



Accès aux soins et mutualité

Conférence-débat

Animée par **Daniel Rallet**

Membre du Secrétariat national de la Section Fédérale des Retraités de la FSU

Mardi 4 avril 2017 à Saint-Malo

Ce texte n'est pas la reproduction intégrale des propos tenus, mais un compte rendu fait sur la base de notes prises lors des deux réunions animées par Daniel Rallet à Quimper puis à Saint-Malo.

La Sécu¹ au cœur du débat ?

Depuis 30 ans, des politiques fondées sur le dogme du blocage des 'prélèvements obligatoires' ont conduit au désengagement de la Sécu et à l'extension du champ des complémentaires santé. Les mutuelles qui ont accompagné le mouvement, le plus souvent de bon gré, réalisent désormais qu'elles sont prises dans une logique de concurrence mortelle pour le mutualisme et elles appellent à un sursaut collectif, notamment en interpellant les syndicats de la Fonction publique. Les groupes d'assurances privées et leurs soutiens libéraux, quant à eux, attendent que le fruit mûr n'ait plus qu'à tomber.

La lutte acharnée que se sont livrée les prétendants à la 'primaire' de droite pour les présidentielles a servi de révélateur avec les déclarations tonitruantes du candidat Fillon (cf. les « petits risques » et les « gros risques »). En proposant pratiquement de jeter à bas le système actuel, il a alerté l'opinion et provoqué de fortes réactions, signe de l'attachement des citoyens à leur Sécu. Mais il a en même temps révélé le manque, depuis des années, d'un débat politique de fond sur la Sécu et sur la 'restructuration silencieuse' des assurances maladie en cours depuis 20 ans.

Dans nos syndicats comme dans la Fédération, le débat sur l'avenir de la Sécu a lieu depuis plusieurs années. Mais s'il a déjà fait l'objet de stages et de dossiers dans notre presse, dans nos instances il n'a pas toujours été mis au cœur du débat en vue de l'action.

Histoire d'un système dual

Si aujourd'hui l'assurance maladie est un système 'dual', organisé en deux étages - le premier, constitué par la Sécurité sociale, fondé sur la solidarité entre malades et non-malades, le second celui des diverses 'complémentaires santé' -, c'est le résultat de l'histoire des luttes sociales de la fin du 19^{ème} au début du 20^{ème} siècle menant à la création de la Sécu en 1946 sous l'impulsion et la conduite d'Ambroise Croizat.

¹ Quand on évoque la « Sécu », il s'agit essentiellement de la branche assurance maladie (on n'évoquera pas les retraites ici).

Au début du 20^{ème} siècle, il existe une *assistance* pour les plus pauvres, assurée par l'Église ou la commune, et dont les ressources sont variables en fonction des donateurs, des crises, etc. La « question sociale » a surgi en 1789, notamment avec l'affirmation des principes de la République : liberté, égalité, fraternité. Mais la réalité qu'a connue le pays a été une période de développement capitaliste et d'une classe ouvrière sans protection, avec ses révoltes et ses débats.

Progressivement, des mutuelles ouvrières, des sociétés de secours mutuel ont instauré une assurance sociale. Elles ont été mises sous tutelle à partir de 1852 (Second Empire de Napoléon III). D'une manière générale, avant le début du 20^{ème} siècle, l'assurance sociale s'est développée en marge de l'État, en partie à l'initiative du patronat (marine marchande, mines, chemins de fer ; allocations familiales à l'initiative du patronat chrétien... et cf. les mesures prises par Bismarck en Allemagne, puis dans l'Alsace-Lorraine annexée après 1870). Durant cette période, les classes moyennes ne voient pas l'intérêt de ces mesures.

On discute des retraites dès 1880 : elles sont votées en 1910. Le projet de loi sur l'assurance maladie date de 1920 : il est voté en 1922. En 1936, les syndicats adhèrent à l'assurance sociale.

L'Âge d'or

Né des sociétés de secours mutuel et consolidé dès la fin du 19^{ème} siècle, le monde mutualiste s'est tout d'abord farouchement opposé, comme d'autres forces sociales, au nom de la prévoyance et de la liberté individuelles, aux projets d'assurance sociale obligatoire esquissés dans le premier tiers du 20^{ème} siècle. Cette opposition s'est maintenue à la Libération face au projet de Sécurité sociale issu du programme du CNR², la Mutualité parvenant à faire abroger, en 1947, au nom de « la défense des intérêts de la Mutualité » l'article 39 des ordonnances de 1945 prévoyant la possibilité pour la Sécu de jouer le rôle de complémentaire santé. Un autre argument de la Mutualité était d'éviter la surconsommation de mesures de santé.

En 1947, la loi Morice instaure le 'ticket modérateur' ménageant un 'reste à charge' de 20 % qui permet le développement des mutuelles, et elle autorise les mutuelles de fonctionnaires (comme la MGEN) à gérer à la fois le régime de base et le régime complémentaire tandis que, dans le privé, des contrats de groupe sont négociés avec les partenaires sociaux pour désigner des institutions de prévoyance (opérateurs désignés en fonction d'un cahier des charges).

S'ensuit une période de fort développement des mutuelles dans le sillage de celui de la Fonction Publique, en particulier dans l'Éducation, qui constitue aussi l'âge d'or du système dual de l'assurance maladie. Malgré la mise en échec du projet d'Ambroise Croizat (ministre du Travail et de la Sécurité sociale de 1945 à 1947) d'une protection sociale véritablement universelle, des années 50 aux années 80, c'est une phase de conquête avec la multiplication par cinq des dépenses de santé sur la période (2,6 % seulement en 1950) et simultanément la croissance du niveau des remboursements (qui passe de 50 % environ en 1950 à 83 % en 1980). En 1971, la première convention de remboursement de l'assurance-maladie est signée avec les médecins (mais un secteur 2 avec dépassement d'honoraires est créé dès 1980). Enfin, avec l'arrêt Chazelle de 1962, l'État employeur subventionne les Mutuelles de la Fonction publique assurant la couverture de ses agents (versement d'une somme forfaitaire par agent selon des montants très variables suivant les ministères).

Cette période faste n'évite cependant pas les attaques contre l'esprit d'une Sécu bien commun des travailleurs lorsque, par exemple, l'ordonnance de De Gaulle en 1967 retire aux salariés la gestion des caisses de l'Assurance maladie.

² Conseil National de la Résistance.

Le monde mutualiste finit par se rallier à la Sécu au cours des années 60, notamment sous l'impulsion de la MGEN. S'ensuit une période de combats communs mutuelles-syndicats pour la promotion de la Sécu, et bientôt, dès le début des années 80, pour sa défense, lorsque, par exemple, le gouvernement de Raymond Barre lance le projet d'un nouveau 'ticket modérateur'. Ralliement qui n'empêchera cependant pas la Mutualité d'accompagner 'sans excès de déplaisir' le recul progressif de la Sécu et l'érosion de plus en plus marquée de la couverture des dépenses de santé à partir du milieu des années 80.

Couverture santé, complémentaires santé : état des lieux

Le champ des complémentaires est composé de trois types d'acteurs :

- les mutuelles, qui relèvent du Livre II du Code de la Mutualité, sont à but non lucratif et se placent sous les principes de prévoyance, de solidarité et d'entraide envers leurs membres ainsi que de démocratie dans la prise de décision ;
- les institutions de prévoyance, qui relèvent du Code de la Sécurité sociale. Elles sont à but non lucratif et sont administrées par les partenaires sociaux ;
- enfin, les sociétés d'assurance, à but lucratif, qui relèvent du Code des Assurances. Pour ces dernières, les 'complémentaires' santé ou retraite ne sont que des 'produits' parmi d'autres et sont traitées dans une logique de marché assumée.

Les contrats souscrits se répartissent entre contrats collectifs (44 %) et individuels (56 %). Jusqu'à ces dernières années, les mutuelles s'étaient concentrées essentiellement sur les contrats individuels, les institutions de prévoyance, sur les contrats collectifs, tandis que les assurances avaient investi à peu près pour moitié les deux types de contrats.

Actuellement, presque toute la population est couverte par une 'complémentaire santé' (96 %), résultat de l'essor du 'marché de la complémentaire' à partir des années 90 et 2000, sur fond du désengagement progressif de la Sécu amorcé dès les années 80, mais parfois aussi du fait d'une accélération imprimée par le politique au seuil des années 2000 : ainsi par exemple, en complément de la couverture maladie universelle, a été créée la 'CMU-c' complémentaire obligatoire.

Durant cette période, la stratégie des mutuelles va s'infléchir à nouveau. Ainsi, à la charnière des années 80 et 90, la Fédération nationale des mutuelles de France (FNMF) choisit de jouer le jeu de la concurrence avec les sociétés d'assurance, en se plaçant de son propre chef sous les 'directives assurances' européennes et le 'droit de la concurrence'. Le pari - un peu naïf - était qu'il serait possible de continuer à croître sous la protection du droit français, d'autant que les assurances privées n'étaient pas vraiment installées dans la sphère de l'assurance santé et ne semblaient pas menaçantes...

Or, c'est exactement l'inverse qui s'est produit, assez logiquement, le marché avantageant nécessairement les opérateurs qui peuvent s'appuyer sur une forte assise financière pour pratiquer une politique tarifaire agressive et conquérir des parts de marché tout en répondant aux directives européenne de solvabilité. C'est ainsi que, de 2000 à 2015, la part des mutuelles a baissé sensiblement, passant de 60 % à 53 %, celle des institutions de prévoyance restant stable (autour de 20%), tandis que celle des sociétés d'assurance a cru de 19 % à 28 %.

Pour survivre sur ce marché hyper concurrentiel et dont le principe de base n'est pas la solidarité mais la sélection par les risques, les mutuelles sont nécessairement conduites à intégrer de plus en plus l'approche 'assurantielle' dans leurs pratiques (cotisation selon l'âge et le niveau de prestations dans le cadre d'une offre diversifiée)... sans pour autant empêcher les assurances de leur tailler des croupières. D'où la recherche éperdue d'alliances pour atteindre la taille permettant d'avoir un

pouvoir sur le marché, quitte à ‘marier la carpe et le lapin’ dans un mouvement de concentration encore loin d’être terminé !

L’ANI³ - avec la Loi pour la sécurisation de l’emploi de juin 2013 qui en découle - a clairement ouvert un boulevard à l’offensive des assureurs privés. Prévoyant une couverture santé minimale obligatoire pour tous les salariés à partir du 1er janvier 2016, la loi a généralisé les contrats collectifs de branche (déjà existants pour 75% des entreprises) à l’ensemble des salariés du privé, les employeurs devant participer à hauteur de 50 % du montant des cotisations⁴. Mesure de prime abord positive pour les 4 millions de salariés non encore couverts, elle a cependant étendu de manière significative le marché des complémentaires d’entreprise ou de branche, mais aussi permis la multiplication de contrats ‘low cost’ favorisant (pour ceux qui le peuvent) le développement d’un nouvel étage de ‘sur-complémentaires’ d’entreprise.

Les groupes d’assurances ont par ailleurs travaillé à accroître leur avantage par un lobbying assidu contre le ‘monopole’ des institutions de prévoyance, jusque là désignées de manière relativement automatique par les partenaires sociaux dans le cadre de la clause dite ‘de désignation’. De fait, depuis 2013, plus aucune clause de désignation n’a pu être réintroduite par la loi. L’ANI a donc ouvert un champ nouveau pour les assurances qui jusque là avaient investi à égalité les contrats individuels et les contrats collectifs. Elles chassent donc maintenant les contrats collectifs sur les terres des institutions de prévoyance, et avec d’autant plus de profit que les publics concernés, actifs, sont à moindres ‘risques’ que les plus jeunes et les plus âgés.

Quant aux mutuelles, cantonnées aux contrats individuels, elles concentrent les exclus de l’ANI - chômeurs, agents publics, dont de nombreux précaires, et retraités - bref, les ‘mauvais’ risques... et se retrouvent devant le dilemme évoqué plus haut : ou bien elles maintiennent les principes de tarification solidaire en fonction des revenus et elles plombent leur ‘rentabilité’, ou bien, pour rester attractives auprès des ‘bons risques’, elles ‘segmentent’ leur offre avec des niveaux de garantie modulables selon les tarifs et selon les âges, mais c’est alors au mépris du principe de solidarité, fondement du système mutualiste. En tout cas, elles marchent au bord du gouffre.

L’arrivée plus que probable des grands groupes d’assureurs privés dans les référencements des Ministères pour les agents de la Fonction Publique pourrait bien alors constituer le dernier acte dans l’histoire du mutualisme...

Le renouvellement des accords de référencement dans la Fonction publique

Depuis 2005, date à laquelle l’Union européenne a condamné la subvention directe des Ministères aux mutuelles pour l’adhésion de leurs agents (arrêt Chazelle de 1962) et imposé un ‘référencement’ obligatoire avec un appel d’offre européen sur la base d’un cahier des charges, etc., l’appétit des assureurs s’est encore aiguisé. Le premier référencement de 2005 avait permis de maintenir un relatif statu quo en référençant les ‘mutuelles historiques’ - dont la MGEN pour l’Education nationale - mais aujourd’hui l’obligation faite de renouveler ces référencements avant le 1^{er} juillet 2017, vise à ‘casser les monopoles’ pour imposer plus durement la ‘libre concurrence’.

Les négociations qui ont commencée au printemps 2016, ont vu une bien moindre résistance face à cette exigence de la part des ministères. Les arbitrages ministériels ont, en effet, dans leur majorité, accepté le ‘découplage’ entre l’assurance santé et le volet ‘prévoyance’ (qui comporte tout ce qui est de l’ordre des indemnités journalières en cas de maladie, invalidité, dépendance, etc.). Certains ministères tels que celui de l’Agriculture ont autorisé plusieurs opérateurs référencés: AG2R, AXA, Groupama.

³ Accord National Interprofessionnel.

⁴ Cela moyennant toutefois des financements publics importants, de l’ordre de 5 à 6 milliards d’€ sous forme d’exonérations de cotisations et d’impôts.

Dans le champ de l'Education-Jeunesse-Culture, les derniers échanges ont eu lieu en septembre et le cahier des charges a été présenté en décembre. Construit selon 3 critères: prix, solidarité, qualité des offres, il porte encore la volonté de maintenir l'aspect solidarité. Toutefois, le découplage des volets santé et prévoyance a, lui, été bel et bien acté. En conséquence, la MGEN prévoirait de renoncer, pour ses adhérents retraités, au référencement sur le volet prévoyance, préférant ainsi perdre la minuscule part versée par l'Etat pour les agents retraités afin de rester 'positionnée' sur son offre actuelle du volet 'santé'. Calcul assez hasardeux escomptant encore la possibilité d'un 'équilibre' sur le marché vis-à-vis des assureurs, ce qui est pourtant chaque jour un peu plus contredit par les faits !

Du débat public au débat syndical... et à l'action

L'engrenage de la concurrence emporte manifestement tous les acteurs, et en l'état actuel aucune 'régulation', même partielle, ne semble pouvoir préserver une autre logique que celle du marché. Si les mutuelles affichent encore la conviction d'un 'compromis' possible entre 'efficacité' à la mode du marché et valeurs mutualistes, à l'évidence, on n'en est déjà plus là. De fait, elles courent derrière leurs concurrents en jouant de plus en plus le même jeu tout en encourageant les foudres de leurs adhérents restés attachés aux valeurs mutualistes...

Du côté des 'assurés', si la couverture complémentaire s'est de fait universalisée, elle s'avère surtout très inégalitaire. Aujourd'hui, bien malin celui qui s'y retrouve, dans la valse des alliances et dans l'opacité croissante des offres et des contrats incitant de plus en plus à un calcul coût/avantage de court terme.

Chacun peut faire le constat que ce deuxième étage du système dual, dont les dirigeants voudraient aujourd'hui faire le « centre de gravité de la protection sociale »⁵ en France, est de plus en plus contradictoire avec les principes du premier étage (Sécu), premier étage que les politiques de santé on érodé d'année en année

Depuis la charge de François Fillon contre la Sécu, de nombreux points de vue se sont exprimés dans le débat public, proposant de soustraire l'Assurance santé à la logique assurantielle. Des propositions très diverses émergent, parfois assez divergentes. Un certain nombre d'entre elles portent l'idée d'une assurance santé plus égalitaire, appuyé sur le modèle d'une Sécu à 100 % ou bien la possibilité de choisir comme assureur complémentaire la Sécurité sociale elle-même avec une 'sur-cotisation', comme c'est le cas en Alsace-Moselle (survivance du système ancien). Ainsi serait réduite ou supprimée la part des mutuelles dans le remboursement et leur rôle serait alors centré sur des missions de prévention ou d'offre de soins.

On peut distinguer quatre options principales:

- une Sécu à 100% immédiatement avec disparition des mutuelles (Didier Tabuteau, Martin Hirsch, Frédéric Pierru et Mélenchon)⁶;

⁵ « La Mutualité est appelée à être le centre de gravité de la protection sociale du 19^{ème} siècle » : propos tenus par Thierry Beaudet, président de la MGEN, dans un entretien aux *Echos*, peu avant sa prise de fonction à la FNMF. Il semblait ainsi renouer quelque peu avec la tradition mut envers la Sécurité sociale au début du 20^{ème} siècle.

⁶ Il faut savoir que les syndicats CGT et FO n'ont pas « signé » pour cette option à 100%. Il faut tenir compte, des relations historiques entre les mutuelles et les syndicats et notamment du fait que les confédérations sont impliquées dans la gestion des institutions de prévoyance comme elles le sont par ailleurs dans celle de la formation professionnelle.

- la possibilité de choisir la Sécu comme complémentaire (modèle alsacien): c'est l'option « intermédiaire » proposée par André Grimaldi;
- maintien des mutuelles avec limitation de leur rôle d'assurance à 20% et en les écartant du droit de la concurrence;
- plafonnement du reste à charge annuel (Brigitte Dormont).

A ces questions, d'autres tout aussi importantes s'ajoutent : celle du niveau et des modalités de financement pour la Sécu ('cotisations vs Contribution-impôt'); celle de l'organisation du système de soins dans le pays (médecine de ville/hôpital), celle des tarifs (dépassements d'honoraires, prix des médicaments...), et, plus généralement, celle de la répartition de la richesse et de la part des richesses à consacrer pour assurer à tous, où qu'ils soient, une santé de qualité tout au long de la vie. Il faut souligner le fait que la complémentaire est beaucoup plus chère pour les plus bas revenus. D'autre part, le système « à deux étages » est très coûteux en frais de gestion (ceux des complémentaires sont quatre fois plus élevés que ceux de la Sécurité sociale).

Si dans les hautes sphères des mutuelles, l'esprit mutualiste semble remisé au magasin des antiquités, il reste cependant de nombreux acteurs sincères du monde mutualiste qui se sentent aujourd'hui profondément meurtris par les évolutions récentes mais qui peuvent aussi se sentir remis en question par certaines de ces propositions. Il faut être attentif à ces changements qui affectent la Mutualité et à l'érosion de ses soutiens historiques face au lobbying intensif des assurances (cf. la proposition d'amendement de députés de la majorité lors de l'examen du dernier PLFSS⁷ demandant la fin de la possibilité de délégation du régime général obligatoire aux mutuelles).

La FSU qui porte dans ses mandats l'objectif de « tendre vers une assurance maladie obligatoire à 100% » doit être attentive à l'état de toutes les forces qu'ils serait possible de mobiliser ; mais au vu des menaces qui pèsent, il y a maintenant urgence à construire une alternative.

⁷ Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale.