



SECURITE SOCIALE : ACTE 3 UN PROCESSUS MACHIAVE- LIQUE

L'année 1980 marque un tournant supplémentaire dans le processus d'attaque de la Sécurité Sociale sur ses fondements.

C'est l'année où le Gouvernement de Raymond BARRE tente d'instituer un Tick-et Modérateur d'Ordre Public (TMOP) soit une franchise sur les remboursements. Pour la première fois depuis la création de la Sécurité Sociale, l'ensemble du mouvement mutualiste et les syndicats se retrouvent unis pour combattre le TMOP. Le TMOP ne passera pas.

Mais c'est aussi l'année où Raymond BARRE, qui a l'objectif de réduire la Sécurité Sociale, demande à Hélène GISSEROT un rapport sur les moyens d'y parvenir. Ce rapport préconise de jouer sur le complémentaire au lieu de s'attaquer frontalement à la Sécurité Sociale pour arriver au même résultat. Ceci sans renoncer toutefois à créer, quand le moment est propice, telle ou telle franchise (forfait hospitalier, 1€ sur les consultations, 0,50€ sur chaque boîte de médicaments, etc.)

Utiliser le complémentaire pour réguler l'obligatoire, il fallait y penser ! mais comment faire quand le complémentaire est très largement géré par la Mutualité qui vient de se retrouver unie dans le combat contre le TMOP ?

D'abord, pas besoin de se presser. Il s'agit de travailler sur le long terme et d'arriver à l'objectif assigné : réduire la Sécurité Sociale à la prise en charge du « gros

LA LETTRE

N° 2020-09

risque » (Hôpital) et permettre l'augmentation des tarifs pour les professionnels, tout en le faisant supporter par les populations.

Pour cela, il convient de développer le secteur 2 à honoraires libres de la convention médicale et d'étendre le secteur privé au sein de l'hôpital public puis favoriser le développement des cliniques privées avec des professionnels libéraux à honoraires libres. (pour les populations ayant les moyens)

Mais, à l'époque, la Mutualité s'oppose à la prise en charge des dépassements d'honoraires. Comment contourner cet obstacle ? La concurrence bien sûr ! Faisons entrer plus largement les assurances dans le complémentaire. C'est machiavélique ! Les Mutuelles, d'après le Code de la Mutualité, sont dans l'obligation d'équilibrer leurs comptes sur la gestion du seul risque complémentaire maladie, alors que les assurances peuvent jouer sur tous leurs tableaux (contrats automobile, habitation, incendie, etc). Pour concurrencer les mutuelles, les assurances vont choisir d'abord le lieu d'affrontement. Ce sera les entreprises, qui rassemblent les populations les moins à risque, plutôt que les retraités. Puis elles vont utiliser, pendant plusieurs années, les profits réalisés sur le risque automobile pour combler les pertes dans la couverture santé. Au bout du compte ce sont toujours les populations qui paient, au travers de leurs primes d'assurance.

Bien entendu, non seulement elles vont prendre en charge les dépassements d'honoraires mais elles vont le faire avec des taux élevés permettant de les généraliser. La concurrence s'exacerbe dans les contrats groupe au sein des entreprises. Des contrats groupe qui prennent de plus

en plus en charge les dépassements d'honoraires. Dès lors ceux-ci vont alors se développer sur tout le territoire, notamment chez les spécialistes. Dans les entreprises, les syndicats ou leurs représentants dans les Comités d'entreprises, sont associés à l'élaboration de ces contrats groupe. Ainsi, ils vont participer de fait au processus d'attaque de la Sécurité Sociale sans qu'ils s'en rendent vraiment compte. Voilà le machiavélisme, le social qui attaque le social !

Ce processus est très efficace puisqu'avec la combinaison des prises en charge des dépassements d'honoraires et des différentes franchises, les taux de prise en charge par la Sécurité Sociale des soins courants vont s'effondrer pour passer en dessous de 50% en réel, avec des taux affichés de 65 à 70%.

Puis les mutuelles se sont assurancialisées. Elles vont utiliser les mêmes méthodes de sélection des risques. Pour tous ceux qui veulent réduire la solidarité, c'est fabuleux ! Si bien qu'il convenait de sacraliser le processus. Ce sera chose faite avec l'Accord National Interprofessionnel (ANI) qui va rendre **OBLIGATOIRES** les contrats groupe dans toutes les entreprises. **Voilà le complémentaire à l'obligatoire lui-même obligatoire !**

Mais uniquement dans les entreprises et c'en est fini de la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades. Tout cela avec la bénédiction des gouvernements et du Patronat qui n'a pas bronché à prendre en charge une partie des cotisations des complémentaires, alors qu'il hurlait sur les « charges » en parlant des cotisations de la Sécurité Sociale. Mais le jeu en valait la chandelle. La Sécurité Sociale créée en 1945 avec ses orientations humanistes et efficaces pour promouvoir la santé, n'existe plus désormais.