

## **SECURITE SOCIALE : ETAT DES LIEUX**

### **La dérive Française**

Les Français ont, à propos de bien des choses, une propension à se voiler la face et pratiquer la méthode Coué et ses mantras pour conjurer le sort, telles les tribus primitives. Ainsi, à propos de leur couverture santé dont ils préfèrent ignorer le coût réel, une grande majorité pensent encore mécaniquement que les soins de santé sont gratuits. Cela relève d'une naïveté préoccupante venant d'un peuple qui se targue volontiers de sa supériorité intellectuelle et de son sens des responsabilités. Mais finalement, cette ignorance ne serait-elle pas sciemment entretenue par les journalistes, les médias, l'administration et les politiciens ?

Toujours est-il qu'un nouveau plan Sécu (le n-ième) a été annoncé l'été 2008. Plutôt que de prendre enfin leurs responsabilités, les gestionnaires de la Sécu et les gouvernants annoncent qu'ils vont taxer le chiffre d'affaire des mutuelles & assurances santé privées pour renflouer la branche maladie dont les dépenses sont toujours supérieures aux recettes. On ne cherche pas à adapter le système à l'économie actuelle, on préfère racketter les mutuelles et assurances (non déficitaires parce que bien gérées) et taxer encore plus les entreprises en prélevant une autre taxe sur l'intéressement des employés. Cette piraterie, toujours préjudiciable aux intérêts des citoyens, n'est pas pour alléger les charges des entreprises donc diminuer le chômage et sortir la France des sables mouvants où elle continue de s'enfoncer.

Si l'on considère l'apport pour l'Etat de l'ensemble des cotisations annuelles payées par les Français, on arrive à une somme de près de 395 milliards d'euros (2007) tandis que le budget de l'Etat est de 369 milliards. Comment tout cet argent ne peut-il éponger le déficit chronique abyssal de la Sécu ?! D'autant qu'il est prévu un nouvel approfondissement du fameux et éternel trou de la Sécu à 15 milliards d'euros en 2009<sup>1</sup> !...

S'il n'y avait pas un organisme privé indépendant dénommé « *Contribuables Associés* » et l'IFRAP<sup>2</sup>, on resterait dans le flou permanent avec seulement les chiffres officiels embrouillés fournis par l'administration ; une administration qui ne sait même pas le nombre exact de ses fonctionnaires.

*Contribuables Associés* est une association de citoyens cherchant à travers une présence manifeste face à l'Etat, à veiller aux dépenses publiques d'un point de vue indépendant mais rattaché aux intérêts des citoyens. Comme d'autres associations plus puissantes de ce type dans divers pays Anglo-saxons, notamment aux USA, elle tente de former en France une sorte de contre-pouvoir du peuple face aux décisions et à la gestion des administrations. Evidemment, dans les pays où l'on peut s'exprimer vraiment librement et où les citoyens forment un peuple naturellement et spontanément solidaire (esprit pionnier), ces associations sont importantes, puissantes et pèsent vraiment sur les décisions politiques.

---

<sup>1</sup> A cause d'une augmentation exponentielle de l'obésité et des maladies connexes à cet état de santé déficient.

<sup>2</sup> Le *think tank* de la société civile ; une information indépendante : [www.ifrap.org](http://www.ifrap.org)

En France, comme peu de gens y croient et préfèrent rester passifs en gémissant et en se laissant tondre, ce genre d'association est moins puissante mais néanmoins avertie et bien informée.

Ainsi un économiste, Georges Lane, professeur à l'université de Paris IX-Dauphine, a-t-il fait pour *Contribuables Associés* une étude pertinente sur les finances de la Sécu que chacun devrait sérieusement considérer. Il est parti d'une question judicieuse : « combien la Sécu coûte-t-elle à chacun d'entre nous ? ».

Il s'avère que la variété des cotisations des Français est très grande, ce qui ne facilite pas la mesure de l'ampleur du coût exorbitant de la couverture santé pour les assurés<sup>3</sup>. Néanmoins, on s'aperçoit que le coût est vraiment exorbitant, quoiqu'on en dise, surtout en regard du service rendu.

### **Mauvaise contrepartie**

Depuis 1967, la Sécu est subdivisée en quatre branches : maladie, vieillesse, accidents de travail et famille, ce qui n'a pas facilité l'étude. Les paiements de cotisation varient donc en fonction du secteur d'activité du citoyen : régimes spéciaux ou général. La différence est aussi considérée si le travailleur est frontalier ou indépendant.

Ensuite, il faut ajouter depuis 1991 un impôt aux cotisations : la CSG, et aussi la CRDS pour éponger le fameux déficit et aussi la dette sociale. Que de déficits et de dettes !...

Et enfin, il existe deux canaux d'approvisionnement des cotisations : le canal du salarié et celui des employeurs. Mais en réalité, puisque les deux canaux pompent sur la valeur de travail de l'employé, les cotisations sont en fin de compte payées par ce dernier. Et ça, ce ne sont pas les instances administratives ni les syndicats qui le feront comprendre...

De fait, un salarié gagnant le SMIC (soit 1341.03 €) paiera globalement près de 59 % de son salaire net en cotisations Sécu (610 €).

Et rien que pour l'assurance maladie, ce salarié smicard paye 26.6 % de son salaire net, soit un peu plus de 280 € pour un montant annuel final de près de 3400 €!

Maintenant, si l'on prend un salarié qui gagne deux fois le SMIC, le prélèvement global Sécu sur son salaire net sera de 60.2 % (2040 €). Si l'on considère son assurance maladie à elle seule, avec en plus la CSG-RDS, ce salarié cotisera pour près de 28 % de son salaire net pour sa couverture santé seulement.

Quant au salarié gagnant 8 fois le SMIC, la seule couverture maladie lui coûtera près de 28 % de son salaire.

Or d'un autre côté, si l'on considère la dépense moyenne annuelle remboursée, selon la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), on arrive à 2500 € par Français. On voit donc que cette somme est nettement inférieure aux montants des prélèvements sur salaires. En moyenne, un smicard paye finalement 32 % de plus que la Sécu ne lui rembourse !

Si le petit salarié a des enfants à charge, la situation pourrait être intéressante mais plus le salaire est gros, plus le salarié est perdant, quelque soit le nombre d'enfants.

Résultat : plus il y a de déremboursements (et il y en a de plus en plus), plus l'intérêt de la couverture Sécu diminue et le bénéfice financier de cette couverture maladie s'amenuise tandis que les prélèvements augmentent sérieusement. Malheureusement, aucun salarié n'est en mesure de contester le coût de ses cotisations puisque la Sécu a persuadé tout le monde, avec l'aide des médias sous la pression des politiciens, qu'elle dispose du monopole de la couverture santé ainsi obligatoire, en dépit des directives européennes dès 1992 et d'une

---

<sup>3</sup> On ne dit plus « assujettis » depuis que la Sécu a théoriquement perdu son monopole (2001).

ordonnance de 2001. Le flou est savamment entretenu par la désinformation administrative. La résignation ou le désintérêt des Français en témoignent ; dommage pour eux.

### **Un éclairage trop édifiant**

Heureusement, il existe des réveils. Un site Internet tout nouveau<sup>4</sup> proposait de calculer gratuitement, en fonction de votre salaire et en deux ou trois clics, vos gains potentiels si vous n'étiez plus cotisant à la Sécu. En d'autres termes, ce site vous permettait de visualiser ce que vous coûte la Sécu alors que votre adhésion à cette organisation n'est légalement plus obligatoire<sup>5</sup>. Le résultat était décoiffant : cela donnait une idée vertigineuse des sommes mensuelles ou annuelles qu'il est possible d'économiser, même en consacrant une partie (50 % maxi) pour une mutuelle à couverture totale et maximale. Pour autant, le webmaster a reçu des menaces des autorités à cause de ses révélations précises et son site est pour l'instant...torpillé. Il était donc dans le vrai.

L'avantage est encore plus grand avec une mutuelle ou assurance d'un pays de la CEE qui d'ailleurs rembourse souvent plus vite qu'une mutuelle Française. Rappelons aussi que l'URSSAF est tenue de dispenser de CSG-RDS les personnes affiliées à des mutuelles ou assurances santé européennes. Preuve en est que certains en ont déjà bénéficié.

En d'autres termes, une mutuelle ou assurance privée est beaucoup moins chère que la Sécu avec une couverture largement supérieure.

En tous cas, ce site très précis mis au point par un ingénieur est simple d'utilisation mais édifiant par le résultat quand on saisit ses données personnelles pour obtenir le calcul qui nous concerne.

Bien entendu, ce site n'est pas du tout au goût de la Sécu qui fait tout pour que le citoyen ne sache pas qu'il peut légalement sortir de ses listings et s'assurer avantageusement dans le privé. En effet, si tout le monde savait cela, la désertion serait massive et la Sécu rapidement en banqueroute. Mais il faut bien que la généreuse Sécu Française subsiste pour couvrir les soins de santé de tous les citoyens de la planète<sup>6</sup>... Les braves Français ne se sacrifient-ils pas pour cela ?

### **Réformes impuissantes en série**

Le pays ne compte même plus les réformes soit disant salvatrices que la Sécu a subi sans succès depuis des décennies. Mais les technocrates, à part augmenter les cotisations ou diminuer les remboursements n'arrivent à rien, ce qui ne fait pas honneur à leur compétence voire leur intelligence. Néanmoins, ils ne peuvent qu'agir sous la houlette d'hommes politiques manquant de courage pour lancer des réformes sérieuses qui, forcément impopulaires, pourraient ruiner leur précieuse carrière politique. Ils préfèrent la démagogie soporifique pour ne pas perdre leur électorat, quitte à passer pour des incapables aux yeux des personnes lucides. Et comme les Français ont la mémoire très courte et sont malgré tout crédules envers les officiels...les politiciens courent peu de risques avec un peuple aussi craintif et soumis.

Un nouveau n-ième plan, mis en place en novembre 2007 prévoit de limiter les dégâts actuels, rafistoler un peu quelques aspects et ramener le déficit chronique à 9 milliards en 2008. Pour le déficit zéro, on verra... aux calendes Grecques, comme d'habitude depuis des décennies. Par contre, on se décide enfin à lutter sérieusement contre les fraudes et arnaques diverses (1% des prestations) qui minent encore plus le système : arrêts maladie abusifs, opérations

---

<sup>4</sup> [www.sesoignerlibrement.com](http://www.sesoignerlibrement.com)

<sup>5</sup> Seule une couverture santé, quelle qu'elle soit, reste obligatoire en France (à la différence avec les USA où rien n'est obligatoire dans ce domaine). Cf. site Internet : [www.claudereichman.com](http://www.claudereichman.com) et [www.libreassurancemaladie.eu](http://www.libreassurancemaladie.eu)

<sup>6</sup> Notamment à travers l'Aide Médicale d'Etat (AME), et aussi la CMU en augmentation permanente.

abusivement estampillées remboursables, trafic de médicaments, trafic de fausses cartes vital, etc. Les autorités se décident aussi à limiter les abus de la CMU et de l'AME ; cette dernière assurant la gratuité des soins pour toute personne étrangère du monde entier, même en situation illégale. Cette politique anti-fraude finalement lancée (les politiciens ont tellement peur d'être impopulaires) a permis de récupérer déjà 116 millions d'euros en 2007, après 90 millions en 2006, ce qui contraste avec les 10 petits millions des années précédentes... Ces chiffres forment ce que la Sécu appelle les économies annuelles. Mais il reste encore énormément à récupérer, selon les responsables. C'est dire la dérive... En effet, durant des décennies, la Sécu a payé les factures à guichet ouvert sans trop se soucier des détails, ce qui a fait la fortune de nombreux acteurs des services de santé grassement rémunérés. Il faut remarquer que les fournisseurs de l'Etat, quelque soit le domaine, ont toujours une nette propension à surfacturer leurs produits ou services agréés par les responsables des appels d'offres, et ce depuis des décennies sans que personne n'y voit malice. Vous avez dit corruption ?

Cela dit, la Sécu diminue encore et toujours de plus en plus de remboursements actuellement à 70 % mais prévus prochainement à la baisse quelque part. Ce n'est pas pour autant que la qualité des soins soit meilleure. Les autorités ont décidé d'instaurer des franchises non remboursées sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, même si ces franchises sont quelque peu symboliques pour l'instant, donc à peine suffisamment sérieuse pour inciter les assurés à plus de responsabilité.

Afin de faire de très sérieuses économies, de façon substantielle et durable, il faut nécessairement faire de profondes réformes structurelles, à commencer par les hôpitaux.

Il faut d'abord essentiellement faire une lutte plus intense contre le gaspillage et la mauvaise gestion qui ont carrément endémiques.

Il faut ensuite instaurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire, de nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux (notamment ceux donnant des consultations privées dans les hôpitaux), de nouvelles grilles de rémunération du personnel soignant hospitalier, des transports sanitaires plus rapides, des plateaux techniques très modernes et performants dans seulement quelques hôpitaux par régions puisqu'on ne peut faire mieux. Mais cela augure des grèves de mécontentement et les politiciens locaux les craignent comme la peste. Les grèves françaises sont toujours basées d'entrée sur l'affrontement plutôt que la négociation responsable ; ce qui est encore une exception française. Là encore, la responsabilité de l'état des choses n'incombe-t-elle pas aux syndicats ? Alors on préfère lâchement la stagnation permanente, antichambre de la régression.

Car régression il y a : en 2025, il manquera 25 % des médecins libéraux actuellement installés, selon leur caisse de retraite qui tire la sonnette d'alarme en parlant de « catastrophe sanitaire à venir ». Pendant 15 ans, il y aura donc un sérieux déficit de médecins en France, notamment en psychiatres et gynécologues, à cause d'une gestion lamentable du *numerus clausus* des études de médecine dans les années 80-90. Encore une preuve des incapacités de gestion et de prévision (malgré l'outil informatique) qui ne font pas honneur à l'intelligence des responsables.

Compte tenu de la situation économique vraiment désastreuse du pays, et l'incapacité des gouvernants et des dirigeants à faire une sérieuse gestion, il est certain que les dépenses continueront à augmenter en même temps que les prélèvements. D'autant que de nouvelles pathologies dues à l'alimentation et aux pollutions ne cessent de survenir. Pendant ce temps, les assurés seront de moins en moins bien remboursés dans un contexte de qualité des soins en

dégradation lente mais constante<sup>7</sup>. En effet, à quoi cela sert-il d'être remboursé de soins inefficaces, toxiques voire dangereux ? C'est ce que remarquent de nombreux patients lucides.

Par ailleurs, le Conseil Economique et Social veut inciter la Sécu à trouver de nouvelles ressources sans les voir peser davantage sur le travail. Juin 2008, le directeur de la CNAM a proposé de supprimer la couverture à 100 % pour les malades atteints de maladies graves et de passer cette couverture à 35 %, afin de faire 3 milliards d'économie !... On sent vraiment le vent de panique.

Bref, depuis le temps et avec toutes ces réformatrices stériles, il ressort que croire encore en la Sécu et son principe social relève d'un acte de foi candide, de naïveté délirante voire de croyance carrément sectaire.

### **Abolition légalisée**

Le monopole de la Sécurité Sociale en matière de couverture santé est maintenant aboli pour des raisons liées à la libre circulation des personnes et des biens et aux règles de la concurrence. En effet, un citoyen Hollandais déjà couvert dans son pays ne peut être obligé de s'inscrire à la Sécurité Sociale Française s'il décide de vivre et travailler en France. Il aurait alors deux couvertures santé donc deux cotisations pour un même usage, ce qui serait ridicule et infondé, surtout s'il souhaite garder sa couverture santé Hollandaise, plus avantageuse que la Française. D'où la suppression de ce monopole au sein des pays de la Communauté Européenne<sup>8</sup>, car l'essentiel est que l'individu ait une couverture santé, quelle qu'elle soit.

La fin du monopole de la Sécu est donc légalement inéluctable au sein de la CEE. La France résiste cependant bien qu'elle ait enfin transposé les directives européennes y afférent par les lois n° 94-5 du 4 janvier 1994 et n° 94-678 du 8 août 1994, appuyées ensuite par l'ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 ratifiée par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001. De fait, la France est sans cesse à l'amende sous astreinte financière de la CEE en payant chaque mois des sommes considérables ; argent qui sort de la poche du contribuable, bien entendu.

Il est facile de payer avec l'argent des autres. Comment avoir alors confiance en des Autorités gouvernementales qui ne respectent même pas les lois qu'elles promulguent et une Justice de plus en plus bancalitaire voire complice. Comment faire confiance à une administration qui, selon certains faits, ne tient pas ses engagements commettant parfois des forfaitures au détriment des citoyens ? Que dire de plus au pays de l'hypocrisie et de la mauvaise foi ?

Pourtant, le monopole devrait avoir disparu depuis 2001 dans ce pays osant encore afficher le mot « liberté » sur le fronton de ses mairies. Il existe cependant des moyens de s'assurer autrement et librement. Des sites Internet le précisent<sup>9</sup>.

Bref, la moralité de l'histoire est un constat évident : Les Français sont victimes de fonctionnaires et technocrates incapables de résoudre les problèmes autrement qu'en les alourdissant avec des « usines à gaz » coûteuses selon leur adage « pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ». Pendant ce temps, les cotisations augmentent au rythme de la diminution des remboursements. Il faut être vraiment aveugle pour ne pas le voir.

L'échec permanent des montages, plans de sauvetage ou rafistolages ne fait pas honneur à leur compétence. Il en résulte des déficiences perpétuelles dues également au fait que les

---

<sup>7</sup> Cf article « La santé en France : un système en déroute » sur [www.chironeural.fr](http://www.chironeural.fr)

<sup>8</sup> Cf. articles « Sécurité sociale, chronique d'une mort annoncée » et « Sécurité sociale, le chambardement encore caché » sur [www.chironeural.fr](http://www.chironeural.fr) et surtout les liens suivants très explicites :

- [http://www.wikiberal.org/wiki/Abrogation\\_du\\_monopole\\_de\\_la\\_S%C3%A9curit%C3%A9\\_Sociale](http://www.wikiberal.org/wiki/Abrogation_du_monopole_de_la_S%C3%A9curit%C3%A9_Sociale)
- [http://www.wikiberal.org/wiki/Abrogation\\_du\\_monopole\\_de\\_la\\_S%C3%A9curit%C3%A9\\_Sociale:\\_strat%C3%A9gie\\_de\\_d%C3%A9sengagement\\_individuel](http://www.wikiberal.org/wiki/Abrogation_du_monopole_de_la_S%C3%A9curit%C3%A9_Sociale:_strat%C3%A9gie_de_d%C3%A9sengagement_individuel)

<sup>9</sup> [www.libreassurance maladie.eu](http://www.libreassurance maladie.eu)

hommes politiques qui les dirigent n'ont pas le courage, à l'image de leurs électeurs, de réformer drastiquement les institutions de façon sérieuse et efficace : ils ne veulent pas risquer de perdre leur électorat. Et leur électorat souhaite avoir le beurre, l'argent du beurre, la ferme, les vaches, etc. avec un système qui rembourse tout à 100 % alors qu'il sait que c'est impossible car le pays n'a plus d'argent avec une dette colossale.

Mais personne ne veut accepter ces faits, pourtant de plus en plus évidents, ni oser regarder la réalité en face.

D'un autre côté, il n'y a pas plus aveugle que celui qui ne veut pas voir. La vraie question essentielle est la suivante : Peut-on faire une médecine moderne, efficace et fiable dans une misère matérielle grandissante, un déficit permanent dans un contexte de dette abyssale ?

En matière de santé, le monde est divisé en deux :

D'un côté les gouvernants, conscients de préserver le capital santé naturel, imposent une politique de responsabilisation individuelle en maintenant un haut degré de liberté des citoyens. Cette option ne favorise aucun commerce des laboratoires ni enrichissement du monde médical mais implique une prise de conscience des gouvernants et des décisions fondées sur une certaine intelligence de la vie menant à de substantielles économies. Cela aboutit à un meilleur niveau de santé des populations bien éduquées pour se préserver elles-mêmes. Les réelles économies ainsi générées permettent alors le progrès technologique.

De l'autre côté, les gouvernants pensant que le progrès technologique omnipotent et la prospérité constante de la nation seront capables de pallier les déficiences sanitaires de citoyens infantilisés et résoudre tous les problèmes. Ils privilégient alors l'intérêt commercial des acteurs du monde médical. Cette option favorise le commerce des laboratoires généré par les maladies, et la propagande mensongère des grands acteurs du système mais implique alors une irresponsabilité contagieuse des gouvernants, une décadence et une déchéance sanitaire avec un effondrement d'un système miséreux de plus en plus impuissant.

Il reste donc aux Français à se réveiller pour demander courageusement de vraies réformes efficaces et rentables au lieu de rêver et de râler en se conduisant comme des petits enfants capricieux.

On a la couverture santé que l'on décide de mériter. Refuser les réformes conceptuelles drastiques, c'est s'enfoncer dans la médiocrité médicale, la misère et la précarité sanitaire ; et chacun pourrait le payer un jour de sa vie.

© Pascal Labouret - 2008