

La privatisation programmée de la Sécurité sociale

PAR LAURENT MAUDUIT
ARTICLE PUBLIÉ LE MERCREDI 30 NOVEMBRE 2016

François Fillon a bien pour projet une privatisation de la Sécurité sociale. Il est allé piocher ses idées dans un rapport secret du Medef et une note de l'Institut Montaigne, dont le président, Henri de Castries, est un ami proche. L'ex-PDG d'Axa pourrait devenir ministre si le candidat Les Républicains accédait à l'Élysée.

Si l'on s'en tient aux déclarations de François Fillon, on peine à comprendre, s'il était le vainqueur de l'élection présidentielle, quelle réforme il engagerait pour la Sécurité sociale. Dans un premier temps, juste avant le second tour des primaires organisées par Les Républicains, il a tenu des propos radicaux, suggérant qu'il pourrait engager une privatisation du système le plus emblématique du modèle social français. Puis dès le lendemain du second tour, il a tenu des propos plus modérés, laissant comprendre que pour les plus modestes, cela ne changerait rien à leur couverture sociale et que la réforme ne figurerait pas dans les priorités qu'il comptait mettre en œuvre, sitôt installé à l'Élysée.

Dans cet embrouillamini de propos en apparence contradictoires, il n'est pourtant pas difficile de se repérer, si l'on a en mémoire les réflexions qui se mènent depuis plusieurs années dans certains cénacles de la droite et dans les milieux patronaux. C'est bel et bien une privatisation de la Sécurité sociale qui est en réflexion. Et il n'est pas très difficile de l'établir, tant il existe d'indices nombreux d'un « brainstorming » autour de ce projet, conduit par François Fillon et certains de ces milieux patronaux qui sont proches de lui. C'est comme une longue marche vers la privatisation, engagée depuis longtemps, qui serait en passe de bientôt aboutir...

Reprenons d'abord le fil des déclarations récentes de François Fillon. Lors du débat sur TF1 et France 2, le jeudi 24 novembre, juste avant le second tour des primaires, il a clairement présenté ce que serait son

projet. Et parmi de nombreuses autres propositions (franchise universelle, etc.), il a ainsi annoncé ce que serait le cœur de sa réforme : elle s'appliquerait « en focalisant l'assurance-maladie notamment sur les affections graves ou de longue durée : le panier de soins solidaire ; et l'assurance complémentaire sur le reste : le panier de soins individuel » (lire **Pour «casser la baraque», le projet-gourdin de Fillon**).

Passablement obscures pour le commun des mortels, ces formulations étaient décryptées le lendemain par **Les Échos**, dans un article au sein duquel la parole était aussi donnée à Dominique Stoppa-Lyonnet, porte-parole santé de François Fillon, et professeur de génétique à l'université Paris-Descartes. Explication du quotidien : « Il s'agit d'un thème récurrent à droite : à la Sécurité sociale de payer le risque "lourd", tandis que le marché peut se débrouiller avec le risque "léger". Mais personne n'a jamais réussi à définir chacune de ces catégories – à part les affections de longue durée, par exemple le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale sévère. Dominique Stoppa-Lyonnet évoque parmi les risques légers "le désordre digestif temporaire, la grippe – encore qu'une grippe peut être dramatique", et explique que "tout cela sera à définir en concertation". "La solidarité ne peut pas tout prendre en charge. L'optique, le dentaire, les audioprothèses n'ont pas à être financés par l'assurance maladie de base". »

Et **Les Échos** ajoutaient : « Pour les complémentaires santé, la perspective d'un élargissement de leur marché est une bonne nouvelle. D'autant plus que François Fillon n'est pas favorable à l'encadrement actuel des tarifs et de l'offre des contrats dits responsables, selon Dominique Stoppa-Lyonnet. Mais alors, comment éviter les abus tarifaires, les couvertures indigentes ? D'une part, le candidat entend mettre en place "un régime spécial de couverture accrue" pour les personnes les moins favorisées, peut-être sur le modèle de l'actuelle couverture maladie universelle. D'autre part, il créerait une "Agence de contrôle et de régulation de l'assurance-santé privée", bénéficiant d'une délégation de service public, pour définir un contrat-type "parfaitement lisible pour les assurances privées

avec une variable : le prix”. “*Nous ne donnerons pas un blanc-seing aux assureurs complémentaires*”, *promet la porte-parole*. »

En clair, le quotidien mettait bien en évidence la gravité du projet : il s’agit bel et bien d’une privatisation, au moins partielle, de l’assurance maladie puisqu’une partie des risques, dits les plus « légers », serait couverte par les mutuelles ou les assureurs privés, les maladies les plus graves et les plus coûteuses restant à la charge d’un système solidaire.

Une privatisation d’autant plus préoccupante que la solidarité ne jouerait donc plus pour des besoins de santé pourtant majeurs comme l’optique ou les soins dentaires ; et que les tarifs médicaux cesseraient d’être encadrés. En somme, la couverture sociale serait moindre et sans doute plus coûteuse : un danger immense pour les assurés sociaux les plus modestes, et une aubaine pour les assureurs privés.

Et puis le lundi suivant, au lendemain de sa victoire au second tour des primaires, François Fillon, qui était invité du « 20 heures » de France 2, a semblé sinon faire machine arrière en tout cas vouloir surtout rassurer ceux que son projet aurait pu alarmer. Il a ainsi promis qu’il voulait « *que les personnes les plus modestes et âgées* » soient « *mieux remboursées qu’aujourd’hui* », que ce soit par le biais de l’assurance maladie ou des mutuelles. « *Je veux tout de suite arrêter cette polémique sur “moins bien rembourser”, moi ce que je veux, c’est sauver la Sécurité sociale* », a-t-il assuré.

Niant qu’il voulait privatiser l’assurance maladie, il a annoncé qu’il allait « *travailler avec les professions de santé, avec les responsables de l’assurance maladie, avec tous ceux qui ont un rôle dans ce domaine, pour travailler à un projet qui doit être un projet permettant l’équilibre de la Sécurité sociale mais améliore la couverture des soins en particulier pour les plus modestes*. »

Il ne faut pourtant pas être dupe de ces déclarations. C’est bel et bien une privatisation à laquelle pense François Fillon. Et pas une privatisation partielle, comme le suggèrent la plupart des décryptages parus dans la presse, dont celui des *Échos*. Non ! Une

privatisation totale, ouvrant l’immense marché de l’assurance maladie aux géants de l’assurance privée, qui en rêvent depuis des lustres.

« Défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance ! »

Pour comprendre dans quelle filiation intellectuelle s’inscrit François Fillon, il faut se souvenir des nombreux plaidoyers qui ont été entendus ces dernières années, en faveur d’une privatisation de la Sécurité sociale.

Sans grande surprise, c’est l’un des géants de l’assurance privée, Axa, qui depuis très longtemps est aux avant-postes du combat contre le système solidaire de l’assurance maladie. À preuve, c’est son fondateur, Claude Bébéar, qui a été aussi longtemps l’un des parrains du capitalisme français, qui a conduit la première charge à la fin des années 1990, faisant valoir que le moment était venu d’avancer vers des « *Sécurités sociales privées* ». Une formule qui à l’époque avait fait grand bruit.



Puis, il y a eu un deuxième assaut, celui de Denis Kessler (ancien numéro deux du patronat, ancien président de la Fédération française des sociétés d’assurance et actuel président de la SCOR, un géant de la réassurance) qui, dans une déclaration tonitruante au magazine *Challenges*, le 4 octobre 2007, avait estimé que la politique économique de Nicolas Sarkozy était moins brouillonne qu’on pouvait le penser : « *Les annonces successives des différentes réformes par le gouvernement peuvent donner une impression de patchwork, tant elles paraissent variées, d’importance inégale, et de portées diverses : statut de la fonction publique, régimes spéciaux de retraite, refonte de la Sécurité sociale, paritarisme... À y regarder de*

plus près, on constate qu'il y a une profonde unité à ce programme ambitieux. La liste des réformes ? C'est simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception. Elle est là. Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance ! »

Or si, à l'époque aussi, le propos fait grand bruit, c'est qu'il n'est pas difficile à décrypter. La Sécurité sociale était en effet l'un des très grands projets consignés dans le programme du Conseil national de la résistance (CNR), **que l'on peut consulter ici** : le CNR défendait l'idée d'un « *plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ».

Et le gouvernement provisoire prend les 4 et 19 octobre 1945 deux ordonnances historiques (**voir ici l'histoire de la « Sécu »**), qui donnent véritablement naissance à la Sécurité sociale, telle qu'on la connaît aujourd'hui. C'est à cette époque que la France se dote ainsi d'un modèle social, qui durera tout au long des Trente Glorieuses, avant ensuite de commencer à se lézarder, sous les vagues successives des politiques néolibérales.

C'est donc avec ce modèle social – et avec le système d'assurance maladie qui en est l'un des piliers – que Denis Kessler invite à rompre. Or, si sur-le-champ le propos n'est pas suivi d'effet, il devient progressivement très populaire dans les milieux patronaux. C'est lui qui résume le mieux l'état d'esprit actuel des milieux patronaux : faire table rase du modèle social français issu de la Libération. Et c'est lui aussi qui résume le mieux la philosophie de la politique économique de François Fillon, qui se propose d'engager la « rupture » que les milieux d'affaires font grief à Nicolas Sarkozy de n'avoir pas véritablement engagée. En somme, les milieux patronaux sont actuellement très en phase avec François Fillon (lire **Le patronat se déchire autour d'un futur électrochoc social**).

Puis, quelques années après la sortie de Denis Kessler, c'est l'un des principaux clubs patronaux, l'Institut Montaigne, qui s'est appliqué à décrypter les contours que pourrait prendre une réforme de l'assurance maladie. Ce premier projet retient fortement l'attention pour plusieurs raisons. D'abord, l'Institut Montaigne est une création d'Axa, l'assureur privé, et défend logiquement sur ces questions des positions de privatisation ou de déréglementation. Ensuite, un homme, Henri de Castries, joue un rôle clef dans cette galaxie. Patron exécutif du groupe Axa de mai 2000 jusqu'à la fin du mois d'août 2016, il est toujours **président de l'Institut Montaigne**. Or, Henri de Castries – nous y reviendrons – est un très proche de François Fillon, qu'il a beaucoup aidé à dessiner son programme économique et social de rupture.

Avec le recul, cette note de l'Institut Montaigne sur l'assurance maladie, publiée en mai 2010, sous le titre « *Sauver l'assurance maladie universelle – Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années* » prend donc un relief nouveau, car elle révèle les priorités d'Henri de Castries, lequel est dans l'entourage immédiat de François Fillon. On verra donc vite, sans la moindre surprise, qu'il y a un grand cousinage entre les réformes défendues par l'institut patronal et celles du nouveau champion du parti Les Républicains. Voici cette note :

Dans cette note, on trouve dès cette époque la philosophie de privatisation de l'assurance maladie, que va ultérieurement préempter, six ans plus tard, François Fillon. Lisons : « *Il faut préalablement avoir le courage de poser plusieurs questions importantes, qui bloquent pour l'instant toute évolution positive du système : l'assurance maladie obligatoire doit-elle être recentrée sur les seuls soins indispensables et coûteux, susceptibles de déstabiliser la situation financière des ménages ? Une telle évolution supposerait de remettre en cause un principe fondateur de notre système d'assurance maladie : la contribution en fonction de ses moyens en contrepartie d'une prise en charge en fonction de ses besoins (celle-ci serait désormais également liée aux moyens). À défaut, quelles évolutions du partage entre*

régime obligatoire et régime complémentaire sont envisageables, afin de mettre un terme aux situations sous-optimales de “payeur aveugle” ? Faut-il par exemple transférer intégralement au régime complémentaire la prise en charge des soins dentaires et optiques, pour lesquels le régime obligatoire n’intervient plus que de façon marginale ? »

Socialiser les pertes et privatiser les profits

Comme on le voit, on retrouve donc, presque mot pour mot, certaines des propositions de François Fillon. Y figure la philosophie générale : la partition de la Sécu, entre soins indispensables et coûteux d’un côté, et de l’autre côté les autres. Y figurent aussi déjà des mesures plus concrètes sur l’optique ou les soins dentaires...

Or il faut bien comprendre que cette partition entre « gros » risques, relevant de la solidarité, et « petits » risques qui pourraient être pris en charge par les mutuelles ou les assureurs privés, ne constituerait en rien une privatisation partielle. Il s’agirait d’une privatisation totale... de tout le périmètre de soins qui intéresse les assureurs, celui sur lequel ils peuvent espérer faire des profits. Comme sur les maladies longues et coûteuses, il est difficilement concevable de faire des profits, ce secteur serait abandonné à la solidarité. Et seuls les « petits risques », ceux qui sont solvables, relèveraient des assureurs. Vieux principe libéral : il s’agirait donc de socialiser les pertes (sur les « gros » risques) et de privatiser les profits (sur les « petits » risques).

Le but de la manœuvre est tellement transparent que l’Institut Montaigne va même jusqu’à préconiser que le financement de l’assurance maladie repose directement sur l’impôt, soit sous la forme de la TVA (baptisée bien sûr « TVA sociale », même si le projet est... anti-social !), soit sous la forme d’un nouveau prélèvement, résultant de la fusion de l’impôt sur le revenu et de la CSG. Cela conduirait donc à l’explosion de la Sécurité sociale, puisque les « petits » risques relèveraient des assureurs privés ou des mutuelles – qui pour beaucoup d’entre elles sont devenues au fil des ans des organismes financiers mutants, copiant tous les travers des établissements

financiers privés ; et les « gros » risques pourraient être financés par l’impôt, c’est-à-dire par l’État lui-même, et non par la « Sécu ».

À l’époque, quand l’Institut Montaigne fait ces propositions, celles-ci ne passent pas du tout inaperçues. Elles sont aussitôt étudiées et réfléchies par le Medef, qui décide de s’en inspirer et d’élaborer secrètement son propre projet dans la perspective de l’élection présidentielle de 2012 – projet que Mediapart a fini par découvrir et rendre public le 15 décembre 2010, dans le cadre de cet article : **Le plan secret du Medef pour dynamiser la Sécu.**

Les auteurs de la note, élaborée par le « groupe de travail Santé » du Medef, ne sont pas identifiés ; on devine juste au détour d’un argumentaire que la Fédération française des sociétés d’assurance (FFSA) a été représentée dans le groupe de travail, puisqu’il est fait mention d’une proposition défendue par elle. On peut toutefois raisonnablement penser que, outre les assureurs, dont Axa, toutes les autres fédérations patronales concernées (industrie du médicament, etc.) ont apporté leur pierre à ce travail.

Pour mémoire, voici cette note :

Le projet de note s’articule autour d’une seule et unique question – tiens, tiens ! : « *“L’État providence” tel que nous le connaissons depuis 1945 est-il encore soutenable dans les années à venir ?* » Et la réponse, on la devine : c’est non ! Dans un néologisme anglo-saxon qui en langage patronal se veut moderne, cela revient à plusieurs reprises : « *La soutenabilité du système d’assurance maladie en question.* »

Le texte fixe d’abord comme ambition d’« *engager une réflexion systémique* ». « *Il convient de conforter notre système de santé en y introduisant des réformes courageuses au plus tôt, sans doute après les élections présidentielles de 2012* », dit la note, qui recommande pourtant la mise en œuvre, si besoin, de certaines dispositions urgentes avant même l’échéance présidentielle.

« *Une réflexion systémique* » : tout tient dans cette formule. Car si le patronat propose des mesures drastiques d’économies ou de réforme de la gouvernance de la Sécurité sociale, qui ne sont

pas toutes outrancières, son premier souhait est d'inverser la logique qui régit l'assurance maladie, celle de la solidarité. Et puis surtout de recentrer l'assurance maladie sur des missions revues à la baisse, pour permettre aux systèmes de couvertures complémentaires, aux assureurs privés, de prendre le relais en de nombreux domaines. Ce n'est donc pas une contre-révolution radicale : la mise par terre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) n'est pas suggérée. Mais la logique même du régime est contestée.

C'est écrit noir sur blanc dès le début du rapport, dans une « *remarque liminaire* » qui est très importante : « *On constate un “étirement” croissant dans le temps entre les contributeurs et les bénéficiaires de l'AMO, ce qui est susceptible de mettre à mal le pacte républicain fondateur du système. L'AMO est aujourd'hui financée à 90 % par les actifs et 10 % par les retraités, alors que les prestations concernent 60 % des actifs et 40 % des retraités.* »

Le Medef s'indigne de cette situation, alors que... c'est le principe fondateur de la Sécurité sociale, qui repose sur la solidarité intergénérationnelle. Les actifs financent l'essentiel des cotisations, alors que les plus gros consommateurs de soins sont les plus jeunes et les plus âgés. Et c'est, encore plus nettement, le principe des retraites par répartition. Pour qu'on le comprenne bien, le Medef met même les points sur les “i” et, dans une note en bas de page, il pointe un déséquilibre qu'il semble juger insupportable, alors que c'est le cœur même de la Sécurité sociale qui le veut ainsi : « *5 % des bénéficiaires concentrent 51 % des dépenses et sont remboursés à 93 % par l'Assurance maladie obligatoire.* »

Marisol Touraine fait mine de s'indigner

Pour inverser cette logique, le patronat avance donc une proposition majeure : recentrer l'assurance maladie obligatoire sur les risques les plus lourds, et faire basculer les autres risques sur les systèmes complémentaires facultatifs. « *Le régime de base n'a ni les moyens ni le temps, ni la légitimité de tout entreprendre*, explique la note. *En visant l'intérêt général et en considérant l'urgence de la*

situation, il faut parvenir à une situation globale (régime obligatoire et organismes complémentaires) et sans doute élargir progressivement le champ des complémentaires », dit la note.

En quelque sorte, comme dans le cas de l'Institut Montaigne, on abandonne à la Sécurité sociale les risques les plus coûteux et sans doute non solvables, et on bascule sur les complémentaires tous les autres.

C'est donc une santé à deux vitesses que préconise le patronat, avec une assurance maladie qui ne s'occuperait plus que des risques lourds. Et tous les autres risques seraient ouverts aux seuls assurés qui ont les moyens de prendre une couverture privée, ce qui permettrait au passage de faire entrer plus avant le privé, dans une logique de profit, dans le système. « *Le régime général pourrait concéder au secteur privé, sur la base d'un cahier des charges, l'organisation d'un dispositif de télémédecine* », dit ainsi la note, à titre d'exemple, avant d'ajouter :

« *Le secteur privé pourrait également participer à l'orientation médicale des assurés, ce qui correspond à une demande croissante de ceux-ci. Le régime obligatoire dispose de l'essentiel de l'information. Même s'il est possible d'imaginer que les complémentaires bâtissent leurs bases de données, il serait préférable que le régime obligatoire duplique ses bases et les rende accessibles au privé sous certaines conditions.* »

Le patronat caresse l'espoir d'un « big bang » de l'assurance maladie, composé à terme de trois niveaux. Le premier niveau comprendrait une « *assurance maladie obligatoire a minima* » – on appréciera la formule « *a minima* » qui a au moins le mérite de dire les choses ; un deuxième niveau « *comprenant une assurance maladie complémentaire (obligatoire ou facultative selon les versions)* » et « *un troisième niveau comprenant une assurance maladie supplémentaire libre* ».

En clair, ne disposeront d'une couverture sociale large que ceux qui auront les moyens de se l'offrir, par eux-mêmes ou par le truchement de leur entreprise. Et tous les autres profiteront d'une couverture sociale réduite, notamment pour les risques les moins importants.

Le texte du Medef va même plus avant, détaillant ce que devraient être très concrètement les transferts « éventuellement au premier euro pour des champs de petit risque ou risque modéré ». Exemple avancé par la note : « *Il paraît notamment judicieux de déplacer une partie des opérations de prévention et suivi des facteurs de risque notamment lorsque cela concerne des actifs, de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire.* »

Dans le cas des affections de longue durée (ALD), le Medef est encore plus radical. Au travers d'une question, on devine sans peine la réponse : « *Le problème des ALD est au cœur de celui de l'assurance maladie : pour résoudre le problème du déficit croissant, on ne peut pas ne pas se focaliser sur les ALD, et c'est une vraie question de société : le régime de base doit-il se focaliser sur les plus démunis ou sur les plus malades, ou bien doit-il appréhender l'ensemble des citoyens, l'ensemble des soins, mais en n'apportant qu'une réponse partielle (dans les deux cas en renvoyant le reste à charge aux citoyens et aux organismes complémentaires) ?* »

La question reste ouverte, mais on devine la violence de la réponse qu'elle suggère : même pour les maladies les plus graves, il faut organiser l'avenir de telle sorte que l'assurance maladie universelle n'y apporte qu'une « réponse partielle », laissant le champ libre, pour ceux qui ont les moyens financiers, aux couvertures complémentaires ou aux assureurs privés.

Si le sujet n'était pas si grave, on serait presque tenté de rire des propositions boutefeux du patronat parce que dans le même temps le Medef, qui a quelques grands laboratoires parmi ses adhérents et les géants de l'industrie pharmaceutique, préconise un moratoire de la rigueur quand il en va du... médicament ! « *Tout ce qui pouvait être fait en matière de maîtrise a été fait* », s'empresse-t-il de dire. Ben voyons ! On a eu peur pour eux...

De tout cela, il n'est guère difficile de tirer les enseignements : c'est de tous ces travaux que s'est inspiré François Fillon, avant d'annoncer que, lui aussi, voulait organiser cette partition/privatisation de la Sécurité sociale. C'est dans les travaux de l'Institut

Montaigne et du Medef qu'il est venu piocher pour dessiner sa réforme. Disons les choses clairement : sa réforme, c'est celle que souhaitent de longue date les géants de l'assurance privée ; c'est celle qui peut mettre à mal de manière radicale le modèle social français issu de la Libération.

Le débat des primaires de la droite a donc été en partie biaisé : ce n'est pas Alain Juppé qui pouvait le mieux démonter le projet de François Fillon – même s'il a dit qu'il l'inquiétait. Du même coup, les citoyens n'avaient pas toutes les cartes en main pour mesurer la gravité de la réforme proposée. Le débat a été d'autant plus biaisé que Marisol Touraine, la ministre des affaires sociales, s'est insurgée, notamment par le tweet ci-dessous, contre le projet de François Fillon, en faisant valoir qu'il était hautement dangereux.



Le tweet de Marisol Touraine

Un destin politique prometteur pour Henri de Castries

La vérité pourtant, c'est qu'un mouvement de privatisation rampante est engagé de très longue date, et qu'il a été conduit avec la même ardeur par la gauche socialiste et par la droite. Avec au bout du compte, le résultat que l'on sait : à coup de remboursements, de mesures d'austérité, de renvois vers les organismes complémentaires, le principe de l'universalité de la Sécurité sociale a été progressivement ébréché.

Pour en prendre la mesure, il suffit de se pencher sur les derniers **Comptes de la santé, ceux de 2015**. Observons d'abord le poids des organismes complémentaires : il est déjà considérable, comme en atteste le chapitre ci-dessous des Comptes de la santé : On découvre ainsi que les organismes complémentaires (OC) « *ont versé au total 26,0 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2015 et financent ainsi 13,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)* ». Pour certains postes, la part de ces organismes

complémentaires est encore plus considérable : « *La part des OC dans le financement des soins dentaires (soins et prothèses, 40,3 % en 2015) a augmenté depuis plusieurs années (+5 points depuis 2006).* » En clair, les mutuelles et les assureurs grignotent de plus en plus des soins couverts auparavant par le régime de base.

C'est donc cette évolution, que la gauche socialiste a déjà fortement accompagnée, que François Fillon voudrait voir se creuser brutalement.

Les mêmes Comptes de la santé donnent par ailleurs une indication très inquiétante sur ce que les experts appellent le « reste à charge », c'est-à-dire, le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Pour 2015, il est évalué à 16,4 milliards d'euros, soit 8,4% de la consommation de soins et de biens médicaux, ou 247 euros par habitant. C'est ce qu'établit cet autre chapitre des Comptes de la santé, que l'on peut consulter ci-dessous :

Ce chapitre des Comptes de la santé présente l'intérêt de montrer que les restes à charge peuvent être encore plus importants pour certains postes de dépenses : « *Ils sont plus importants pour les autres biens médicaux (17,3 %), les médicaments (17,0 %) et les soins de ville (11,7 %). Le reste à charge sur ce dernier poste s'explique notamment par les soins dentaires, pour lesquels les ménages supportent 22,7 % de la dépense.* »

De toutes ces statistiques ressortent donc deux évidences. D'abord, les organismes complémentaires, et parmi eux les assureurs privés, se sont déjà insinués très fortement dans le système de Sécurité sociale ; mais c'est encore un immense « marché » qui leur échappe et qu'ils convoitent. Et puis, de ces chiffres transparaissent aussi de très fortes inégalités face à la santé – inégalités qu'une privatisation du système décuplerait. Avec à la clef, un système de santé à deux vitesses, relevant de l'assurance privée

pour ceux qui peuvent se l'offrir, ou alors limité aux maladies les plus graves pour les autres. Ce serait pour la France une immense régression sociale.



Henri de Castries © Zil

Cet engagement de François Fillon en faveur d'une implosion de la Sécurité sociale dont profiteraient les assureurs privés ne doit d'ailleurs rien au hasard. Comme on l'a vu, il a en effet un lien de proximité très fort avec l'ex-patron d'Axa, Henri de Castries. Selon des informations d'un journaliste de LCI (**que l'on peut entendre ici**), beaucoup de choses unissent les deux hommes, qui sont tous les deux des catholiques pratiquants. Henri de Castries a ainsi organisé en septembre dernier un cocktail au Links Club à New York, devant une assistance de banquiers et d'hommes d'affaires, pour aider François Fillon à collecter de l'argent pour sa campagne. Actuel **président du groupe Bilderberg**, qui réunit périodiquement le gratin de la vie politique et des affaires planétaire – c'est une sorte de Forum de Davos, mais à huis clos –, il a aussi fait le lien en ce domaine avec son ami : comme l'a raconté voilà quelque temps **une enquête de L'Obs**, François Fillon entretient lui-même une relation très serrée avec ce club très fermé. À l'invitation d'Henri de Castries, il a en particulier assisté aux travaux de Bilderberg lors de son rendez-vous à Londres en juin 2013.

Si bien que la rumeur emplie depuis quelques jours les gazettes : Henri de Castries pourrait-il être à François Fillon ce qu'Emmanuel Macron a été à François Hollande ? C'est à qui lui promet le destin le plus prometteur, en cas de victoire de François Fillon

à l'élection présidentielle. Dans cette hypothèse, **Challenges** voit Henri de Castries atterrir à Matignon, et **L'Opinion** suppose qu'il pourrait devenir au moins ministre de l'économie.

Dans tous les cas de figure, les assurés sociaux ont tout à craindre d'une telle perspective. Avec l'arrivée au sommet de l'État, quel que soit son poste précis, d'un assureur privé, la Sécurité sociale pourrait être confrontée aux plus graves dangers qu'elle ait connus depuis sa fondation...

Directeur de la publication : Edwy Plenel

Directeur éditorial : François Bonnet

Le journal MEDIAPART est édité par la Société Editrice de Mediapart (SAS).

Durée de la société : quatre-vingt-dix-neuf ans à compter du 24 octobre 2007.

Capital social : 28 501,20€.

Immatriculée sous le numéro 500 631 932 RCS PARIS. Numéro de Commission paritaire des publications et agences de presse : 1214Y90071 et 1219Y90071.

Conseil d'administration : François Bonnet, Michel Broué, Laurent Mauduit, Edwy Plenel (Président), Sébastien Sassolas, Marie-Hélène Smiéjan, Thierry Wilhelm. Actionnaires directs et indirects : Godefroy Beauvallet, François Bonnet, Laurent Mauduit, Edwy Plenel, Marie-Hélène Smiéjan ; Laurent Chemla, F. Vitrani ; Société Ecofinance, Société Doxa, Société des Amis de Mediapart.

Rédaction et administration : 8 passage Brulon 75012 Paris

Courriel : contact@mediapart.fr

Téléphone : + 33 (0) 1 44 68 99 08

Télécopie : + 33 (0) 1 44 68 01 90

Propriétaire, éditeur, imprimeur : la Société Editrice de Mediapart, Société par actions simplifiée au capital de 28 501,20€, immatriculée sous le numéro 500 631 932 RCS PARIS, dont le siège social est situé au 8 passage Brulon, 75012 Paris.

Abonnement : pour toute information, question ou conseil, le service abonné de Mediapart peut être contacté par courriel à l'adresse : serviceabonnement@mediapart.fr. ou par courrier à l'adresse : Service abonnés Mediapart, 4, rue Saint Hilaire 86000 Poitiers. Vous pouvez également adresser vos courriers à Société Editrice de Mediapart, 8 passage Brulon, 75012 Paris.