

# La stratégie des assureurs

Remarquable fresque de la comédie de l'assurance maladie, peinte touche par touche, à destination du grand public, dans l'émission *Temps présent* du 15 avril dernier. Rien de nouveau, remarquez, pour celui qui a l'habitude de fréquenter cette société du faux-semblant. Mais se dégageait, chez les personnes filmées, une tranquille inconscience qui fascinait même les connaisseurs. Elles décrivaient un gigantesque détournement démocratique tout en ayant l'air de parler des pratiques d'un club de foot local.

■ ■ ■

Les thèmes? L'obsession, d'abord, des caisses-maladie pour la sélection de risque, au point qu'elles la pratiquent sans la moindre éthique et au mépris des lois. L'émission les montre évitant de répondre aux téléphones des malades chroniques et des retraités, invalidant «par erreur» la carte d'une assurée trop coûteuse, poussant tout ce monde à changer d'assureur. Un responsable (anonyme) de centrale d'appel avoue que, lorsqu'un «mauvais risque» téléphone, on le fait attendre, des heures parfois. Ou alors, que les candidats à l'adhésion sont interrogés, même lorsqu'il s'agit de l'assurance de base. «On pose des questions sur l'état de santé qui ne sont pas légales. Mais personne ne se plaint». L'illégalité s'est implantée sur un fond de résignation.

■ ■ ■

Comment s'adresser à ces assurances maladies? Elles sont devenues des usines à gaz, un enchevêtrement de tuyaux distillant du discours non responsable. Assurance n'est d'ailleurs plus le bon terme: ce sont des holdings, dont le montage en structures gigognes fait penser aux systèmes financiers *offshores*. Le but est le même: jouer avec les contrôles et créer de la diversion. Dans le cas de l'assurance maladie, il s'agit d'écrémer le marché des bons risques et de rendre troubles les comptes. Et surtout, de mélanger assurances de base et complémentaires dans une unique structure: mêmes personnes, mêmes systèmes informatiques, mêmes bâtiments. Impossible, du coup, de surveiller le transfert des données et de l'argent dans le sens public-privé. Le produit final de ces usines, leur gaz, débarrassé de toute trace de son origine, c'est le profit.

■ ■ ■

Au sein de sa division sensée surveiller l'assurance maladie, l'OFSP emploie une quinzaine de personnes. Pour quoi faire? Notre mission «consiste à nous assurer que l'ensemble du système fonctionne», répond un responsable. Autrement dit: veiller gentiment à ce que les assureurs ne fassent pas faillite. Le reste, ce

n'est pas le problème de l'OFSP (dont le Parlement a d'ailleurs soigneusement rogné les griffes légales). L'amende maximale délivrée par l'OFSP, pour dissuader des assureurs qui distillent des milliards dans leurs tuyaux? 5000 francs. «On évite d'y recourir, dit le spécialiste de l'OFSP: c'est tout de même de l'argent pris sur les primes». De l'humour, probablement.

■ ■ ■

Notre Parlement fédéral, dans ce reportage, apparaît dans sa vénalité la plus crue. Sur treize membres de la Commission santé du Conseil des Etats, six ont un mandat auprès d'une caisse-maladie. Un parlementaire avoue: au moins la moitié des députés sont liés aux assureurs maladie. Lui-même s'est vu proposé 20000 francs pour six séances de pseudo-conseils. Au noir, lui aurait-on promis. Double avantage: pour lui et pour les assureurs, dont l'engagement financier dans l'influence politique reste ainsi invisible. Moralité: les comptes des caisses sont moins bien surveillés que ceux de la petite boucherie du coin.

■ ■ ■

Pourquoi se compliquer la vie en essayant d'améliorer le système? Toni Bertoluzzi, membre UDC de la commission sécurité sociale et santé du National, annonçait la semaine dernière qu'il envisage de lancer une initiative visant à supprimer l'obligation de s'assurer. Bertoluzzi aime les solutions simples. «Je suis persuadé qu'une telle mesure permettrait de mettre fin à la spirale des coûts» a-t-il dit.

Certes, avec ce genre de projet, l'UDC reste isolée. Bertoluzzi ne représente d'ailleurs pas la voix officielle de son parti. Mais il exprime une tendance lourde de la droite populiste montante. Un autre UDC avait déjà, l'année passée, déposé une motion demandant la suppression de l'assurance obligatoire. Certes encore, Claude Ruey, le président de *santésuisse*, estime qu'il s'agit d'un «combat d'arrière-garde». Mais il est des assureurs au discours moins clair. Dans *Le Matin* du 19 avril, Yves Seydoux, porte-parole du Groupe Mutuel, susurrant en ces mots la doctrine de son employeur: «La discussion mérite d'être menée, car un retour à l'ancien système amènerait un meilleur équilibre entre droits et devoirs de chaque assuré».

■ ■ ■

Mardi dernier, le Groupe Mutuel annonçait, pour 2009, une perte de 7,5 millions dans l'assurance de base (chiffre d'affaires: 2,4 milliards de francs) et un bénéfice de 70,2 millions dans l'assurance complémentaire (chiffre d'affaires: 0,46 milliards). Chaque année, les résultats présentent invariablement, et chez tous les assureurs, la même configuration: pertes dans l'assurance de base, bénéfices dans l'assu-

rance privée. C'est fou comme le dieu des chiffres fait bien les choses.

■ ■ ■

Attention, cependant, aux chausse-trappes. Le Groupe Mutuel dit vouloir se passer de l'assurance de base. En réalité, comme tous les assureurs, il se battra bec et ongles contre les initiatives visant à la séparation des types d'assurances. La perspective d'une double fin – celle de leur business de transfert et celle des plaisirs narcissiques du contrôle sans partage – les affole. Et leur stratégie pourrait bien être de créer le chaos. De bombarder la scène politique d'idées aussi extrêmes qu'inapplicables. Pour pouvoir dire, à la fin: «vous voyez, chère population, certains veulent abolir l'assurance de base, d'autres veulent la séparer de l'assurance complémentaire. Mais ces positions extrêmes sont mauvaises. La solution actuelle n'est-elle pas la meilleure?».

■ ■ ■

Cessons de penser que les assureurs, Groupe Mutuel en tête, cherchent à mettre en place un système libéral. Leur rêve est de se substituer aux institutions sociales qui règlent la juste distribution des moyens. De modeler eux-mêmes l'univers médical, en faisant entrer la médecine toute entière dans leur giron. Ce qu'ils voudraient éliminer, en réalité, c'est la représentativité: la participation de la population et des soignants aux évolutions du système de santé. Mais la représentativité n'est pas seulement le ressort de la démocratie et le garant de la vérité. C'est notre manière moderne d'édifier des symboles, d'élaborer un langage capable d'humaniser la gestion de la santé.

■ ■ ■

Le plus troublant? Non pas le fait que, dans ce reportage, tout le monde avoue à demi-mot, y compris à l'OFSP, que les caisses enfrennent la loi, méprisent les malades et siphonnent l'assurance de base pour que la privée dégage des bénéficiaires. Mais le mythe qu'elles cherchent à construire, à coup de réponses lénifiantes. Mythe de quoi? De leur immense importance. Les caisses se prétendent omniscientes et bienfaitrices. Leurs patrons ont la tête qui enfle, parlent avec une componction de fondateurs de secte. Il fallait voir, en arrière-fond de l'émission, les bâtiments du Groupe Mutuel et d'Helsana: un luxe ahurissant. Même les banques n'osent pas (ou plus) élever de telles masses de clinquant et d'arrogance. Les caisses sont les temples de nos primes et les cryptes de nos données. Leurs chefs, les souverains pontificants du monde sanitaire.

Bertrand Kiefer