

Didier Tabuteau

Dis, c'était quoi la Sécu ?

Lettre à la génération 2025



Extrait de la publication

l'aube
poche

DIS, C'ÉTAIT QUOI LA SÉCU ?

La collection *l'Aube poche essai*
est dirigée par Jean Viard

© Éditions de l'Aube, 2010
www.aube.lu

ISBN 978-2-8159-0046-1

Extrait de la publication

Didier Tabuteau

Dis, c'était quoi la Sécu ?

Lettre à la génération 2025

éditions de l'aube

Extrait de la publication

Du même auteur :

Hôpitaux et Cliniques (avec Édouard Couty), Berger-Levrault, 1992

Risque thérapeutique et Responsabilité hospitalière,
Berger-Levrault, 1995

La Sécurité sanitaire, Berger-Levrault, 2002

Les Contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006), Ophrys, 2006

Les Nouvelles Frontières de la santé : comment serons-nous soignés demain ? (entretiens avec Paul Benkimoun),
Jacob-Duvernet, 2006

Droit de la santé (avec Anne Laude, Bertrand Mathieu),
PUF, coll. Thémis, 2007 ; 2^e édition, 2009

Traité de santé publique (avec François Bourdillon,
Gilles Brücker), Flammarion, 2007

Traité d'économie et de gestion de la santé (avec Pierre-Louis Bras,
Gérard de Pourville), Éditions de santé et Presses de
Sciences Po, 2009

Code européen de la santé (avec Anne Laude), Hygiéa,
Éditions de santé, 2009

La Santé publique (avec Aquilino Morelle), PUF,
Que sais-je ? (à paraître)

Nous sommes en 2025.

En France, de grands débats politiques enflamment l'opinion publique. L'avenir du système de santé est au cœur de ces discussions. Des soirées télévisées au cours desquelles s'affrontent les partisans d'un système sélectif et ceux d'un système solidaire occupent le prime time et réalisent des scores de 80 % d'audience ! Bien plus élevés que lors d'un certain Mondial de foot, déjà vieux de près de trente ans. Il est vrai que nous sommes à deux ans des élections présidentielles et législatives de 2027. Une session extraordinaire du Parlement a été convoquée pour débattre de l'avenir du système de santé.

La dépense de santé représente plus de 14 % du produit intérieur brut. Au rythme d'évolution des dépenses, la santé pourrait bientôt représenter 20 % de la richesse nationale. On évoque parfois avec nostalgie le « trou de la Sécu » qui défrayait la chronique à la fin du siècle dernier. Un trou d'épingle ! Les plus anciens se remémorent l'assurance maladie dont bénéficiaient leurs parents et grands-parents. Et s'interrogent : « Mais comment en sommes-nous arrivés là ? »

Rappel des faits. En 2013, une réforme du système de santé avait suivi les élections de 2012 pour faire face à l'ampleur des déficits accumulés, près de 50 milliards d'euros. Depuis la crise financière de 2008, l'assurance maladie n'était jamais parvenue à revenir à l'équilibre. Le manque à gagner sur les cotisations s'était ajouté au déficit annuel jamais résorbé depuis 2002. L'ampleur du « trou » de la Sécurité sociale avait même fait vaciller le gouvernement en 2011. Un « super-ministère du Financement de la santé », rattaché à Bercy, avait dû être créé dans l'urgence. Trois décisions majeures en avaient résulté : la généralisation de la liberté tarifaire en médecine de ville, la transformation des hôpitaux en sociétés d'économie mixte, dont la vente aux enchères d'une partie du capital avait permis de renflouer les caisses de sécurité sociale, et le renforcement de la concurrence hospitalière par l'introduction de la T4A, forme redoublée de la tarification à l'activité dite T2A introduite dans les hôpitaux en 2004. Malgré les manifestations de rue qui avaient suivi, pendant près d'une année, l'annonce de la réforme, la mise en œuvre avait été rapide et déterminée.

Pourtant, en 2018, de nouveaux déséquilibres majeurs ont imposé une nouvelle transformation du système. Une révision constitutionnelle a même été réalisée pour adapter le dispositif vieilli de la réforme Juppé de 1995. La loi de financement de la Sécurité

sociale, LFSS, a été remplacée par une loi de financement des services de santé socialisés, LFSSS! « Un s de trop », ont dénoncé les associations de malades opposées à la réforme, dont les tentes ont fleuri place de la Bastille. Le campement de fortune, symbole de la résistance à la privatisation de la médecine, est resté en place plus d'un an...

La nouvelle législation, le code des assurances privées et publiques de santé qui a remplacé l'« antique » code de la Sécurité sociale, repose désormais sur deux principes: l'assurance maladie n'a vocation à financer que les pathologies les plus graves et l'hospitalisation dans le cadre de la T&A; la médecine de ville, hors maladies graves, relève d'un financement exclusivement privé. Les prestations de soins financées par la collectivité sont désormais établies chaque année dans le cadre d'une conférence nationale de santé et dans le respect de la directive CE 2015/4527 relative à l'équité des soins des ressortissants de l'Union européenne et à la subsidiarité des compétences pour la compensation des incapacités sanitaires!

Depuis la réforme de 2013, la médecine de proximité était assurée par deux types de centres médicaux: les cabinets solidaires appliquant les tarifs négociés avec l'assurance maladie et les cabinets sélectifs pratiquant des honoraires libres et mal remboursés. Cette nouvelle organisation avait provoqué un vif conflit

entre Médecins solidaires de France (MS France) et la Confédération syndicale des médecins solidaires et sélectifs (CSMSS). Depuis 2018, les soins de proximité sont assurés par des Filières rationalisées et interdisciplinaires de consultation, les «FRIC», organisées par les grands réseaux assuranciers.

L'assurance maladie ne rembourse plus les actes médicaux, paramédicaux et les médicaments que dans le cas des «affections d'une extrême gravité ou durée» définies par le code des assurances privées et publiques de santé et dont la liste se réduit chaque année. Les patients sont suivis individuellement grâce au CCDMP, Centre de coordination des dossiers médicaux personnels. Des logiciels analysent les résultats des bilans mensuels, obligatoirement versés au DMP, et détectent les anomalies. Des plates-formes sanitaires contactent alors le patient pour lui proposer une démarche thérapeutique... Pour les maladies graves, les remboursements de l'assurance maladie sont conditionnés par le respect des protocoles proposés aux patients. De même, en médecine de ville, le non-respect des règles de prévention comme le refus des bilans systématiques sont des conditions d'exclusion de la protection assurancielle. Big Brother protège la santé publique!

Les médecins et les autres professionnels de santé sont soumis au strict respect de protocoles établis par les financeurs privés et font l'objet de contrôles incessants.

On estime que 1 à 2 % des professionnels sont chaque année exclus des FRIC pour insuffisante contribution au respect des bonnes pratiques d'équilibre des comptes. Des structures de taille plus importante, les Réseaux hospitaliers régionaux, «RHR», assurent les soins les plus lourds ou les plus techniques. Ces réseaux, organisés depuis 2013 sous forme de sociétés d'économie mixte, ont été entièrement privatisés depuis la réforme de 2018. Les ressources de cette seconde vague de privatisation ont permis d'équilibrer les comptes pendant deux ans. Les historiens retracent l'enchaînement des événements qui ont conduit à la fusion de la Fédération hospitalière de France et de la Fédération de l'hospitalisation privée dans les années 2015. Quant aux officines pharmaceutiques, elles sont plongées dans un véritable maelström depuis l'arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes du 8 avril 2012, «Drug For Profit Ltd c/ France» (C576-2010) qui, dans un revirement spectaculaire de jurisprudence, a déclaré contraire aux règles communautaires le régime français de la distribution pharmaceutique et ouvert la voie à des sociétés financières de vente pharmaceutique.

Désormais, trois circuits de dispensation se côtoient. Les médicaments classiques, le plus souvent génériques, sont vendus dans les rayons spécialisés des grandes surfaces et des commerces de détail. Pour les médicaments innovants et coûteux, un réseau d'officines subsiste dans

les centres urbains mais il est concurrencé par des comptoirs franchisés. Dans les zones rurales, les médicaments sont distribués par des sociétés de vente par correspondance, dont la plus connue est « La Rebouteuse ». Enfin, les traitements individualisés, notamment ceux préparés à partir des cellules du patient, qui représentent une part croissante de la dépense médicamenteuse, sont assurés dans des Centres pharmaceutiques d'intervention, CPI, implantés dans les structures hospitalières mais entièrement gérés par les laboratoires pharmaceutiques.

Pour la population, la situation est contrastée. Certaines catégories sociales et professionnelles bénéficient, grâce à des contrats d'assurance trois étoiles et à l'intervention de cabinets de conseil sanitaire et contentieux, des progrès exceptionnels de la médecine, permis notamment par le clonage thérapeutique et la médecine génétique, comme des performances des réseaux sanitaires d'excellence. Mais les inégalités de santé se sont accrues entre les différentes catégories de la population et l'efficacité globale du système de santé publique s'effondre. Un quart de la population n'est pas couvert ou est mal couvert par une assurance de santé, tant pour les soins que pour la prévention. Une proportion sans doute très sous-évaluée compte tenu du nombre de familles laissées-pour-compte qui passent à travers les mailles des statistiques. Pour les professionnels, la pression des financeurs et la fréquence des procès imposent une

pratique défensive et sans initiative. Les années 2000 restent gravées dans les mémoires comme l'âge d'or de l'assurance maladie!

