier 2016, la PUMA instaure une protection universelle maladie et offre à toute personne un droit personnel à l'assurance maladie.

Les deux grandes solidarités majeures dans une société sont l'école et l'assurance maladie. Toutefois, la solidarité en matière de santé est mise à mal par les déficits persistants ou récurrents, le financement de la nouvelle médecine, l'innovation thérapeutique et le champ de la prévention. Le deuxième enjeu est celui de l'égalité d'accès, qui se réduit sous les effets de la démographie médicale ainsi que, depuis 1980, du « virus de la liberté tarifaire ».

Or notre système est l'un des rares à reposer sur le principe de deux financeurs pour la même prestation : en 1945 la Sécurité sociale rembourse à 80 % les soins dans la limite des tarifs qu'elle fixe

et les mutuelles ou le malade ou une assurance complémentaire les 20 % restants, et le cas échéant les dépassements de tarif. En 1945, il était toutefois envisagé que la Sécurité sociale propose une prise en charge complémentaire permettant de rembourser les soins à 100 %. En 1947, une loi a cependant été votée « dans l'intérêt de la mutualité française » et a mis fin au droit des caisses de Sécurité sociale de proposer une protection complémentaire.

L'œuvre historique de la mutualité est exceptionnelle. Mais aujourd'hui, toute solidarité plus restreinte que la solidarité nationale crée des inégalités. Le grand projet social devrait être pour l'avenir de rapprocher et à terme de fusionner mutuelles et l'assurance maladie pour qu'un seul financeur rembourse 100 % des dépenses de santé. Une assurance est forcément moins solidaire que la Sécurité sociale, dans la mesure où les primes qu'elle perçoit pénalisent les personnes aux revenus les plus modestes quand ils ne bénéficient pas de la CMUC – ces cotisations ne sont pas ou peu calculées en fonction des revenus et ne prennent pas en compte les revenus du capital-, de plus ces primes pénalisent les familles –elles augmentent en général avec le nombre de personnes à charge - et elles défavorisent les personnes âgées puisqu'elles augmentent fortement avec l'âge. En 2015, 25 milliards d'euros de remboursement ont été versés par les complémentaires pour 7 milliards d'euros de frais de gestion qui doublent pour l'essentiel les frais de gestion de la Sécurité sociale. Ainsi, pour 5 euros versés à une complémentaire, plus d'1 euro part en frais de gestion (administration, ...) et d'acquisition (publicité, ...). Le grand défi de l'assurance maladie pour les 10 à 20 ans à venir ne réside-t-il pas dans l'utilisation de ces montants considérables pour de la prévention et des soins et non en frais de gestion ? Il s'agit d'un enjeu considérable de rationalisation.

Si cette vision paraît inacceptable ou inaccessible, je demande au moins que toute personne puisse choisir la Sécurité sociale comme complémentaire, comme c'est le cas dans la CMUC.

Je terminerai par une citation du Pr Jean-Jacques Dupeyrou : « L'assurance maladie est une histoire pleine de bruit et de fureur, mais qui n'est pas vide de sens ». A nous de redonner du sens à cette histoire. Les associations de patients me semble être le contre-pouvoir central pour une imposer une transformation de cette ampleur.

### **Un intervenant**

Etant donné le contexte économique, pensez-vous que nous prenons la direction que vous dessinez ?

### **Didier TABUTEAU**

Les Français sont très attachés à l'assurance maladie. Aujourd'hui, je suis d'accord avec vous, les promoteurs de ce projet sont très isolés, mais je crois que cette idée peut demain faire son chemin.

### **Une intervenante**

Je ne pense pas que la Sécurité sociale puisse prendre en charge toutes les dépenses. Nous ne supprimerons donc pas les complémentaires (dépassements d'honoraires, etc.).

### **Une intervenante**

Les citoyens seront très probablement très favorables à la fusion des deux régimes. Ces derniers souhaiteraient néanmoins savoir quel serait le coût de la cotisation.

### **Un intervenant**

Comment établir le rapport de forces ?

### **Didier TABUTEAU**

Les complémentaires prélèvent près de 33 milliards d'euros, soit un montant comparable à celui des tickets modérateurs, des forfaits et des dépassements moyens d'honoraires (36 milliards d'euros).

Financièrement, le projet peut donc être équilibré, sans prélever un euro de plus globalement, moyennant quelques négociations tarifaires ! En revanche, la liberté de choix de son assurance disparaît. Mais la solidarité est un choix collectif. L'équilibre économique réside dans les 7 milliards d'euros de frais de gestion qui seraient économisés.

Les cotisations seraient remplacées par 3 points de CSG (environ 33 milliards d'euros).

Enfin, s'agissant du rapport de forces, il doit être créé par les acteurs sociaux au premier rang desquels se trouvent les associations d'usagers et de malades !