

Pourquoi Fillon a tort de reculer sur la Sécu



De l'arrivée de nouvelles thérapies ruineuses à la révolution transhumaniste, le monopole de la Sécu promet un décrochage brutal qui amplifiera les différences entre ceux qui peuvent améliorer significativement leur espérance de vie et ceux qui n'en ont pas les moyens.

Avec Aurélien Véron

L'assurance maladie est un tabou. La droite n'a pas hésité à recadrer François Fillon sur ce sujet à la sortie de la primaire LR-UDI, l'obligeant à un rétropédalage grotesque. Il mesurait pourtant bien la nocivité du signal envoyé aux électeurs sur la fermeté de ses convictions. **La pression fut trop forte, mélange d'inquiétude électorale et de lobbying d'un monde influent qui vit d'un système rouillé vieux de 72 ans, largement l'âge d'une retraite bien méritée.**

La Sécu ne nous soigne pas. Passons sur l'argument larmoyant habituel – *«tu sais ce que c'est d'avoir un cancer ? Tu parlerais autrement de la Sécu si tu avais la moindre idée»* – grotesque. Ce n'est pas le guichet de la bureaucratie de la Sécu qui déploie ses efforts quotidiennement pour tenter à tout prix de nous soigner et de sauver nos vies. La Sécu se contente de prélever des recettes, charges sociales et taxes, et de financer une partie du coût des soins : 160 milliards d'euros, environ deux tiers des 240 milliards dépensés dans la santé chaque année. Le reste est financé par des mutuelles (le plus souvent imposées et totalement tributaires des choix arbitraires de l'administration de la santé)... et, pour presque 22 milliards annuels, directement de nos poches.

La santé à plusieurs vitesses existe déjà. La planification de notre médecine –*numerus clausus* dans les universités, tarifs encadrés et discriminants entre le public et le privé - progressivement nationalisée aboutit à une pénurie de médecins et à une qualité déclinante des soins prodigués. Lorsque le tarif officiel d'une consultation est inférieur à la coupe d'un coiffeur de quartier, inutile de préciser que le service rendu n'est pas systématiquement à la hauteur des dix années d'études du médecin consulté. Au terme de son cursus, un chirurgien sera remboursé 18,43 euros par la Sécu pour la pose d'une sonde vésicale (codage CCAM JDL001), à peine le prix de la sonde, des compresses, des gants, du sac collecteur d'urine et j'en passe. **Combien de consultations sont effectuées au lance-pierre par des médecins qui enchaînent les visites à un rythme effréné pour amortir leurs frais et parvenir à un revenu raisonnable ? Ils le font au détriment de la qualité de leur prestation chronométrée.** Les listes d'attente rallongent aussi bien pour les rendez-vous chez les généralistes et les spécialistes que pour l'accès aux scanners, IRM et autres outils essentiels.

A part les parlementaires qui ont des tarifs sécu préférentiels (et le multiple correspondant de leur mutuelle) et quelques professions privilégiées (EDF, SNCF...), ceux qui veulent échapper à ces symptômes inquiétants d'une pénurie organisée sont des initiés qui, souvent, doivent de surcroît le payer de leur poche. Qui connaît les bons réseaux de cliniques privées, souvent aussi bien remboursées au patient que les services hospitaliers ? Qui connaît les professionnels de santé aux performances objectivement supérieures à la moyenne selon des critères évalués discrètement ? Certains d'entre eux facturent leurs prestations à des tarifs très éloignés des grilles paupérisées de la sécu. Qui peut le leur reprocher ?

Pourtant, si la santé a un coût, elle n'a pas de prix. Payer de sa poche en plus des prélèvements exorbitants pour être correctement soigné est un choix naturel. **De l'arrivée de nouvelles thérapies ruineuses à la révolution transhumaniste, le monopole de la Sécu promet un décrochage brutal qui amplifiera les différences entre ceux qui peuvent améliorer significativement leur espérance de vie et ceux qui n'en ont pas les moyens.** L'origine du mal se trouve dans cette organisation pseudo-assurantielle qui ne remplit pas sa mission : prévenir – l'essentiel des conditions d'une bonne santé est entre nos mains -, renforcer le rapport qualité/coût des soins et favoriser l'innovation médicale lorsque la performance est au rendez-vous.

Pour y parvenir, **nous devons ouvrir le monopole de la Sécu à la concurrence** meilleur mécanisme d'amélioration des pratiques. L'assurance habitation est cruciale -et obligatoire -, elle n'en est pas moins ouverte à une saine concurrence. C'est elle qui met la pression sur les tarifs et la qualité des services rendus. La Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas ont déjà appliqué ce principe à leur assurance maladie. Avec succès. La Sécu y reste universelle et à des tarifs bien plus raisonnables qu'en France. Médecins et institutions hospitalières ont dû s'adapter à ce nouveau paysage de financement et, par conséquent, des tarifs qui en ont découlé. Le résultat est plutôt probant. Même si la qualité de nos cliniques, de nos hôpitaux et de nos médecins reste élevée, plutôt grâce à la qualité traditionnelle de nos formations universitaires, **l'OMS estime que parmi les pays dont le système de santé répond le mieux aux attentes de la population – respect de la personne, attention accordée au patient - figurent la Suisse, le Danemark et l'Allemagne.**

François Fillon avait raison de rappeler un principe fondamental de toute assurance santé digne de ce nom dans le monde moderne. Sans renier son universalité, **il est nécessaire de distinguer les soins lourds et vitaux des soins légers et quotidiens.** Tant en termes de couverture – donc de financement des producteurs de soin eux-mêmes – que d'évaluation au travers de benchmarks chiffrés, de formation des médecins tout au long de leur carrière, d'encadrement des protocoles de soin... Les cliniques ont favorisé la généralisation de la microchirurgie et l'investissement dans de nouveaux outils que le secteur public avait du mal à réaliser. L'émulation a été forte, les complémentarités ont abouti à des coordinations apparemment contre nature entre institutions de la sphère du public et du privé. Des assurances privées accéléreraient cette restructuration intelligente de l'offre de soin. Tandis que la Sécu avance – doux euphémisme - à son rythme.

La conséquence majeure d'une telle modernisation de l'assurance maladie, c'est son financement aussi universel que sa couverture. Aujourd'hui, les actifs sont seuls à porter le coût faramineux de la Sécu. Les inactifs, notamment les retraités, ne participent que marginalement au coût de leur assurance santé via la CSG (au taux réduit qui plus est). **Tous les Français, actifs et inactifs, devraient payer leur forfait d'assurance maladie, la solidarité nationale devant aider les plus démunis – qu'ils soient actifs ou inactifs - à financer leur part.** Cela diviserait immédiatement par deux le montant moyen des charges sociales destinées à financer l'assurance maladie, entraînant les effets favorables que nous savons sur l'emploi et l'activité économique.

Les Français sont plusieurs millions à connaître – ou avoir connu – les avantages de pouvoir choisir leur assurance santé. Les expatriés dans les pays qui le leur autorisent, en Europe et ailleurs. Mais aussi les transfrontaliers avec la Suisse qui ont pu, jusqu'à récemment, bénéficier de bien meilleures conditions de remboursement que l'assurance maladie, librement auprès d'assureurs privés. Lorsque Marisol Touraine a ôté cette liberté de choix assurantielle aux Français vivant en France et travaillant en Suisse – ils avaient été 90% à faire ce choix - le 1^{er} juin 2014, ils ont été des dizaines de milliers à défiler contre cette injustice pendant des semaines. La Sécu a ainsi pu récupérer 150 millions de recettes supplémentaires en rythme annuel depuis lors. Racket réalisé dans le silence assourdissant de l'omerta médiatique. Ayons le courage de faire tomber ce tabou maudit.