

Assurance Maladie : quel périmètre pour la Sécurité sociale ?

LE MONDE | 21.02.2017 à 18h10

Par Sylvestre Frezal (Codirecteur de la chaire Programme sur l'appréhension des risques et des incertitudes/PARI, Sciences Po/Ensaef) et Florence Picard, Présidente de la Commission scientifique de l'Institut des actuaires

L'indemnisation des soins par la Sécurité sociale : un nécessaire arbitrage entre inégalités et illégitimité

Plus de 150 milliards d'euros par an : la branche maladie représente un poste de dépense majeur des politiques publiques. Sa maîtrise est donc naturellement un enjeu crucial en période de disette budgétaire. Pour cela, une piste est régulièrement évoquée : limiter cette assurance d'Etat aux « vrais risques », qui présentent souvent des coûts élevés mais ne sont pas les plus fréquents. Pour les autres cas, relevant davantage de la vie courante, chacun choisirait de s'assurer ou non auprès d'une mutuelle privée. Ceux qui auraient fait l'économie d'une mutuelle prendraient alors en charge leurs dépenses courantes de santé.

L'ambition de maîtrise des coûts est légitime et nécessaire pour faire face à l'augmentation mécanique des coûts due au vieillissement de la population et pour élargir la prise en charge à de nouvelles thérapies coûteuses. Sa mise en œuvre par la hiérarchisation des risques et la responsabilisation de chacun paraît naturelle. De fait, d'une certaine manière, elle fait déjà consensus : une gorge irritée ou un double menton ne sont pas des affections graves, la lysopaine et la chirurgie esthétique ne sont pas remboursées par la Sécu et cela ne fait pas débat ; un cancer est une affection grave, la chimiothérapie et la radiothérapie sont remboursées et cela ne fait pas débat non plus. La seule question qui vaille, si l'on décide d'aller dans ce sens, est donc celle de la frontière : comment définir les « vrais risques », les « cas graves », les « enjeux lourds » ?

Pour y répondre, il importe de revenir à une question fondamentale, celle de la finalité de l'assurance. Protéger contre le risque, certes, mais de quelle façon ? Premièrement, en mutualisant, en lissant le coût du sinistre *entre différentes personnes*. Par exemple, si quelqu'un se fait renverser par une voiture et reste invalide à vie, les millions d'euros que coûteront les futurs aides-soignants se relayant H24 pendant des décennies ne peuvent pas être supportés individuellement : ce serait la ruine ; la charge doit donc être mutualisée, répartie au sein de la communauté. Mais l'assurance intervient d'une autre façon : elle lisse également le coût du sinistre *dans le temps*.

La charge est répartie non plus entre différentes personnes, mais entre différentes années. Les cas pratiques deviennent alors plus subtils. Prenons quelqu'un qui doit payer 200 € pour se soigner

ponctuellement et éviter que son affection encore bénigne ne dégénère et ne devienne bien plus lourde, bien plus coûteuse. S'il a des revenus confortables, il sera autonome et pourra se soigner : l'enjeu financier relève de l'inconfort et l'affection reste bénigne, à tous points de vue, ce n'est « pas grave » ; en revanche, s'il gagne le SMIC et a du mal à boucler ses fins de mois, comptant chaque euro, il aura besoin de lisser cette charge dans le temps, sauf à ne rien manger pendant quinze jours. Ce sera « grave ». On voit ici apparaître la frontière entre le « grave » et le « non grave » : ce qui n'est « pas grave », c'est ce qui relève du lissage dans le temps... *quand on a, personnellement, la profondeur financière pour faire soi-même ce lissage dans le temps.*

Cela emporte plusieurs conséquences en chaîne que doivent avoir à l'esprit les élites fixant le périmètre des remboursements de la branche maladie. La première conséquence, *c'est que la définition de « grave » est contingente aux personnes* : selon votre revenu et votre patrimoine, vous aurez besoin ou non de lisser dans le temps les 200€, et le service d'assurance relèvera du confort ou de la nécessité. *Ainsi, un aléa donné peut être « grave » pour le smicard et non pour le notable.*

La seconde conséquence, c'est que, pour ceux qui n'ont pas la profondeur financière suffisante, le recours à une mutuelle est donc *nécessaire* pour lisser dans le temps les dépenses qui seront occasionnées par une affection non couverte par la Sécu. Eux devront payer pour ce lissage dans le temps, qui est le principal service fourni par l'assureur santé. A juste titre, tout travail méritant rémunération. Mais d'un point de vue social, cela signifie que *les personnes les moins aisées devront payer plus cher pour-leur santé que les personnes aisées*. Et ceci d'autant plus que le seuil des « petits bobos de la vie courante » sera fixé à un niveau élevé, et que le périmètre de mutualisation de la Sécu sera faible.

Inversement, plus le seuil du « grave » est faible, plus on mutualisera des risques qui, pour les personnes aisées, n'auraient pas besoin de l'être, décrédibilisant ainsi un système qui sera de leur point de vue coercitif et superfétatoire, et renchérissant globalement le coût de la santé par des frais de gestion inutiles. Un système qu'elles estimeront donc inefficace et injuste car ne leur offrant pas de perspective d'accès, à plafond de dépense fixé, à des thérapies de pointe vitales mais alors trop coûteuses.

Tels sont les termes de l'équilibre à trouver dans l'acceptabilité sociale : un arbitrage entre accroissement tangible des inégalités et dégradation de la légitimité perçue de la Sécurité sociale.