

Comment les assureurs veulent s'emparer de la Sécurité sociale tout un roman !

Contrôler les données de santé pour imposer un système privé et individualisé. C'est la stratégie des assureurs que décrypte Emmanuelle Heidsieck (1) dans un roman fondé sur une enquête rigoureuse. Le récit d'un enterrement où se croisent des professionnels impatients d'une autre mort : celle de la Sécu.

Le 25 mars, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a annoncé que le gouvernement pourrait proposer, au premier semestre 2009, une loi redéfinissant les soins qui relèvent de l'assurance maladie et ceux qui relèvent de la responsabilité individuelle. Une petite touche de plus ! Depuis plus de vingt ans, au nom de l'équilibre des comptes, les gouvernements successifs ont égrené leurs remèdes : déremboursements, forfaits, franchises, volonté de tri entre « petits risques » — à la charge des patients — et « gros risques »... Le champ d'intervention de l'assurance maladie a été chamboulé, laissant la part belle aux couvertures complémentaires (contrats individuels ou collectifs au sein des entreprises) proposés par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance.

Un joli marché que convoitent les assureurs. En 1996, Claude Bébéar, l'ex-patron d'Axa, rêvait déjà d'une sécurité sociale privée. C'est ce rêve et la stratégie implacable qui en découle que nous conte Emmanuelle Heidsieck dans son roman, « Il risque de pleuvoir » (Seuil). Son héros, Antoine Rougemont, cadre supérieur dans les assurances, assiste à des obsèques dont le nouvel époux, Alexandre

Cadassus, brillant x-mines, est à la tête du plus gros groupe français du secteur. Son esprit divague, évoquant ce fameux séminaire, « Le risque santé, quelles opportunités? », réservé au gratin de la profession. Entre soi, on se lâche : l'enjeu, c'est l'accès aux « données de santé ». Mais « nous sommes sur un terrain miné », reconnaît l'un des participants. Car les « données de santé » correspondent à des dépenses de soins... et les citoyens n'ont pas forcément envie que l'on mette le nez dans leur dossier médical. À ces réticences, les assureurs opposent un pseudo bon sens : « À partir du moment où nous remboursés ces frais, nous pouvons légitimement exiger de savoir à

quelles pathologies ils correspondent. » Une bonne dose de cynisme : « Cela prendra peut-être dix ans, mais nous les aurons. » Et beaucoup d'efficacité : d'ores et déjà des expérimentations sont en place, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et grâce à une technique joliment baptisée « traitement furtif automatisé ». Les feuilles de soin reçues par l'assurance maladie sont anonymisées puis transmises aux assureurs complémentaires, qui disposent ainsi d'informations sur les soins et le diagnostic. « Grâce à



MYCHELE DANIAU/AFIP

cette formidable avancée, commente l'un des protagonistes du roman, nous allons enfin pouvoir contrôler la pertinence des ordonnances et réaliser des économies sur les traitements superflus, inconsiderés ou mal adaptés. Les médicaments représentent 30 % à 40 % de nos remboursements, c'est un enjeu majeur pour les années à venir. Il y a moyen de lever l'anonymat en cas de litige, grâce à des techniques de hachage. » Tout est dit ! La réalité est hélas à la hauteur de cette fiction grinçante.

Les assureurs ne veulent plus être des « payeurs aveugles », notait un rapport remis au ministère de la Santé en 2003 (« Accès des assureurs complémentaires aux données de santé », par Christian Babusiaux). Ils souhaitent avoir accès aux données de santé individuelles de leurs assurés pour « moduler les garanties » en fonction des besoins de chacun et proposer des « contrats novateurs ». Comme les contrats « double effet » de MMA, Ma santé AGF ou FC Santé du Groupe France Mutuelle ? Décomplexés et démutualisés, ils proposent aux souscripteurs, contre une petite surprime, de récupérer une partie

REPÈRES

Le marché des complémentaires santé

CHIFFRE D'AFFAIRES ANNUEL

26 milliards d'euros

Dont :

Mutuelles : **58%**

Institutions de prévoyance : **17%**

Compagnies d'assurance : **25%**

PROGRESSION DU CHIFFRE D'AFFAIRES DE 2001 À 2006

Mutuelles : **+45%**

Institutions de prévoyance : **+33%**

Compagnies d'assurance : **+72%**

de leur prime s'ils sollicitent peu de remboursements dans l'année — et se révèlent de bons risques. Pour les autres — les mauvais risques — rien, voire la porte s'ils abusent. Chacun son risque, chacun son tarif. Plus de Sécu solidaire, que du contrat individualisé. Bienvenue dans un monde de brutes. ★

DOMINIQUE SICOT

dsicot@humadimanche.fr

(1) « Il risque de pleuvoir », Éditions du Seuil. Emmanuelle Heidsieck est écrivaine et journaliste, spécialiste des questions de protection sociale.

