

## **SANTÉ PRIVATISÉE : FAUX-CULS CONTRE SÉCU**

Cela fait longtemps que les assureurs privés lorgnent la Sécurité Sociale. Mais cette fois, ils ne sont pas loin de marquer encore des points. Récapitulons : le 28 juillet dernier, le gouvernement annonce qu'il va taxer les mutuelles à hauteur de 1 milliard d'euros sur leur chiffre d'affaires en 2009. La France en vacances se réjouit : on taxe les grosses entreprises ! Certes, mais en échange de cette taxe, la Mutualité française a obtenu une contrepartie de première importance et passée sous silence : la promesse de pouvoir accéder aux données de santé des français sous prétexte de pouvoir mieux « gérer le risque ».

Promesse confirmée le 18 septembre par le Président de la République dans son discours prononcé à Bletterans (Jura) : « Les complémentaires santé doivent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, à la gestion du risque et à la maîtrise de la dépense, dans l'intérêt des assurés ». Gestion du risque : qu'ès aco ? Concrètement, mutuelles et assureurs privés revendiquent ces données pour savoir ce qu'ils remboursent et ajuster leurs contrats à chacun de leurs clients.

Aujourd'hui, ils sont ce que l'on appelle des « payeurs aveugles » : ils remboursent en complément de la Sécurité Sociale sans savoir de quel médicament ou de quelle consultation de spécialiste il s'agit. Mais donner aux mutuelles, et surtout aux assureurs privés le droit de « gérer le risque », au moyen des données individuelles de santé, c'est leur donner la possibilité de sélectionner leur clientèle, de contrôler les prescriptions des médecins, de surtaxer les patients coûteux, d'exclure ceux qui consomment trop de médicaments, qui font trop d'examens, qui sont trop malades... Et cela ressemble grandement au système de santé américain qui nous fait tous rêver : 47 millions d'américains sans couverture santé, des primes d'assurances privées tellement élevées que les inégalités dans l'accès aux soins sont devenues effrayantes.

Bien sûr, en France, on a encore la Sécurité sociale comme assurance-maladie de base, qui couvre tout un chacun, quel qu'il soit, en respectant les principes de solidarité et d'universalité : chacun cotise selon ses revenus et se soigne selon ses besoins. Mais la part de la Sécu recule d'année en année, au profit des assurances complémentaires à la suite des déremboursements de médicaments, de la hausse du forfait hospitalier et de l'explosion des dépassements d'honoraires. Aujourd'hui, la couverture complémentaire est devenue essentielle pour accéder aux soins. Si celle-ci est entre les mains d'assureurs privés, ayant accès aux données de santé pour, comme ils disent « faire leur métier », on pourra parler d'un système privatisé.

Le 29 septembre dernier, le projet de loi de financement de Sécurité sociale (PLFSS) a été présenté par le gouvernement. L'accès aux données de santé n'y est alors pas évoqué ! Oubli ? NON : ruse. En ce moment, des lobbyistes du privé font circuler auprès des députés un projet d'amendement prévoyant que cet accès aux données pourra être accordé à « des organismes à but lucratif ou non » et « à des fins de gestion du risque ou pour des préoccupations de santé publique ». C'est sûr qu'après l'affaire du fichier Edvige, il n'était pas évident d'avancer à découvert. A quel moment, cet amendement va-t-il se glisser discrètement dans le débat parlementaire qui débute à l'Assemblée nationale le 15 octobre ? Quel député va le reprendre à son compte ?

En tout cas, nous voilà prévenus : loin du « grand débat » promis sur le financement de l'assurance-maladie, la « rupture » est du genre à s'avancer ni vu ni connu.

« Source: Canard Enchaîné en date du 15 octobre 2008 / Prof. Canardeau »