

LES CAHIERS

***REGARDS SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ EN FRANCE :
ENJEUX D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN***

N° 55

*Pierre HERITIER
André GAURON
Michel FRIED*

Préface de Joël MAURICE

Avril 2016

© Lasaire, Paris-Saint-Etienne – *Reproduction autorisée en citant la source*



LABORATOIRE SOCIAL D'ACTIONS D'INNOVATIONS DE REFLEXIONS ET D'ECHANGES

SOMMAIRE

PRÉFACE-----Page 5

Joël MAURICE

Encadré :

- a) Comparaison internationale selon les statistiques sur la santé de l'OCDE (2015)
- b) France : Dépense Courante de Santé (DCS)
- c) France : le financement des dépenses de santé
- d) France : régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie
- e) France : la loi de financement de la Sécurité Sociale (PFSS)
- f) France : objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

1. PROBLÉMATIQUE :

QUEL EST L'AVENIR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ?

COMMENT GARANTIR « L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS ? »-----Page 11

Pierre HERITIER

- 1.1. La couverture sociale doit cesser d'être l'otage de la doxa et des dictats financiers
- 1.2. Maîtrise des dépenses de santé ?
- 1.3. Le système médical français : libéralisme, domaine réservé, faut-il définir le revenu des médecins ?
- 1.4. Des gisements... d'économie... et de bonne santé

2. SANTÉ, ASSURANCE MALADIE, NOUVELLES PERSPECTIVES-----Page 15

André GAURON

- 2.1. Un enjeu qui perdure : le besoin de solidarité et l'indépassable mutualisation du risque maladie
- 2.2. Un nouvel enjeu : l'innovation
- 2.3. Le risque de nouvelles inégalités liées au progrès de la médecine et à la mondialisation
- 2.4. Quel financement pour une médecine technologique ?

3. HISTOIRE DE LA MUTUALITÉ :

LA CONCURRENCE DE LA LOI ET DU CONTRAT-----Page 27

Michel FRIED

- 3.1. L'institutionnalisation progressive des Mutuelles jusqu'à la Libération
- 3.2. De la libération à la période actuelle : la montée des Complémentaires Santé aux dépens des ambitions de la Sécurité Sociale
- 3.3. L'uniformisation de la fiscalité des organismes complémentaires
- 3.4. L'uniformisation de l'offre d'assurance
- 3.5. La participation des Complémentaires Santé à la gestion des dépenses de santé

PRÉFACE

Joël MAURICE

Lasaire a publié en 2004 un Cahier intitulé « *Santé et Assurance Maladie : quelles réformes pour une solidarité durable ?* ».

Douze ans plus tard, la question garde toute sa pertinence et sert de fil conducteur au présent Cahier Lasaire, qui actualise le précédent en tenant compte des évolutions du contexte et des nouvelles perspectives.

Ce Cahier a été élaboré à l'initiative Pierre de HERITIER, qui a animé un groupe de travail auquel ont activement participé Jackie TEILLOL et Rémi BOUVIER, de Saint-Etienne, et les membres de Lasaire-éco.

Il se compose de trois contributions.

Pierre HERITIER dresse la problématique d'ensemble. Rappelant que la question fondamentale est encore et toujours « *Comment garantir l'accès aux soins pour tous ?* », il souligne l'effet de ciseau de l'interminable crise socio-économique, qui aggrave la souffrance sociale, alourdissant les dépenses de santé, et qui -simultanément- ampute les recettes des cotisations à l'Assurance Maladie. En outre, la doxa libérale et financière pousse aux solutions privées et facultatives plutôt qu'aux assurances collectives et obligatoires et elle gagne en influence, notamment chez les jeunes. Cette pression accentue la complexité du système français de santé, du côté des financements (Assurance Maladie, Complémentaires Santé, reste à charge) mais aussi du côté de l'offre (hôpital public, cliniques privées, soins de ville, etc). Et la prévention est toujours remise à plus tard.

André GAURON, dans sa contribution « *Santé et Assurance Maladie, nouvelles perspectives* », enchaîne sur le Cahier Lasaire précité de 2004 et fait observer que les problèmes alors identifiés, pour l'essentiel, demeurent. Il rappelle la nature du risque maladie, qui pèse sur chaque personne mais est réparti à l'échelle de la population, ce qui fonde la logique d'un système d'Assurance Maladie collectif et obligatoire. Revenant sur la complexité précitée du système français, il détaille la répartition du financement entre Assurance Maladie, Complémentaire Santé (elle-même éclatée entre Mutuelles, Institutions de prévoyance et Sociétés d'Assurances) et reste à charge (lequel est proportionnellement moins lourd pour les hauts revenus que pour les revenus plus faibles -tant qu'ils ne sont pas éligibles à la Couverture Maladie Universelle et à la CMU-C). Il note la part prépondérante qu'occupent désormais les maladies chroniques dans les dépenses de santé. Il insiste sur la véritable révolution qui est en cours, sous l'impulsion du numérique (meilleure utilisation des données), mais plus encore des progrès de la biologie (moléculaire, systémique), et qui ouvre la voie à la médecine personnalisée. La recherche constitue dès lors un enjeu majeur ; la France dispose d'atouts et consent des efforts significatifs, mais elle accuse aussi certains retards (ingénierie tissulaire, médecine régénératrice). La course aux progrès de la médecine dans un contexte de mondialisation crée un risque de nouvelles inégalités. Et le développement d'une médecine plus technologique, qui repose sur des équipements très capitalistiques, pose un dilemme de spécialisation et appelle une tarification pertinente, séparant charges variables et amortissement des charges fixes.

Michel FRIED intitule sa contribution « *Histoire de la Mutualité : la concurrence de la loi et du contrat* ». Cette fresque remonte à 1791 avec la loi Le Chapelier, qui a interdit les corporations mais tolérait les associations de secours mutuelles. Ces dernières fournirent tout naturellement un abri aux militants ouvriers, mais les Pouvoirs Publics les ont pendant longtemps surveillées de près, jusqu'à la Troisième République. C'est alors que la Mutualité s'est développée, indépendamment du mouvement syndical, et a connu un vif essor, notamment sous l'influence de la pensée solidariste de Léon BOURGEOIS : l'assistance aux plus défavorisés incombe à l'Etat, et mais le mouvement mutualiste doit permettre à chacun - sur une base volontaire- de prendre sa part des charges et des bénéfices offerts par la société. Le débat sur la répartition entre protection obligatoire (la loi) et adhésion volontaire (le contrat) s'est poursuivi à chaque étape marquante, de la création des Assurances Sociales en 1930 à celle de la Sécurité Sociale en 1945. Progressivement, la nécessité d'une coordination entre la gestion des régimes sociaux obligatoires et celle des Complémentaires Santé a été reconnue de part et d'autre. Les Directives européennes ont ensuite conduit à uniformiser la fiscalité des différents organismes complémentaires : Mutuelles, Institution de Prévoyance et Sociétés d'Assurance ; ils appartiennent depuis 2004 à l'Union des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM). La troisième composante du financement des dépenses de santé, à savoir le « reste à charge » des ménages (déjà mentionné plus haut) a fait l'objet d'un plafonnement de principe tant par le Conseil Constitutionnel que par le Conseil d'Etat, mais cette limite n'a pas été chiffrée. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) apporte une aide sous condition de ressources. Enfin, la généralisation des Complémentaires Santé d'entreprises a été l'une des décisions phares de l'accord national interprofessionnel du 14 juin 2013.

L'encadré qui termine cette préface rassemble quelques définitions et ordres de grandeur relatifs au domaine de la santé en France, et une brève comparaison avec quelques autres pays.

ENCADRÉ

a) COMPARAISON INTERNATIONALE SELON LES STATISTIQUES SUR LA SANTÉ DE L'OCDE (2015). EXTRAITS :

Les dépenses de santé en pourcentage du PIB en France restent bien au-dessus de la moyenne OCDE. En 2013 (dernière année de comparaison disponible), la part du PIB consacrée aux dépenses de santé était en France de **10,9 %**. Elle était largement inférieure à celle des États-Unis (16.4 %). Elle était un peu inférieure à celle des Pays-Bas (11.1), de la Suisse (11.1), de l'Allemagne (11.0), de la Suède (11.0). Elle était légèrement supérieure à celle du Danemark (10.4), de la Belgique (10.2), plus nettement du Portugal (9.0) et de l'Espagne (8.9), de l'Italie (8.8) et plus encore du Royaume-Uni (8.5). La moyenne pour l'OCDE était de 8.9.

En termes de dépenses par habitant (corrigées des différents niveaux de prix à l'aide de parités de pouvoir d'achat pour l'ensemble de l'économie), la France a dépensé 4 124 USD par habitant en 2013, soit 19,4% de plus, par rapport à une moyenne OCDE de 3 453 USD.

En France, la part des dépenses publiques en pourcentage des dépenses totales de santé est restée relativement stable ces dix dernières années, à environ 79 %, soit au-dessus de la moyenne OCDE (de 73 %).

Les régimes privés d'Assurance Maladie jouent un rôle plus important en France que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. L'Assurance Complémentaire de la couverture médicale publique finance 14 % environ des dépenses totales de santé.

Par ailleurs, en France, la part des versements directs des ménages compte parmi les plus faibles de la zone OCDE. Les patients n'ont à leur charge que 7 % des dépenses totales de santé, contre 19 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. La part en France est analogue à celle des Pays-Bas (5 %) et du Royaume-Uni (10 %), mais bien inférieure à celle de pays voisins comme l'Allemagne (13 %) et la Suisse (26 %).

En France, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé ont augmenté d'1 point depuis 2003, la crise économique et la contraction de l'économie qui en a découlé n'ayant pas entravé leur progression.

b) FRANCE : DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ¹ (DCS)

La DCS désigne l'ensemble des sommes dépensées au cours d'une année au titre de la santé. Elle est composée de plusieurs éléments :

- La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : celle-ci représente les $\frac{3}{4}$ de la DCS et ses principaux postes sont² : les dépenses hospitalières (88.6 Mds€) ; les soins de vielle (50 Mds€) ; les médicaments (33,9 Mds€) ; les autres soins médicaux (13,8 Mds€) ; les transports sanitaires (4.4 Mds€).
- Les soins de longue durée à destination des personnes handicapées ou âgées en établissement.
- Les indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie.
- Les dépenses de prévention individuelles (médecine du travail ou scolaire).
- Les subventions au système de soins (prise en charge des cotisations des professionnels de santé, aide à la télétransmission, dépenses de recherche médicales et pharmaceutiques).
- Dépenses de formation des professionnels de santé.
- Les coûts de gestion du système de santé.

c) FRANCE : LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Ce financement est assuré par les composantes suivantes :

- les régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie,
- les Complémentaires Santé,
- le reste à charge des ménages,
- un apport de l'Etat au titre de la Couverture Maladie Universelle³-Complémentaire (CMU-C).

¹ Source : Vie Publique.

² Montants pour 2014, source « vie publique ».

³ Devenue depuis le 1^{er} janvier 2016 Protection universelle Maladie PUM.

Le tableau ci-dessous extrait de l'annexe de la contribution de Michel FRIED donne la répartition du financement de la consommation de soins et bien médicaux (CSBM précitée) :

STRUCTURE (EN%) DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

Organismes	2006	2010	2013
Assurance Maladie (régimes de base obligatoires)	76,8	76,2	76,6
Etat, CMU-C	1,4	1,3	1,4
Complémentaires Santé*	12,8	13,4	13,5
dont ⁴ : Mutuelles	7,7	7,5	7,2
Stés d'assurance	2,9	3,5	3,7
Inst. de Prévoyance	2,3	2,4	2,6
Ménages (reste à charge)	9,0	9,2	8,5

* Y compris CMU-C, soins urgents
(Source : DREES)

d) FRANCE : RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE L'ASSURANCE MALADIE

Ils comprennent trois régimes principaux :

- le Régime Général, qui est l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France,
- le régime agricole, qui couvre les exploitants et les salariés agricoles,
- le régime social des indépendants, qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

Il existe de nombreux autres régimes dits « spéciaux » : des marins et inscrits maritimes ; des mines ; de la SNCF ; de la RATP ; d'EDF-GDF ; de la Banque de France ; de l'Assemblée nationale ; du Sénat ; des clercs et employés de notaire ; des ministres du culte, etc.

e) FRANCE : LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PFSS)

Elle fournit chaque année une prévision des recettes et des dépenses de santé du Régime Général ainsi que de l'ensemble des régimes de base obligatoires.

⁴ En 2013 le nombre des mutuelles était de 481, celui des institutions de prévoyance de 28 et celui des Sociétés d'Assurance de 96. Comme l'indique Michel FRIED, une certaine consolidation est en cours.

PFSS 2016
Maladie
En milliards d'euros courants

	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*
Ensemble des régimes obligatoires de base de la Sécurité Sociale								
Recettes	178,9	182,2	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
Dépenses	184,8	189,1	193,2	198,0	201,1	206,1	209,9	213,7
Solde	-5,9	-6,9	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
dont Régime Général								
Recettes	155,0	157,9	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
Dépenses	160,9	164,7	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
Solde	-5,9	-6,8	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3

f) FRANCE : OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE⁵ (ONDAM)

Cet indicateur de maîtrise des dépenses de santé fixe le montant annuel des dépenses à ne pas dépasser en matière : de soins de ville ; d'établissements publics ou privés de santé tarifés à l'activité ; d'autres établissements de santé ; d'établissements et services médico-sociaux ; des contributions de l'Assurance Maladie pour les personnes âgées ou handicapées ; de diverses autres prises en charge. Créé en 1996, il a connu des dépassements, qui toutefois se réduisent. La PFSS 2016 le fixe à 182 Mds€, en progression de 1.75% par rapport à l'année précédente.

⁵ Source : Vie Publique

1. PROBLÉMATIQUE : QUEL EST L'AVENIR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ? COMMENT GARANTIR « L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS » ?

Pierre HERITIER

La crise qui réduit à la fois la croissance réelle et l'inflation diminue les recettes de la Sécurité Sociale. Elle tend à augmenter les dépenses sociales, non seulement d'indemnisation du chômage, mais aussi de santé, à travers les contrecoups de la précarité, du chômage et de l'exclusion. Les politiques budgétaires restrictives ne laissent pas augurer d'augmentation des taux de cotisations sociales qui seraient susceptible d'augmenter les recettes. Il est urgent de reposer la question des critères financiers qui, selon la doxa libérale, séparent les bons financements (la cotisation financière volontaire) et les mauvais (les régimes obligatoires).

La pression des actionnaires pour déplacer en leur faveur le partage de la valeur ajoutée ne profite pas aux investissements et, de ce fait, freine encore la croissance. Face à la pression qui en résulte sur les salaires, les salariés seraient plutôt enclins, surtout les jeunes, à faire des arbitrages privilégiant le salaire net sur les cotisations sociales.

Toutefois la majorité des salariés «stables» (le mot a-t-il vraiment un sens ?), établis dans la vie (couple avec enfants), tend à se doter d'une couverture de bon niveau avec les mutuelles, les accords d'entreprise... Le prix et le niveau de cette couverture sont-ils en rapport avec la qualité ?

1.1. LA COUVERTURE SOCIALE DOIT CESSER D'ÊTRE L'OTAGE DE LA DOXA ET DES DICTATS FINANCIERS

La Sécurité Sociale constitue, de par sa taille et ses économies d'échelle, un système d'assurance et de garantie d'accès aux soins bien plus efficace que les mutuelles, du fait de leur éclatement. Elle offre un meilleur rapport qualité-prix. Elle est plus juste, plus égalitaire. Son avantage, être obligatoire, constitue aussi son inconvénient : les cotisations à la Sécurité Sociale sont prises en compte dans le calcul du taux des prélèvements obligatoires. A l'inverse, le taux des prélèvements obligatoires ne prend pas en compte les cotisations aux mutuelles, qui sont censées d'accès libre et concurrentiel et sont, en outre, liées au niveau du panier de soins choisi (souvent en fonction de son revenu) par l'assuré. Le fossé se situe entre un système obligatoire et un système fondé sur le volontariat. Une bonne réforme, génératrice d'égalité et au moindre coût, viendrait buter sur ce dogme.

Si l'on veut retenir un critère objectif et sortir de ce dogme, il faudrait comparer ce que coûte la couverture maladie réellement (sécu/mutuelle ou assurance) pour un américain, un allemand, un anglais, en définissant un profil sociologique comparable.

Enfin l'absence ou l'insuffisance de la couverture sociale, tentante à court terme pour minimiser son financement, constitue à moyen et long terme une bombe à retardement qui peut exploser dans les coûts de la désagrégation sociale (creusant le déficit des finances publiques elles-mêmes) ou dans les urnes.

1.2. MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ ?

Evidemment cette question laisse planer un doute énorme sur le bien-fondé même d'une nécessaire maîtrise des dépenses de santé, et notamment des dépenses de l'Assurance Maladie (Sécu), jusqu'ici supérieures aux taux de croissance économique. Comment contester des « ratios » d'endettement qui n'ont pas de réelle pertinence économique sans céder à la facilité d'un laxisme qui conduirait à une réelle impasse ? C'est dans cette fourchette que devrait se poser la question de la bonne maîtrise des dépenses de santé.

En effet, pour les techniciens et les politiques, le plus simple consiste à réduire mécaniquement les dépenses de l'Assurance Maladie (taux de prélèvement obligatoire dans le viseur), en réduisant le panier de soins, ce qui ouvre le champ aux inégalités. Mais par ailleurs, les militants convaincus se heurtent souvent à leur propre base. Et les effets de régulation sont souvent inadaptés.

La tendance actuelle accroît le marché des mutuelles, des Institutions de Prévoyance⁶ (IP) et des assurances - un marché juteux car, bien sûr, les soins coûteux sont laissés à la charge de la Sécu. Par là-même, cette tendance réduit les économies d'échelle, donc renchérit le coût total et exclut la partie de la population qui dispose des revenus les plus faibles, ce qui dégrade son état de santé... et en reporte le poids sur le dispositif public.

Toutefois, il convient de ne pas réduire le rôle des mutuelles à la complémentaire santé. Elles tiennent une place importante dans l'offre de soins, ce qui nécessite d'être souligné, et devra faire l'objet d'un approfondissement.

Le vieillissement général, succès du système de santé, en augmente aussi la charge. Certes, l'intensité des dépenses de maladie se concentre sur la fin de vie, tandis que les années gagnées en bonne santé n'impliquent que des dépenses annuelles assez faibles, mais le système de santé n'en doit pas moins être mis en cohérence d'une part, avec le débat éthique sur la fin de vie dans la dignité, d'autre part, la montée de la dépendance (réfléchir aussi à une meilleure prise en charge : voir dernière partie du rapport Jean-Marie Delarue de février 2013).

1.3. LE SYSTÈME MÉDICAL FRANÇAIS : LIBÉRALISME, DOMAINE RÉSERVÉ, FAUT-IL DÉFINIR LE REVENU DES MÉDECINS ?

Le système professionnel de santé est aussi hybride. Certes son rapport qualité-prix est meilleur que celui des Etats-Unis. Mais le système britannique, beaucoup plus fermé, est nettement moins coûteux, pour des performances assez comparables, même s'il rationne certains soins, notamment aux personnes âgées. Le système allemand paraît, lui aussi, un peu moins coûteux que le nôtre. Des comparaisons seraient à approfondir.

⁶ CRI, AG2R, APICIL,

1.4. DES GISEMENTS... D'ÉCONOMIE... ET DE BONNE SANTÉ

Le meilleur gisement d'économies en matière de dépense de santé réside certainement dans le maintien en bonne santé de la population : le chômage, le travail, les modes de vie se trouvent au cœur du problème.

Indépendamment des conditions sociales d'existence et des blessures de la vie, les modes de vie constituent un champ de prévention. Une région comme l'Alsace, riche et avec un taux de chômage relativement faible, connaît un taux de morbidité élevé. En cause, le régime alimentaire, la consommation importante de charcuterie.

Mais le plus souvent, la santé se dégrade dans les régions sinistrées, meurtries par les restructurations, le niveau et la durée du chômage... ou bien dans les contrées en voie de désertification. La crise, les inégalités, l'exclusion ou la marginalisation entraînent du stress, de la mortalité, de la souffrance, des désordres alimentaires... Les taux de morbidité grimpent avec la souffrance sociale. Certains parlent de la diagonale du vide. Ces pays subissent une triple peine : des pertes d'emplois, d'activités et de richesses, les maladies qu'elles entraînent et... une baisse de recettes en raison de la diminution de la population. Les ratios de répartition de financement sont bêtement quantitatifs... un sujet sur lequel Lasaire pourrait rebondir. Mais surtout, il conviendrait de mettre en évidence ce que rapporterait -en qualité pour les personnes, en économies pour les budgets- un meilleur équilibre de développement. Avons-nous jamais chiffré le coût global du chômage, des inégalités de développement et des échecs dans les politiques d'intégration ?

Enfin, le travail peut être une source d'épanouissement, de réalisation personnelle, de socialisation... il est souvent une cause de stress, de fatigue physique (y compris les transports) et nerveuse, parfois d'épuisement... et de frustration : le salaire ? la promotion ? pas seulement. Le rapport au travail constitue un enjeu central et devrait être au cœur de l'action syndicale...

L'emploi, le travail, des enjeux de négociations avec souvent des possibilités de faire du gagnant-gagnant. Mais aussi un levier pour la santé, l'équilibre des comptes... et la vitalité démocratique.

En écrasant ces questions, nos sociétés créent de la souffrance mais aussi des coûts qui pèsent sur les comptes...et un coût politique dont on commence seulement à prendre la mesure.

Dans les échanges organisés, dans les études auxquelles Lasaire est associée⁷, il ressort clairement que le travail est un enjeu central et qu'il existe une tension très forte entre la volonté des salariés de conserver ou reconquérir la maîtrise de leur travail et les pressions qui sont exercées par leurs employeurs qui souvent représentent celles des marchés, des clients et des donneurs d'ordre.

⁷ Travail et vieillissement. L'exemple des conducteurs routiers. Etude organisée en partenariat avec MSERA et F-S-E, avec le concours de la Région Rhône-Alpes, de la CARSAT (RA) et de fonds de formation de la profession.

2. SANTÉ, ASSURANCE MALADIE, NOUVELLES PERSPECTIVES

André GAURON

En juin 2004, Lasaire publiait un Cahier intitulé « Santé et Assurance Maladie : quelles réformes pour une solidarité durable ? ». Ce Cahier était motivé par la situation dégradée de l'Assurance Maladie et une réforme qui ne répondait à aucun des enjeux identifiés. Ceux-ci étaient au nombre de sept : solidarité dans la prise en charge des soins ; croissance pour la financer ; prévention pour réduire le risque ; démocratie et transparence des choix pour réduire l'asymétrie d'information entre patients et professionnels ; revenus des professionnels pour éviter les rentes ; qualité des soins due à tous ; enfin gouvernance du système pour réduire l'omnipotence de l'Etat et clarifier les responsabilités de chacun.

Face à ces défis, Lasaire estimait que le gouvernement de l'époque – mais ce jugement s'applique également à ses successeurs – avait *« choisi de renvoyer à plus tard les vraies réformes et de s'en remettre d'ici là à la bonne fortune de la croissance. Il a préféré renvoyer l'exigence de qualité des soins à plus tard en la liant au dossier médical informatisé, qui soulève des problèmes de mise en œuvre complexes et largement sous-estimés. De même, il s'en remet au codage informatique des soins protocolisés pour faire le tri des remboursements pour ne pas avoir à évaluer les pratiques médicales, évaluation qui implique dialogue et transparence. Mais surtout, ce qui caractérise ce plan, c'est son refus de remettre de l'ordre dans la tarification des prestations pour ne pas se fâcher avec les professions médicales. Les patients seront invités à passer par un médecin traitant pour accéder à un spécialiste en étant mieux remboursés, ce qui n'est pas une source d'économies, mais rien n'est envisagé pour inciter les médecins à freiner leurs prescriptions. Du coup, le gouvernement a renoncé à agir sur le coût des soins. L'industrie pharmaceutique est la seule à être mise un peu à contribution à travers le raccourcissement de la durée des brevets, évolution rendue inévitable par les décisions de la commission européenne, et l'extension du tarif forfaitaire de responsabilité à plus de médicaments tombés dans le domaine public.*

« Se refusant à agir sur le coût des soins, le gouvernement s'est rabattu sur le taux de remboursement et sur les recettes. La conséquence, c'est une solidarité mise à mal par l'augmentation déguisée du ticket modérateur (1 euro par consultation de moins de remboursé) et l'augmentation du forfait hospitalier qui vont pénaliser les assurés sociaux non couverts par une mutuelle ou une assurance complémentaire. Si ces mesures peuvent décourager un certain nombre d'assurés sociaux de trop fréquenter leur médecin, notamment parmi les personnes âgées, elles risquent aussi d'avoir pour effet d'écartier les plus vulnérables de l'accès aux soins. Côté recettes, le gouvernement a renoncé à élargir l'assiette des cotisations sociales (...) et reporté tout l'effort sur la CSG⁸ acquittée par les personnes âgées et les salariés en relevant le taux des premières et en élargissant l'assiette des seconds. Pour le reste, le gouvernement espère que la prise en charge anticipée des déficits à venir de l'Assurance Maladie par la CADES⁹, et l'allongement consécutif de la durée de la CRDS¹⁰, lui permettra de masquer la croissance des dépenses de soins d'ici aux prochaines élections.

⁸ Contribution sociale généralisée.

⁹ Caisse d'Amortissement de la Dette sociale.

¹⁰ Contribution pour le Remboursement de la Dette sociale.

« Quand à la clarification des responsabilités, elle est, elle aussi, renvoyée à plus tard. A des structures déjà complexes et peu lisibles, la réforme ajoute trois organismes supplémentaires : une Haute Autorité de Santé (HAS) procédera à des évaluations scientifiques et émettra des recommandations sur ce qui doit être remboursé ; une Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNAM) regroupera les trois caisses (CNAMTS¹¹, RSI¹² et MSA¹³) et, en liaison avec un troisième organisme, l'Union nationale des organismes de protection complémentaire (UNOPC), fixera la liste des actes admis au remboursement et pourra faire varier le ticket modérateur. Du coup, CNAMTS perd son conseil d'administration au profit d'un conseil d'orientation dont les pouvoirs ne sont pas définis. Enfin, les régions restent absentes de l'organisation de l'offre de soins, alors qu'elles ont un rôle central à y jouer. Finalement, L'Etat garde l'essentiel des responsabilités, notamment en matière d'offre de soins, de financement, comme de fixation des tarifs. Mais en se refusant à toucher à ces derniers au profit de dé-remboursement et d'un accroissement des recettes, il vient de démontrer la limite de sa capacité à les assumer. »

Douze ans après, les enjeux n'ont pas changé et aucune réforme majeure n'est intervenue pour y répondre. Les déficits sont toujours le lot de l'Assurance Maladie et les différents gouvernements qui se sont succédés ont tous attendus – en vain – que la croissance vienne les résorber. Le remplacement des Agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) par les Agences régionales de Santé (ARS) n'a pas fondamentalement changé le pilotage de l'offre de soins, qui reste centré sur l'hôpital, et, contrairement à l'objectif affiché, il n'a pas permis une meilleure articulation entre soins de ville et hôpital ni d'y ? associer davantage les Régions. L'Objectif national des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) reste le principal vecteur de régulation des dépenses d'Assurance Maladie et la fixation à la baisse des tarifs hospitalier, à travers la Tarification à l'Activité (T2A), le principal moyen de contenir la progression des dépenses, avec la contribution demandée à l'industrie pharmaceutique. Les corporatismes des professionnels de santé sont rarement dépassés, la mise en place du tiers payant chez les médecins de ville étant une heureuse exception arrachée de haute lutte.

Malgré de nombreux rapports et études effectués par un nombre croissant d'organismes officiels, les termes du débat n'ont guère évolué non plus. Or, dans le même temps, une révolution est en cours qui, à terme, va transformer en profondeur la pratique de la médecine. Les professionnels y vont pour l'instant à reculons, cherchant plus à gagner du temps qu'à anticiper des mutations inévitables. Le projecteur dans les médias est plutôt mis sur la télémédecine et la pénétration des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le secteur de la santé. Ce n'est qu'une partie du sujet. Sans sous-estimer son importance, les ruptures de paradigme nées de la révolution biologique et génétique annoncent une révolution autrement plus décisive. Demain on soignera différemment parce que la compréhension des mécanismes du vivant est autre de ce qu'elle était hier. Le rôle de la chimie, qui fit la fortune de l'industrie du médicament et a permis de soigner de nombreuses pathologies, même si elle garde des positions fortes, recule devant les progrès de la génétique, de l'immunologie et des biotechnologies. Ces évolutions ne doivent pas cependant faire oublier l'enjeu majeur que constitue l'existence d'un système solidaire de prise en charge de la maladie et, de plus en plus, de sa prévention.

¹¹ Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés.

¹² Régime social des Indépendants.

¹³ Mutualité sociale des Agriculteurs.

2.1. UN ENJEU QUI PERDURE : LE BESOIN DE SOLIDARITÉ ET L'INDÉPASSABLE MUTUALISATION DU RISQUE MALADIE

La maladie est un risque statistiquement mesurable au niveau global dans des conditions données d'environnement et d'offre de prévention et de soins, mais largement imprévisible pour l'individu. Certes, les conditions sociales, la profession, l'âge constituent des facteurs discriminants mais, à conditions socio-économiques et démographiques comparables, le risque de maladie demeure aléatoire d'une personne à l'autre. De plus, en fonction de la pathologie et des soins disponibles, le coût que l'individu devrait supporter si les soins étaient à sa charge peut varier dans des proportions considérables. La santé reste donc un secteur de prédilection pour l'assurance, sauf à ce que l'Etat s'y substitue et assure lui-même la prise en charge des soins, comme en Grande-Bretagne. En dehors de ce cas, il y a toujours assurance, en partie publique, en partie privée, la principale différence résidant dans la proportion entre les deux. Nulle part, elle n'est et ne peut être totalement privée comme le montre le *medicare* et la réforme introduite par le président Obama aux Etats-Unis ; nulle part, le système ne peut être exclusivement assurantiel, si on veut assurer l'accès aux soins des plus démunis, comme le montre, en France, la mise en place de la CMU¹⁴ malgré un système largement socialisé.

L'arbitrage n'existe donc que dans la partie assurantielle de la prise en charge du coût des soins, entre un système privé ou un système socialisé. Ce choix n'est pas neutre. Il met en jeu des conceptions différentes du vivre ensemble : face à la maladie, à l'injustice qu'elle représente – du moins pour les maladies les plus graves – il s'agit de savoir si l'ensemble des citoyens se montrent solidaires entre eux ou si chacun doit faire face seul au coût de sa santé ? D'un côté, les citoyens sont égaux devant le coût des soins et pris en charge à l'identique et ils cotisent à proportion de leurs ressources ; de l'autre, au contraire, ils choisissent le niveau de prise en charge en fonction de ce qu'ils cotisent, les plus riches s'assurant ainsi une prise en charge plus élevée pour une contribution moindre alors que ceux qui disposent de revenus plus faibles (mais supérieur à celui qui fait basculer dans une CMU) auront une prise en charge moindre malgré une contribution proportionnellement (à leurs ressources) plus élevée.

Il faut donc éviter de se tromper de débat. L'Assurance Maladie n'a pas pour objectif d'assurer la redistribution des revenus. Son objectif est d'assurer à chacun le même accès aux soins et de mutualiser leurs coûts entre bien portants et malades. En chemin, elle produit - incidemment- de la redistribution pas seulement entre bien portants et malades, mais aussi en fonction du revenu. Dans un système public, cette redistribution résulte de l'asymétrie entre une prise en charge égale pour tous couplée à une contribution proportionnelle aux ressources de chacun. Dans le système privé, la redistribution résulte du choix que chacun doit faire du niveau de sa prise en charge laquelle dépend uniquement du montant de la contribution qui lui est associé. Ces mécanismes peuvent en outre être affectés par les différences de comportements de « consommation » de soins, celles-ci ayant tendance à augmenter avec le niveau de revenu et d'éducation : autrement dit, les plus riches et les plus éduqués ont tendance à mieux profiter du système de soins et captent une partie de la redistribution que le système public opère entre niveaux de revenus. Mais cette même différence de comportement se retrouve dans un système privé. Il peut même être découplé en faveur des plus riches puisqu'ils peuvent s'acheter une meilleure prise en charge à moindre coût.

¹⁴ Couverture Maladie universelle, (devenue depuis le 1^{er} janvier 2016 Protection universelle Maladie PUM).

Qu'en est-il du système actuel ? L'Assurance Maladie obligatoire (Régime général) assure correctement sa fonction de solidarité, avec une prise en charge qui reste supérieure de 76 %. Les restes à charge, c'est-à-dire ce que paye l'individu au-delà du remboursement du régime général, sont ainsi plus concentrés que les dépenses de soins : entre 2008 et 2013, les assurés qui ont eu les plus faibles dépenses et généraient la moitié des dépenses totales de soins, représentaient 90 % de la population et concentraient 76 % des restes à charge. L'autre moitié de la dépense était le fait de seulement 10 % de la population qui concentrait 24 % des restes à charge. En moyenne, le reste à charge pour le patient est en moyenne légèrement inférieur à 9 % de la dépense de soins. En 2013, il était ainsi en moyenne de 480 € par an pour une dépense moyenne de 2 101 €¹⁵ et de 432 € en 2008 pour une dépense moyenne de soins de 1 538 €.

Le niveau des remboursements du régime général (prestations d'optique et de prothèses dentaires et dépassements d'honoraires) est la première cause d'un reste à charge élevé, suivie par des hospitalisations fréquentes. Pour le premier décile de reste à charge (le plus faible), avant couverture complémentaire, le reste à charge était de 19 € par an en 2012¹⁶ et de 2 146 € pour le dernier décile. Il atteint 5 095 € pour le dernier centile. Les soins de ville y représentent la part la plus importante, 452 € pour un reste à charge moyen de 507 € en 2012. Bien que le reste à charge soit plus élevé pour les hauts revenus, il représente un taux d'effort pour les ménages décroissant avec le revenu, de 6,8 % du revenu disponible brut pour le premier décile à 1,8 % pour le dernier. Les assurances complémentaires (qui couvrent près de 14 % de la dépense de soins) permettent de réduire très sensiblement ce taux d'effort qui n'est plus que 1,6 % pour le premier décile et de 0,7 % pour le dernier. Mais elles ont un coût pour l'assuré qui, pour les faibles revenus, peut les dissuader de souscrire une complémentaire santé, justifiant l'aide apportée par l'Etat.

L'accès aux soins connaît néanmoins un certain nombre d'inégalités résiduelles. Les unes tiennent au revenu, qui peut conduire des personnes à renoncer à certains soins, notamment ceux les moins bien couverts par la Sécurité sociale (dentaire et optique notamment). D'autres tiennent à l'état de santé, qui conduit certaines personnes à un recours répété à l'hôpital ou à des médicaments moins bien remboursés. Entre 2008 et 2013, parmi les assurés, 50% ont supporté un reste à charge cumulé de 2 000 € et 10 % de l'ordre de 6 300 € ; pour 1 % le reste à charge cumulé sur 5 ans a dépassé 13 000 € ; et pour 6 %, le reste à charge a, tous les ans, été supérieur à la moyenne. Il s'agit de personnes plutôt âgées (plus de 61 ans) en affection de longue durée (ALD), mais dont l'état de santé, hors pathologie justifiant l'ALD, est dégradé et entraîne des hospitalisations répétées. Le reste à charge élevé des assurés en ALD s'explique aussi par l'importance des dépenses de médicaments, qui n'entrent pas dans le champ de l'exonération de ticket modérateur. Il y a donc une très forte concentration des restes à charge sur une faible proportion de la population, à l'origine des propositions d'instauration d'une franchise¹⁷. Enfin, compte tenu de primes d'assurance complémentaire plus élevées pour les retraités que pour les actifs et de dépenses de soins également plus importantes, le coût de la santé pour les personnes retraitées est plus élevé que pour les actifs. Le taux d'effort global (reste à charge et coût de la complémentaire) tend ainsi à augmenter avec l'âge : il était de 2,7 % pour les 26 – 44 ans, de 3,3 % pour les 56 – 65 ans non retraités mais de 4,5 % pour les retraités de cette tranche d'âge et de 6,6 % pour les plus de 75 ans¹⁸.

¹⁵ Les dépenses de santé en 2014, p 144 et s., DRESS, Edition 2015.

¹⁶ Rapport annuel du Haut Conseil de l'Assurance Maladie, 2013.

¹⁷ Raoul BRIET, Bertrand FRAGONARD, Mission Bouclier sanitaire, septembre 2007.

¹⁸ Les retraités, un état des lieux de leur situation en France, COR, décembre 2015, p. 98 et s.

2.2. UN NOUVEL ENJEU : L'INNOVATION

Les dernières décennies ont connu une évolution majeure, liée en partie au vieillissement de la population et, en partie, aux progrès médicaux (notamment par la vaccination et la capacité à soigner des pathologies jugées autrefois incurables) : le déplacement des problèmes de santé de maladies aiguës en maladies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, sida... notamment). L'OMS¹⁹ estime ainsi qu'aujourd'hui, dans les pays développés, 75 % des soins sont dus à des maladies chroniques et que ce chiffre va continuer d'augmenter. D'autres enjeux deviennent aussi des préoccupations majeures : obésité, santé mentale, santé au travail, perte d'autonomie liée à l'âge. Cette évolution des pathologies a fait la fortune des laboratoires pharmaceutiques en leur assurant un marché captif de patients sur de longues années. Toutefois, la fin de la protection que leur assuraient les brevets et l'arrivée sur le marché de génériques qui abaissent le coût des soins pour l'Assurance Maladie remettent en cause ce modèle.

Après être passé dans les années soixante du stade humaniste à une médecine scientifique, la médecine tend aujourd'hui à évoluer vers une organisation plus industrielle avec l'arrivée des outils numériques. La France accuse à cet égard un retard important que le programme « Hôpital numérique »²⁰, lancé fin 2015 par le gouvernement, cherche à combler. La révolution numérique est d'abord organisationnelle et communicationnelle : dématérialisation des données de santé, équipements sans fil, e-prescription à grande échelle en sont les grands axes. Des hôpitaux entièrement digitaux existent aujourd'hui en Norvège, en Grande-Bretagne comme en Corée. Leur objectif est de simplifier le travail des personnels et de sécuriser la prise en charge des patients.

Toutefois, le partage des données médicales et leur exploitation comme assistance au diagnostic n'est qu'un des aspects de ce qui est attendu de la médecine numérique. La vraie révolution concernera la pratique médicale elle-même. Le traitement d'un grand nombre de données permettra des diagnostics plus sûrs et des prescriptions plus précises, qui devront respecter les protocoles établis par la communauté médico-scientifique comme c'est déjà le cas dans la cancérologie. La télésurveillance de l'évolution de certaines pathologies et des prescriptions médicales, comme pour le diabète, constitue également un champ d'application appelé à se développer. En revanche, remplacer l'examen clinique du médecin par des machines suppose le développement de capteurs qui fassent remonter des informations pertinentes pour un diagnostic à distance sans contact direct avec le patient, ce qui constitue une voie de recherche beaucoup plus ardue.

Aussi, les progrès les plus importants ne sont peut-être pas à attendre du numérique. Le progrès de la compréhension du vivant ouvre d'autres voies sans doute plus décisives. Il tend à faire basculer vers une médecine personnalisée et une porosité entre les actions de prévention (notamment concernant l'apparition de maladies chroniques) et les soins, par un accompagnement de l'individu qui lui permettra (espère-t-on) de mieux connaître et gérer son patrimoine santé (par exemple, en matière de diabète par une combinaison d'un diagnostic précoce et d'une gestion de son alimentation). La prise en charge ne se ferait plus seulement au moment de la phase aiguë de la pathologie mais tout au long d'une chaîne de diagnostics et de soins cohérente, qui devra se mettre progressivement en place et trouver son modèle économique si on veut qu'elle soit accessible à tous.

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé.

²⁰ Une révolution numérique à petits pas dans les hôpitaux, Acteurs publics, novembre-décembre 2015.

Cette révolution en cours n'a pas été ignorée des pouvoirs publics français. Si le système de soins a peu évolué et si les défis de la Sécurité Sociale n'ont pas été relevés, en revanche, la recherche médicale a bénéficié d'une réelle priorité, saluée par les Entreprises du Médicament (le LEEM) dans les travaux « Santé 2025 »²¹ : augmentation du budget allouée à la recherche, renforcement du crédit impôt-recherche, appui au Conseil national des Industries de Santé (créé en 2004), affectation des crédits du grand emprunt à la santé et aux biotechnologies à hauteur de 8 Md€, création d'un fonds d'investissement (Innobio) de 140 M€ dédié au secteur des biotechnologies, développement des pôles de compétitivité santé... Le financement de l'innovation se fait ainsi en France très largement en amont du système de soins.

Depuis le début de ce siècle, cette révolution est largement, mais pas exclusivement, impulsée par la révolution de la biologie. En quelques décennies, la biologie est passée de la biologie descriptive (classement des espèces) à une biologie explicative avec le développement de la biologie moléculaire, puis à une « biologie systémique » avec l'essor du génie génétique et des biotechnologies. Celle-ci est née de la convergence de l'informatique, de la génomique et des nanotechnologies, qui ouvre la voie à des simulations du vivant sur ordinateur. Le LEEM estime qu'elle pourrait « constituer le fondement d'une biologie de synthèse permettant la construction de bio-matériaux pour la reconstruction tissulaire, l'administration de médicaments et la mise au point de dispositifs de médecine prédictive ». Des technologies nouvelles émergent qui combinent recherche, diagnostic et thérapeutique, qui auront des conséquences considérables sur la façon de soigner. Ces innovations pourraient être annonciatrices de l'avènement d'une médecine personnalisée, déjà présente dans le traitement de certains cancers du sein, plus efficace parce que mieux adaptée aux caractéristiques des patients.

C'est aussi une révolution pour l'industrie du médicament, qui va devoir changer de méthode, passant du modèle de l'entonnoir (je cible 10 000 molécules pour mettre au point in fine un médicament) à celui de l'apprentissage (je pars de la compréhension des interactions biologiques pour construire des modèles et éliminer de façon précoce les molécules inefficaces et réduire les coûts des phases des essais cliniques). Les grands laboratoires pharmaceutiques ont déjà anticipé cette révolution en réduisant leur effort propre de recherche au profit de *start-ups* qui se font racheter par les grands groupes à partir du moment où leurs innovations sont suffisamment prometteuses pour les intéresser. La concurrence entre groupes pharmaceutiques tend ainsi à se déplacer de la recherche de la nouvelle molécule vers la saisie du moment le plus opportun pour mettre la main sur une future pépite.

Cette révolution s'appuie sur de grands équipements (Génoscope pour le séquençage et la génomique, Neurospin pour l'imagerie cérébrale, laboratoire P4 Jean Mérieux pour les maladies pathogènes...) qui font l'objet de financements spécifiques et de laboratoires de recherche de plus en plus financés sur contrats nationaux et européens (et donc dans ce cas en compétition directe avec les grands laboratoires européens). Toutefois, la gestion de ces équipements est encore à améliorer pour permettre un meilleur accès aux différents acteurs, des chercheurs aux industriels, et une coordination des recherches. Parallèlement se mettent en place des banques de données et des biobanques, qui sont devenues un enjeu majeur pour la recherche mais aussi pour la mise au point de traitements adaptés (cas des tumorothèques pour le cancer). Si cet effort doit être poursuivi, il doit s'appuyer, à l'instar des pôles de compétitivité, sur des pôles territoriaux de rang international.

²¹ LEEM « Santé 2025, un monde d'innovations », édition 2010.

Dans plusieurs domaines stratégiques pour le développement de la médecine à l'horizon de 2025, la France dispose d'atouts significatifs en matière de recherche, d'expérimentation et d'équipements. Mais elle accuse aussi des retards. C'est notamment le cas de la culture cellulaire, la thérapie cellulaire somatique, l'ingénierie tissulaire et la médecine régénératrice qui sont encore balbutiantes en France. Les Etats-Unis et le Royaume-Uni ont une longueur d'avance grâce à un cadre réglementaire encourageant et à des financements significatifs et de clusters. Par ailleurs, plusieurs pays, comme la Corée du Sud, Singapour ou la Chine en ont fait une priorité affichée. D'autres filières nécessitent également d'y investir massivement, les immuno-vaccins où la France occupe une position forte et les nanotechnologies appliquées à la médecine qui conditionnent le développement de la médecine personnalisée.

A la différence de l'organisation du système de soins, la recherche médicale ne connaît pas de frontières. Elle est une activité mondiale qui voit arriver des pays qui hier encore en étaient absents. Mais la diffusion de l'innovation bouscule les systèmes de soins les mieux établis. Il importe donc d'être présent en sélectionnant les secteurs où la France dispose d'atouts à faire valoir. Le financement de la recherche et de l'innovation publique et privée et le développement de filières d'excellence sur quelques axes majeurs en est une condition.

2.3. LE RISQUE DE NOUVELLES INÉGALITÉS LIÉES AU PROGRÈS DE LA MÉDECINE ET À LA MONDIALISATION

Le secteur de la santé n'échappe pas à l'évolution générale de l'économie qui, d'activité de main d'œuvre, tend à devenir progressivement une industrie capitaliste. Cette évolution ne vaut pas seulement pour l'industrie pharmaceutique ou l'industrie des matériels médicaux. Elle impacte très directement l'exercice quotidien de la médecine, et en premier lieu de l'hôpital et sans doute demain les cabinets médicaux qui n'auront d'autre solution que de se regrouper. Le temps n'est plus où l'investissement hospitalier était presque entièrement mobilisé par les constructions immobilières. L'hôpital est de plus en plus engagé dans une course à l'investissement technologique, et désormais à la gestion des bio-statistiques, pour offrir des soins performants (sans même viser d'en être à la pointe). La capacité d'un établissement à s'équiper détermine déjà, et plus encore à l'avenir, son attractivité aussi bien auprès des professionnels que des patients. L'hôpital qui ne suit pas le rythme des innovations se trouve vite déclassé, perd une partie de sa clientèle potentielle, donc ses ressources et sa capacité à investir. Ce sont là de nouvelles sources d'inégalités.

L'inégale capacité des établissements à financer les innovations technologiques et à demeurer à la frontière de celles-ci constitue ainsi une source majeure, et en partie nouvelle, d'inégalités d'accès aux soins. Pour financer les innovations technologiques, les établissements doivent atteindre la taille critique dans chacune des spécialités concernées. Rien ne lui garantit que son bassin de population lui assurera un potentiel suffisant de patients dans toutes les spécialités. La spécialisation n'est une solution que si elle lui permet de résoudre cette difficulté en ciblant mieux l'affectation de ses ressources ou si elle renforce son attractivité au-delà de son territoire naturel. Encore faut-il que la politique sanitaire, notamment les schémas régionaux de santé, lui donne la possibilité de recruter des patients en dehors de sa zone et que les praticiens les lui envoient. De ce fait, le déploiement de l'innovation technologique à une échelle croissante bouleverse l'organisation hospitalière traditionnelle. La technologie ne remplace, et ne remplacera jamais, la compétence médicale mais elle en est désormais une composante indissociable.

Aidé d'Internet ou même simplement du palmarès des hôpitaux que publient les grands journaux, le patient commence à s'orienter dans un monde resté jusqu'ici opaque. Même si l'asymétrie d'information entre celui qui soigne et celui qui doit se faire soigner demeure forte, l'information sur la qualité et la disponibilité de l'offre de soins circule de mieux en mieux. A son corps défendant, la santé découvre une concurrence qu'elle avait jusqu'ici tenu à la lisière de son activité. En fonction de la gravité des pathologies et de l'existence ou non d'un pronostic vital à un horizon plus ou moins lointain, la recherche du meilleur centre de soins se fait, et se fera, de plus en plus pressante. Il est normal que chacun cherche à mettre les meilleures chances de son côté, même si le résultat n'est jamais garanti à l'avance. Mais cette recherche a toujours un coût pour le patient, soit qu'il n'est pas pris en charge à l'identique selon qu'il se fait soigner dans sa zone ou en dehors, soit que viennent s'ajouter des frais de déplacement et des frais d'hébergement en cas de traitement ambulatoire, et pour ses accompagnants. Même dans un système de prise en charge solidaire, le désir légitime de vouloir bénéficier des meilleures innovations technologiques et médicales introduit un facteur d'inégalité.

L'accès à l'innovation, et donc les inégalités qui en résultent, ne se joue plus seulement dans le cadre national mais de plus en plus à l'échelle internationale. Si l'organisation de la santé reste dominée par un cadre national, la médecine est de plus en plus mondialisée. Internet a décuplé les échanges d'informations entre praticiens mais elle a aussi mis la connaissance des dernières innovations à la portée de tout un chacun. L'attraction d'une clientèle internationale se fait aujourd'hui dans les deux sens. Les meilleurs établissements cherchent à attirer des patients qui disposent d'un haut niveau de pouvoir d'achat et peuvent payer les soins à un tarif supérieur au tarif établi au niveau national ; les patients, face à certaines maladies graves, sont tentés de rechercher à travers le monde le centre qui leur offre une meilleure chance de guérison et de survie, à condition de trouver les moyens de financer de tels soins et le déplacement qu'ils impliquent. Des deux côtés, l'inégalité semble considérée comme acceptable et est acceptée : pour les établissements, elle est une source de revenus supplémentaires qui lui permet de financer l'innovation ; pour le patient, qui accède à des soins qu'il ne peut trouver sur le territoire national, mais dont il lui faut trouver le financement.

La question des inégalités est également au cœur de la révolution que l'industrie pharmaceutique a connu avec l'avènement des génériques et qu'elle connaît actuellement avec la biologie moléculaire. D'un côté, le développement des génériques, permis par la fin de certains brevets arrivés au terme de leur délai de protection, a entraîné une baisse substantielle du prix de nombreux médicaments et réduit très fortement les inégalités d'accès aux soins, en premier lieu dans les pays les plus pauvres. De l'autre, de nouveaux traitements voient le jour dont le coût se révèle souvent prohibitif y compris pour les systèmes de prise en charge des pays développés. Si le prix est trop élevé, les autorités sanitaires nationales peuvent décider de ne pas autoriser la mise sur le marché ou de ne pas l'admettre au remboursement. Dans ce cas, seuls les individus fortunés peuvent y accéder quitte à se faire soigner à l'étranger, créant une véritable rupture d'égalité dans l'accès aux soins.

De tout temps, la fixation du prix des médicaments a constitué un enjeu à la fois sanitaire et financier pour les Etats. Si l'industrie pharmaceutique est mondiale, son marché reste fractionné avec des conditionnements, des autorisations de mise sur le marché et des prix fixés au niveau de chaque Etat. Ces prix dépendent en outre du rapport de force que les autorités sanitaires sont ou non en mesure d'imposer aux industriels. La nouvelle rupture que constitue le développement de traitements personnalisés, et non plus standard comme avec le

médicament, rend cet enjeu encore plus aigu. Le traitement personnalisé est une des voies prometteuses du cancer. Il s'agit de traiter chaque patient en fonction non seulement des spécificités génétiques et biologiques de la tumeur mais également en fonction de caractéristiques propres au patient (antécédents, mode de vie...). D'une thérapie standard, on passe ainsi à une thérapie ciblée. Le coût du traitement devient ainsi décisif mais aussi celui du diagnostic qui fait appel à des analyses moléculaires, immunologiques et à des outils bio-informatiques.

2.4. QUEL FINANCEMENT POUR UNE MÉDECINE TECHNOLOGIQUE ?

Le financement des soins a connu au cours des dernières décennies des évolutions majeures. D'un côté, la médecine de ville a vu la prééminence du système de paiement à l'acte rognée progressivement par la mise en place de forfaits destinés à rémunérer certaines activités que les pouvoirs publics souhaitent encourager (médecin référent...); de l'autre, le budget global autrefois alloué aux établissements hospitaliers publics et le prix de journée assuré aux cliniques privées ont été remplacés par un système unique précité de Tarification à l'Activité (T2A), complété pour les hôpitaux publics par une dotation (MIGAC²²) rémunérant les Missions d'intérêt général (MIG) et l'Activité contractuelle (AC), et notamment les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI). Le développement de la contractualisation et la régionalisation intervenue avec la création précitée des ARH puis des ARS a conduit à renforcer la partie contractuelle au détriment d'une dotation fixe et à basculer une partie des MIGAC vers le Fonds d'Intervention régionale (FIR). Médecine de ville comme médecine hospitalière obéissent ainsi désormais à un principe commun qui mixte rémunération de l'activité et forfaits dans des proportions variables selon l'activité et le mode de soins.

L'objectif premier de l'adoption de la T2A était de faire converger le financement et les coûts entre établissements publics et privés, mais aussi de réduire les inégalités de coûts entre établissements publics, que le budget global tendait à figer. Il s'agit aussi d'obtenir une certaine convergence des traitements autour de standards qui reflètent l'état de la connaissance médicale et des moyens susceptibles d'être mobilisés pour assurer des soins de qualité. Ces standards se traduisent par la mise en place de références opposables, plus ou moins suivies dans la pratique, mais indispensables à la construction d'une échelle de coûts.

La T2A est un système complexe qui rémunère un traitement standardisé pour une pathologie donnée. Ce système, que l'on retrouve dans plusieurs pays, repose la question de la détermination de Groupes homogènes de Séjour (GHS) applicables aux Groupes homogènes de Malades (GHM). Sur la base d'un échantillon d'établissements, on construit une Echelle nationale des Coûts à méthodologie commune (ENCC), à partir de laquelle les autorités sanitaires définissent un tarif opposable à la Sécurité Sociale. Ce tarif est supposé refléter un « coût complet » et donc intégrer les coûts de structure et l'amortissement des équipements et dispositifs médicaux. Dans son bilan à mi-parcours du déploiement de la T2A, la Cour des comptes avait cependant estimé qu'« un certain flou entoure le financement des coûts de structure (investissement immobilier et frais financier) qui ne sont pas inclus dans les « coûts complets » et dont une part, « non mesurable », est financée par l'aide à la contractualisation (AC) »²³. En outre, la T2A suppose un codage qui est entre les mains des praticiens. Malgré des contrôles renforcés de la Sécurité Sociale, les hospitaliers conservent un certain pouvoir

²² Missions d'Intérêt général et Aides à la Contractualisation.

²³ Cour des comptes, *La mise en œuvre de la T2A, un bilan à mi-parcours*, Rapport sur la sécurité sociale 2009.

d'appréciation qui leur permet d'atténuer l'impact de la tarification sur les recettes de leurs services.

La nécessité où se sont trouvés les pouvoirs publics de maintenir à côté de la T2A une dotation pour des activités autres que l'enseignement et la recherche traduit la difficulté de la tarification à l'activité à couvrir l'intégralité des moyens engagés pour assurer cette activité. Dans le cas où la pathologie nécessite des séjours prolongés, (dits « atypiques »), des compléments ont été mis en place. Dans d'autres cas, c'est l'Aide à la Contractualisation qui joue ce rôle. La principale difficulté de tout tarif est de pouvoir distinguer la rémunération de l'acte intellectuel qui est directement lié à l'activité du praticien de celle du capital fixe que cette activité mobilise. Dans le cadre d'un coût complet, cette dernière intègre un élément de coût représentatif de l'amortissement de l'équipement. Celui-ci repose sur un choix de normes : prix moyen de l'équipement, durée de vie moyenne, personnels nécessaires à son fonctionnement et à sa maintenance... Dans le cas des personnels, la tarification est appuyée par des obligations sanitaires (par exemple, personnels présents en salle d'opération et de réveil, nombre de médecins pour la manipulation des appareils de radiothérapie...).

En revanche, l'amortissement des équipements dépend non seulement du tarif T2A mais également du volume d'actes réalisés qui peut différer en plus ou en moins de la norme qui a présidé à la détermination du coût qui sert à fixer le tarif. La définition de la norme implique un choix entre contrainte financière et innovation médicale. Si les pouvoirs publics privilégient la maîtrise de la dépense, ils viseront un étalement plus long de l'amortissement ; s'ils souhaitent, au contraire, favoriser l'accès à l'innovation par un renouvellement plus rapide des équipements, l'amortissement devra être plus rapide. Dans le premier cas, les établissements qui souhaitent être à la pointe de l'innovation seront pénalisés sauf à bénéficier de l'Aide à la Contractualisation pour financer l'achat d'un équipement innovant et le surcoût éventuel de son exploitation ; dans le second cas, un usage de l'équipement au-delà de sa durée d'amortissement prise en compte dans le tarif procurera une rente à l'établissement. Ce problème s'est très tôt posé en radiologie avec le développement des scanners et de l'IRM et a conduit les pouvoirs publics à distinguer entre l'acte intellectuel et le forfait technique qui rémunère la machine et à réduire ce dernier de moitié au-delà d'un certain nombre d'années représentant l'amortissement standard.

Si la T2A ne s'oppose pas au financement de l'innovation médicale, qu'elle soit technologique ou seulement médicale, elle ne peut en constituer l'élément principal. Des dotations, sous la forme de forfait technique ou d'aide à la contractualisation, doivent obligatoirement l'accompagner. Dès lors, il s'agit de fixer correctement le curseur. Or, les pouvoirs publics opèrent dans un univers financièrement contraint par une dépense de santé qui tend à croître plus rapidement que les ressources liées très largement à la croissance du PIB nominal. Dans cet univers, la part des dépenses hospitalières assurée par la T2A et les dotations MIGAC constitue un arbitrage majeur. Les pouvoirs publics, s'ils fixent les tarifs, n'ont pas la maîtrise de la croissance du volume d'activité que les établissements cherchent à développer pour améliorer leurs recettes. Des tarifs trop faibles, sans compensation par l'accroissement de l'activité, peuvent mettre des établissements en péril. Des tarifs trop élevés conduisent inévitablement à réduire la part des MIGAC et donc à réduire le financement de l'innovation. Il n'existe pas de solution parfaite, seulement un équilibre à trouver entre différentes contraintes.

La médecine est engagée dans une révolution dont nous ne voyons encore aujourd'hui que les prémices. Le temps du colloque singulier s'éloigne pour laisser place à un modèle

collaboratif entre partenaires très divers, académiques, industriels, praticiens, informaticiens... Notre système de soins n'est pas préparé à cette mutation et, en premier lieu, l'hôpital qui reste le foyer de l'innovation médicale. Comme l'écrit Marc PESCHANSKY, directeur de recherche à l'INSERM et directeur de l'Institut des Cellules souches, « l'enjeu est de se mobiliser en amont, de mettre en commun les ressources biologiques au stade pré-compétitif pour que ces changements de technologies aussi bien que de mentalités et de pratiques aient lieu »²⁴. Un soutien soutenu à la recherche fondamentale, translationnelle²⁵ et clinique aussi bien publique que privée, est donc un impératif pour que la France demeure dans la compétition mondiale. Mais il importe aussi de faire évoluer l'hôpital pour qu'il reste le lieu de l'innovation médicale et soit capable d'offrir des soins équivalents à ceux des meilleurs centres internationaux des Etats-Unis, d'Israël, de Singapour ou de Chine. La France doit se donner les moyens d'accueillir plus de patients étrangers plutôt que de voir des Français partir se faire soigner à l'étranger. Il importe que, malgré les contraintes financières qui pèsent sur l'Assurance Maladie, les modes de tarification favorisent cette évolution.

²⁴ In « Santé 2025, un monde d'innovations », LEEM.

²⁵ Transfert de la recherche fondamentale à la recherche clinique

3. HISTOIRE DE LA MUTUALITÉ : LA CONCURRENCE DE LA LOI ET DU CONTRAT

Michel FRIED

PRÉAMBULE

Les mutuelles sont des organismes sans but lucratif, dont les prestations sont réservées à leurs adhérents et dont le niveau de protection qu'elles procurent est déterminé par le montant des cotisations qu'accepte ou que peut payer chaque membre du groupe. Les principes de l'adhésion volontaire, du non filtrage des adhérents selon l'importance de leur risque santé et d'un financement par les cotisations des adhérents, et donc de l'indépendance des Mutuelles, sont constitutifs de l'identité mutualiste. Dans son principe, cette doctrine repose donc sur une logique contractuelle qui la différencie de la logique de la loi qui offre à tous les citoyens une couverture identique et obligatoire, et à celle des compagnies d'assurance, dont les prestations reposent aussi sur le contrat, mais sont offertes dans un but lucratif.

L'histoire de la Mutualité est l'histoire d'institutions qui ont peiné à définir leur place face à la concurrence de l'Etat et des compagnies d'assurance. La souplesse dans l'interprétation des principes identitaires de la Mutualité que sont la liberté d'adhésion et l'absence de but lucratif a assuré sa survie, mais au prix d'une certaine porosité entre les fonctions spécifiques assumées par chaque acteur de la protection sociale, qu'il s'agisse de la Puissance Publique, ou des organismes qui gèrent la couverture complémentaire. L'exemple le plus frappant est la pénétration des organismes complémentaires, dont les Mutuelles, dans le domaine de la couverture maladie assistancielle. La nouvelle division du travail ainsi réalisée progressivement entre les acteurs de la protection sociale n'a pas abouti à un équilibre stable entre les acteurs ; certes la Mutualité a conservé sa place principale parmi les Complémentaires Santé, mais la survie des petites Mutuelles très nombreuses est devenue difficile face à la concurrence des Sociétés d'Assurance (SA) et des Institutions de Prévoyance (IP). Enfin quelle sera la place de la Mutualité si, comme le proposent aujourd'hui certains, le rôle de la Puissance Publique était limité au financement de la couverture assistancielle, et celui de la Sécurité Sociale à la couverture des grands risques et des affections de longue durée, donnant ainsi une place dominante au contrat individualisé au niveau de la personne ou du groupe ? Dans ce nouveau monde, il n'est pas certain que les Mutuelles qui peinent à affirmer leur spécificité parviendront à maintenir leur rang.

* * * * *

3.1. L'INSTITUTIONNALISATION PROGRESSIVE DES MUTUELLES JUSQU'À LA LIBÉRATION

Les Mutuelles se sont développées à partir de 1791 comme des palliatifs à l'interdiction de constituer des associations professionnelles, interdiction résultant de la loi Le Chapelier, mais qui ne concernait pas les associations de secours mutuel. Ces dernières fournirent alors tout naturellement un abri aux militants ouvriers ce qui entraîna la méfiance des

gouvernements, notamment après les révoltes des canuts lyonnais²⁶ de 1831 et 1834. Aussi la loi du 10 avril 1834 soumet à autorisation du gouvernement la création de toute association de plus de 20 personnes quel qu'en soit l'objet (cette loi ne fut abrogée qu'en 1901). Après les journées insurrectionnelles de 1848, les pouvoirs publics identifièrent les associations de secours comme des foyers toujours plus actifs de contestation sociale et décidèrent de les placer sous la coupe des notables : le décret du 26 mars 1852 distinguera, en conséquence, les Mutuelles dites « autorisées » qui ne bénéficient d'aucune aide publique, des Mutuelles dites « approuvées » fortement aidées, notamment sur le plan fiscal. Ces dernières se limiteront en fait au rôle de distributeurs des maigres libéralités que leur assignèrent leurs promoteurs, chefs d'entreprise ou ecclésiastiques, contribuant ainsi à l'échec social du Second Empire qui avait l'ambition de concilier un minimum de protection sociale avec sa volonté de contrôle social.

Finalement, sous la Troisième République, la Mutualité s'éloigne du mouvement syndical, voire s'y oppose et connaît un vif essor. Le succès de la doctrine solidariste définie par Léon Bourgeois ne fut pas étranger à cette évolution. Cette doctrine qui tente de définir une troisième voie entre le conservatisme libéral de la droite traditionnelle et le socialisme révolutionnaire, fait reposer son objectif de transformation sociale, reconnu comme nécessaire, non sur la socialisation des biens, mais sur la « socialisation de la personne », chacun devant prendre sa part des charges et des bénéfices offerts par la société ; il appartient ainsi à l'Etat de fournir aux citoyens un service d'instruction et de les garantir, s'ils ne peuvent le faire eux-mêmes, contre les « incapacités naturelles » (enfance, infirmités, vieillesse) et les « risques sociaux » (accidents du travail, chômage). La doctrine solidariste donnait donc toute sa place à la Mutualité, en distinguant l'assistance aux plus défavorisés, responsabilité de l'Etat, de l'assurance volontaire, responsabilité de la Mutualité. Dès 1898 la Charte de la Mutualité fut promulguée ; elle abroge le décret de 1852 et donne aux Mutuelles le droit de définir leur activité et de se regrouper librement. Léon Bourgeois afficha sa proximité avec le mouvement mutualiste en parrainant en 1902 la création de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) et en définissant, lors de son congrès de 1904, les rôles respectifs de l'Etat chargé de l'assistance aux personnes dans le besoin et des Mutuelles, chargées de la couverture des risques et financées par les cotisations de leurs adhérents.

Ce programme ne fut qu'imparfaitement réalisé. La création par la loi du 15 juillet 1893 de l'Assistance Médicale Gratuite permettant aux nécessiteux de se soigner, à charge pour eux de rembourser l'aide reçue lorsqu'ils retrouvent la possibilité de travailler, s'inscrit bien dans le projet solidariste ; en revanche la loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes est plus ambiguë car elle crée un régime de retraite par capitalisation géré par l'Etat, mais financé par une cotisation obligatoire, versée à parts égales par les salariés et les entreprises. Cette ambiguïté entraîna l'hostilité du mouvement mutualiste à ce régime de retraite, hostilité que ne put contrebalancer la possibilité offerte aux cotisants d'ouvrir leur compte de retraite auprès d'une Mutuelle, libre ou approuvée. Pour sa part, le patronat condamna cette loi parce qu'elle créait une cotisation à sa charge et la CGT parce qu'elle créait une cotisation salarié et offrait des prestations d'un montant dérisoire et accessible seulement après 30 ans de cotisations.

²⁶ Les Mutuelles ont eu un rôle particulièrement important dans la défense des canuts de la soierie lyonnaise. Elles ont ainsi mis en place un système de compensation des nombreuses périodes de chômage résultant du mode d'organisation de cette industrie et avaient même envisagé de créer des coopératives de production pour affranchir les ouvriers de la domination patronale.

Le débat rebondit avec la création, par les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930, du système des Assurances Sociales, réponse à la situation sanitaire désastreuse de la population. Ces lois donnent aux salariés de l'industrie et du commerce, dont la rémunération est faible, le droit au versement d'allocations couvrant les risques maladie, maternité, invalidité et vieillesse. Le financement de ces allocations est assuré par une cotisation de 8% payée de moitié par les salariés et les entreprises. La loi recevra cette fois l'approbation de la Mutualité, car la faiblesse des prestations publiques laissait une place importante aux Mutuelles qui conservaient le marché de la couverture des personnes non couvertes par les Assurances Sociales, et de plus obtenaient le droit de gérer les caisses d'Assurance Sociale. Des Mutuelles créés dans ce but par les organisations syndicales et patronales, faute d'implantation locale suffisante, ne parvinrent pas à prendre une place importante dans la gestion des caisses : ainsi, en 1931, la Mutualité gérait 631 caisses d'assurances sociales contre 159 pour la CGT et la CFTC.

Le mouvement mutualiste, durant cette période, s'est à la fois éloigné du mouvement syndical, et a pris quelques distances avec sa doctrine, en soutenant la création d'un régime public d'Assistance Sociale ne reposant pas sur l'adhésion individuelle de ses bénéficiaires, ce qui lui donne un caractère obligatoire, en principe non compatible avec la doctrine mutualiste. Toutefois ce système est lui-même bien ambigu, puisque son accès est réservé aux salariés les plus défavorisés, ce qui en fait un régime assistanciel, dont le financement provient paradoxalement des cotisations et pas de l'impôt.

3.2. DE LA LIBÉRATION À LA PÉRIODE ACTUELLE : LA MONTÉE DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ AUX DÉPENS DES AMBITIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Durant le gouvernement de Vichy, le mouvement mutualiste (la FMNF) a soutenu la loi du 4 octobre 1941 sur l'organisation sociale des professions, dite « Charte du Travail », qui confirmait la place des Mutuelles. Le Secrétaire général de la FMNF, Romain Laville, écrira « La Charte [du travail] vise à mettre en œuvre des mesures d'entraide sociale qui sont en concordance totale avec les buts poursuivis depuis plus d'un siècle par les sociétés de secours mutuel »²⁷ oubliant ainsi que, dès son avènement, le régime de Vichy avait exigé l'épuration des Mutuelles de leurs adhérents juifs, communistes et franc-maçons, et la fermeture de celles où ces personnes jouaient un rôle dominant. Toutefois à partir de 1943, le soutien de la Mutualité au régime de Vichy se fit plus réservé.

Le programme du Conseil National de la Résistance (CNR), adopté en 1944, était fortement marqué par la conception bévéridgienne²⁸ de la protection sociale ; il visait à instaurer à terme un système de protection sociale unifié (caisse unique), universel (couvrant l'ensemble de la population) et à adhésion obligatoire. Il est classique d'opposer les principes du système bévéridgien reposants sur la citoyenneté à ceux du système bismarckien reposant

²⁷ Déclaration citée par Michel Dreyfus dans son histoire de la Mutualité, LGDJ 1990.

²⁸ Lord Beveridge a été l'auteur d'un rapport célèbre, rédigé en 1942, qui propose de refondre le système britannique de protection sociale sur trois principes : principe d'universalité (couverture de toute la population, et non pas des seuls salariés) ; principe d'unité (gestion par l'Etat des différents risques dans une seule entité) ; et principe d'uniformité (le seul besoin détermine le niveau de la prestation et non pas le montant cotisé).

Le modèle bismarckien fut instauré en Allemagne par le chancelier Bismarck par trois lois votées en 1883 (assurance maladie), en 1886 (accidents du travail) et en 1889 (invalidité et retraites). L'ouverture des droits repose sur l'exercice d'une activité professionnelle, et les prestations sont financées par des cotisations proportionnelles aux salaires des salariés et des entreprises, qui sont les gestionnaires du système.

sur l'emploi ; cette opposition est toutefois contestée par Jacques Freyssinet²⁹, car dans les deux systèmes l'accès à la couverture sociale repose sur l'emploi, mais dans le second système, elle se fonde sur une logique de statut professionnel, et, dans le premier, sur une logique de régulation macroéconomique, Beveridge étant un keynésien assumé.

EXTRAITS DU PRÉAMBULE DU DÉCRET DU 4/10/1945

« La Sécurité Sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. »

« Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité, à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan ».

En apparence, le régime instauré en 1945 a des points communs avec celui instauré par la loi de 1928, mais le changement d'échelle de la protection sociale est éclatant : les dépenses de protection sociale qui n'étaient que de 0,9% du PIB en 1938 s'élèveront à 8,1% en 1947 !! L'empreinte du projet du CNR est forte, dans la mesure où un droit remplace un principe d'assurance, mais la logique bévéridgienne n'est affichée que comme un idéal à réaliser dans un avenir non défini. La Sécurité Sociale sera financée par des cotisations des salariés et des entreprises, l'administration des caisses sera confiée aux représentants des organisations syndicales des salariés (2/3 des sièges) et des entreprises (1/3 des sièges), et elle sera divisée en 4 composantes : le Régime Général, le Régime Agricole, le Régime des Travailleurs Non-Salariés et les Régimes Spéciaux, héritiers de professions ou d'entreprises qui, dès le 19^{ème} siècle, avaient mis en place une protection sociale souvent supérieure à celle qu'offre le Régime Général.

Le principe d'universalité même tempéré par le modèle d'organisation ainsi mis en place se heurta à des oppositions catégorielles résolues, notamment celle des cadres, des commerçants et des professions indépendantes, des médecins en particulier, mais aussi à l'opposition des fonctionnaires et des Mutuelles d'entreprises³⁰. Quant à la Mutualité, son opposition aux ordonnances fut totale, car elle perdait non seulement la place importante que

²⁹ Intervention lors du colloque du CERSA (Paris II) : « Quelle(s) protection(s) sociale(s) demain ? » 8 et 9/10/2015.

³⁰ Les représentants des Mutuelles d'entreprise menacèrent même de quitter la CGT, qui soutenait les ordonnances de 1945, si leur confédération ne défendait pas la survie de leurs institutions, ce que la CGT finit par accepter. En 1960 ces Mutuelles d'entreprise se regroupèrent, avec le soutien de la CGT, dans la Fédération Nationale des Mutuelles Ouvrières, qui deviendra en 1968 la Fédération Nationale des Mutuelles de Travailleurs, puis en 1986 la Fédération des Mutuelles de France qui, en 2002, finit par rejoindre le mouvement mutualiste en se fondant dans la FNMF ; toutefois depuis 1985, ce mouvement mutualiste acceptait l'adhésion simultanée de ses membres aux deux fédérations. Quant aux fonctionnaires, les lois de février et octobre 1947 leur donnent le droit de créer des Mutuelles spécialisées et la Sécurité Sociale délèguera à ces Mutuelles la gestion du régime obligatoire ; sur cette base se créeront de puissantes Mutuelles telles que la MGEN ou la MGPTT qui se regroupèrent dans la Fédération des Mutuelles des Fonctionnaires et Agents de l'Etat.

lui avait accordé le compromis d'avant-guerre, qui autorisait la création de caisses dites « d'affinité » (patronale, syndicale ou Mutuelle), caisses remplacées par les Caisses Départementales de Sécurité Sociale, mais de plus il ne lui était accordé qu'un rôle mal défini et provisoire de « complément » de la Sécurité Sociale.

Toutefois, l'histoire de la protection sociale d'après-guerre sera celle de l'érosion continue des principes sur lesquels était fondée la protection sociale obligatoire, permettant ainsi le développement du marché de la protection sociale complémentaire où s'affrontent les Mutuelles, les Institutions de Prévoyance et les Sociétés d'Assurance.

Dès 1949, le principe d'unicité de la gestion des risques par la Sécurité Sociale fut entamé, à la demande de la CFTC, par l'autonomie donnée aux Caisses d'Assurances Familiales, évolution parachevée par les Ordonnances du 21/08/1967 qui créèrent trois caisses, chargées chacune de gérer un risque particulier (Maladie, Vieillesse, Famille), gérées désormais de façon strictement paritaire par les représentants patronaux et syndicaux.

En 1954, lors de leur congrès, les Mutuelles ont fini par accepter le rôle qui leur était assigné depuis 1945, celui de Complémentaire Santé. Elles défendent alors l'idée « d'une coordination avec les régimes sociaux obligatoires ». En 1967, elles décident de se rapprocher des syndicats, rapprochement qui aboutira à la signature de déclarations communes de défense de la Sécurité Sociale et de la prévoyance complémentaire en 1972 avec la CGT et FO et, en 1973, avec la CFDT. Cette nouvelle orientation a permis aux Mutuelles de prendre pied dans la gestion du régime obligatoire, ce qui leur fut accordé par la loi du 17/12/1982, leur donnant la faculté de désigner des administrateurs dans la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ainsi que dans les Caisses Départementales. En 1980, les Mutuelles parviennent à faire échouer l'instauration d'un « ticket modérateur d'ordre public », préservant ainsi l'avantage de la Mutualité sur la couverture obligatoire. En 1985, les Mutuelles sont autorisées à participer, comme les IP, aux régimes de prévoyance collective mis en place au sein des entreprises.

La Mutualité connaît alors un vif essor, mais se heurte à l'incompréhension des autorités européennes soucieuses d'organiser la libre concurrence sur le marché de la prévoyance complémentaire. Dès lors, le statut privilégié de la mutualité ne se justifie plus et deux Directives sont publiées, les 28 juin et 18 novembre 1992, qui non seulement astreignent les Mutuelles aux mêmes règles de solvabilité (renforcées à cette occasion) que celles auxquelles doivent satisfaire les IP et les Sociétés d'Assurance, mais les obligent aussi à séparer leurs activités de couverture santé de celles de gestion d'œuvres sociales. La France, qui n'avait pas transposé ces règles dans sa législation, sera condamnée le 16/12/1999 par la Cour de Justice de l'Union Européenne, pour manquement à ses obligations, et finira par transposer les deux Directives dans le Code de la Mutualité, par l'ordonnance du 19/04/2001 ; celle-ci impose aux Mutuelles de nouvelles règles prudentielles et de solvabilité et différencie les Mutuelles dites du livre II qui ont une activité exclusive de protection santé et/ou participent à l'administration du régime légal de Sécurité Sociale, des Mutuelles dites du livre III qui exercent d'autres activités, notamment de gestion des œuvres sociales.

A compter de cette date, les spécificités de la Mutualité s'estompent quelque peu et ses caractéristiques la rapprochèrent des autres institutions qui composaient le système des « Complémentaires Santé »³¹, devenu partie prenante de l'assurance maladie obligatoire et

³¹ Rappelons que la protection sociale complémentaire regroupe, en sus des mutuelles, les Institutions de Prévoyance (IP) et les Sociétés d'Assurance (AS). Les IP sont des organismes de droit privé à but non lucratif, spécialisées dans la prévoyance collective, créées par les ordonnances de 1945 et gérées paritairement par les représentants des salariés et des employeurs ;

sont associées, en conséquence, aux tentatives de contrôle de la progression des dépenses de l'Assurance Maladie financées par des prélèvements obligatoires.

3.3. L'UNIFORMISATION DE LA FISCALITÉ DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

La Commission européenne, dès 2001 avait dénoncé les distorsions de concurrence, au détriment des Sociétés d'Assurance, provoquées par les exonérations fiscales accordées aux Mutuelles et aux IP, exonérées de l'Impôt sur les Sociétés (IS) et de la Taxe Professionnelle (TP). Cette spécificité fiscale ne sera supprimée qu'en 2012 par la loi de finances rectificative du 28/12/2011, qui assujetti également les Mutuelles et les IP à la Taxe d'Apprentissage et à la Taxe sur les Salaires.

3.4. L'UNIFORMISATION DE L'OFFRE D'ASSURANCE

La loi du 31/12/1989 a permis aux Mutuelles et aux Sociétés d'Assurance d'offrir des contrats d'assurances collectives d'entreprise dans les mêmes conditions que les Institutions de Prévoyance, contribuant au rapprochement de la nature des activités des trois catégories d'acteurs de la prévoyance complémentaire. La définition de ces contrats fut homogénéisée par l'interdiction d'exclure de leurs contrats les pathologies et affections couvertes par la Sécurité Sociale et de pratiquer une sélection médicale des bénéficiaires sur des critères médicaux ou d'âge, banalisant ainsi la spécificité de l'offre des Mutuelles.

3.5. LA PARTICIPATION DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ À LA GESTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Cette participation à la gestion concerne sans distinction tous les types d'organismes complémentaires repose, d'une part sur leur association aux décisions de gestion de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ce qui n'est pas illogique car d'une part, les décisions de la CNAM affectent potentiellement le volume des prestations complémentaires et d'autre part, l'acquisition d'une Complémentaire Santé a été facilitée pour les plus démunis et rendue obligatoire pour tous les salariés, quelle que soit la taille de leur entreprise :

- La loi du 13/08/2004 prévoit le regroupement des trois catégories d'organismes de la protection complémentaire dans l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes de l'Assurance Maladie complémentaire). Le conseil de l'UNOCAM, composé de 33 membres, donne aux Mutuelles la majorité absolue (17 membres), et accorde 8 sièges aux Sociétés d'Assurance et 7 sièges aux institutions de Prévoyance. La loi du 17/12/2008 prévoit que l'UNOCAM participe désormais aux côtés de l'Assurance Maladie aux négociations avec les professions de santé, est consultée pour les décisions concernant le prix et le taux de remboursement des nouveaux médicaments, sa signature étant même exigée à chaque fois que les remboursements de la CNAM sont inférieurs à 50%.

elles sont obligatoirement constituées sur la base d'un accord de branche ou d'entreprise et peuvent couvrir les risques maladie, décès, invalidité et vieillesse. Les Mutuelles sont devenues des concurrentes des IP lorsque la loi du 25/07/1985 leur accorda le droit d'intervenir dans la prévoyance d'entreprise. Les Sociétés d'Assurance sont des entreprises à but lucratif, gérées par leurs actionnaires, mais soumises aux règles communes à tous les organismes de la protection complémentaire, en matière de solvabilité et de gestion de la dépense maladie.

- La création en 2004 des contrats d'assurance « responsable » ont pour but explicite d'offrir une incitation fiscale et sociale aux Complémentaires Santé qui offrent des contrats collectifs ne remboursant pas certaines dépenses de santé créées, dans ce même but de régulation par la Sécurité Sociale (franchises, participations forfaitaires, etc...), dont la contrepartie est d'alourdir le « reste à charge » supporté par les ménages. L'organisme complémentaire qui propose des contrats responsables est alors exonéré de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (rétablie aujourd'hui à hauteur de 7% au lieu de 14% pour les contrats ordinaires), la cotisation patronale est exonérée de charges sociales et ne rentre pas dans l'assiette de l'IS. En 2015, la définition des critères du contrat « responsable » a été sensiblement modifiée, mais son esprit est inchangé.

**LES LIMITES JURIDIQUES DE LA RÉGULATION DE LA DÉPENSE SANTÉ
PAR LA HAUSSE DU « RESTE À CHARGE » DES ASSURÉS**

Le Conseil Constitutionnel a reconnu, dans une décision du 12/8/2004, comme ayant une valeur constitutionnelle le principe de protection de la santé, et a estimé qu'un « reste à charge » trop élevé pourrait constituer une violation de la Constitution, sans toutefois donner de précision quantitative, même approchée, du plafond acceptable du reste à charge. Le Conseil d'Etat, dans une décision du 6/3/2009, a repris l'idée de l'existence d'un plafond contraignant la hausse du « reste à charge », toujours sans en donner de définition quantitative, mais en précisant que les cotisations aux organismes de complémentaire-santé étaient des éléments du « reste à charge ».

- L'aide à l'acquisition d'une Complémentaires Santé a été organisée par la loi du 27/7/1999, qui créa la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)³². Celle-ci permet, sous conditions de ressources, aux bénéficiaires d'être remboursés de la part complémentaire sur les dépenses concernant un panier minimum de soins, le ticket modérateur et le forfait hospitalier par un organisme agréé choisi par le bénéficiaire (Caisse Maladie, Mutuelle, Société d'Assurance ou Institution de Prévoyance). Ces organismes sont indemnisés forfaitairement par un fonds de financement spécialisé, alimenté par une contribution des Complémentaires Santé, assise sur leur chiffre d'affaires, par une partie des taxes sur l'alcool et le tabac, par une dotation de la CNAM et par une subvention éventuelle de l'Etat. Les fonctionnaires disposent également d'un système d'aide à l'accession à une complémentaire santé, sous condition que l'organisme retenu le soit sur la base d'un appel d'offre.
- La généralisation des Complémentaires Santé d'entreprise a été l'une des décisions phare de l'accord national interprofessionnel de janvier 2013, transposé par la loi du 14/6/2013 qui oblige toutes les entreprises à faire bénéficier, par voie d'accord d'entreprise ou de branche, tous leurs salariés d'une assurance collective obligatoire (à quelques exceptions près), complétant la couverture offerte par l'assurance de base, pour les dépenses (y compris le ticket modérateur de la Sécurité Sociale et le forfait journalier hospitalier). Toutefois cette Complémentaire ne permet de couvrir la famille du salarié qu'à titre facultatif. Le texte de loi initial prévoyait que les

³² La CMU permet aux personnes de très faibles revenus, n'accédant pas à l'assurance maladie de base, d'être remboursées de la part dite Sécurité Sociale de leurs dépenses de santé. Les parts de la couverture complémentaire, du forfait hospitalier et les franchises ne sont pas donc pas remboursées. L'accès à la CMU est gratuit et peut être complété par le bénéfice de la CMU-C. L'assurance maladie est remboursée de ses dépenses par le fonds CMU qui finance la CMU-C.

entreprises devraient respecter la clause de désignation des Mutuelles négociée au niveau de la branche, mais cette disposition a été annulée par le Conseil Constitutionnel car elle aurait constitué une atteinte à la liberté contractuelle au sein de l'entreprise, en fait, parce que la négociation de branche aurait fait la part trop belle aux Institutions de Prévoyance et aux Mutuelles.

ANNEXE

LE MARCHÉ DES COMPLÉMENTAIRES-SANTÉ³³

En 2013, sur le marché de l'assurance Complémentaire Santé, 33Md€ de primes ont été collectées, dont 54% par les Mutuelles, loin devant les Sociétés d'Assurance (28%) et les Institutions de Prévoyance (18%). La concurrence entre ces organismes est vive et la recherche de la réduction des coûts par l'accroissement de la taille a conduit à une réduction du nombre des intervenants de chaque catégorie, mouvement particulièrement marqué pour les Mutuelles dont le nombre s'est réduit de plus de 43% depuis 2006. On notera que les Mutuelles sont plus positionnées sur la protection santé, domaine où elles réalisent 84% de leur activité contre 48% pour les Institutions de Prévoyance et seulement 6% pour les Sociétés d'Assurance.

Le résultat technique (différence entre les ressources provenant des primes et les charges de gestion, y compris les frais publicitaires et de réassurance) représentent 14% des cotisations collectées par les Mutuelles et seulement 7% pour les Institutions de Prévoyance et 20% pour les Sociétés d'Assurance, ce qui s'explique par le poids relatif des contrats collectifs gérés par chaque catégorie d'organismes assureurs ; en 2013, les cotisations collectées en protection santé au titre de contrats collectifs ont représenté 29% des cotisations santé des Mutuelles, 87% des cotisations des Institutions de Prévoyance et 45% des cotisations des Sociétés d'Assurance : la rentabilité de ces contrats collectifs, en général plus avantageux pour les assurés, est toutefois très inférieure à celle des contrats individuels du fait de la faiblesse des marges, que ne compense pas des coûts de gestion inférieurs. Le résultat comptable moyen des Mutuelles représente 1,7% des cotisations qu'elles collectent, soit légèrement plus que les Institutions de Prévoyance, 1,2% et nettement moins que les Sociétés d'Assurance et plus sélectives, 3,3%. Chacune de ces catégories offre une marge de solvabilité satisfaisante, ce qui permet à la DREES de considérer que les organismes de prévoyance complémentaire exerçant une activité de couverture du risque santé sont... en bonne santé.

STRUCTURE (EN%) DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

Organismes	2006	2010	2013
Sécurité Sociale	76,8	76,2	76,6
Etat, CMU-C	1,4	1,3	1,4
Assurance Santé.	12,8	13,4	13,5
Complémentaires*	7,7	7,5	7,2
dont : Mutuelles	2,9	3,5	3,7
Stés d'assurance	2,3	2,4	2,6
Inst. de Prévoyance	9,0	9,2	8,5
Ménages (reste à charge)			

* y compris CMUC, soins urgents, AME

(Source : DREES)

³³ Les données quantitatives de cette annexe sont celles publiées par la DREES, et en particulier de celles émanant de sa revue « Etudes et résultat » de juin 2015.

CAHIERS LASAIRE DÉJÀ PARUS

1	CONCURRENCE DES PAYS À BAS SALAIRES ET EMPLOIS	<i>J. MAURICE,</i>
2	SERVICES DE PROXIMITÉ ET NOUVELLE CROISSANCE	<i>G. CETTE, P. HERITIER, V. SINGER</i>
3	LES NÉGOCIATIONS SUR LE TEMPS DE TRAVAIL : UNE CHANCE À SAISIR POUR LA CROISSANCE ET L'EMPLOI	<i>J. MAURICE, D. TADDEI</i>
4	QUELS EMPLOIS POUR LES JEUNES NON QUALIFIÉS	<i>A-M GROZELIER</i>
5	SALAIRES ET EMPLOIS	<i>D. TADDEI</i>
6	INSTRUMENTATION DE GESTION ET EMPLOI : LES RÉDUCTIONS D'EMPLOIS DANS LES ENTREPRISES : PERFORMANCE ÉCONOMIQUE OU DÉTERMINISME GESTIONNAIRE ?	<i>H. BERTRAND</i>
7	L'EMPLOI DANS LA NOUVELLE ARCHITECTURE DE L'EUROPE	<i>D. TADDEI, B. TRENTIN</i>
8	LA MONNAIE UNIQUE	<i>A. GAURON, D. PLIHON</i>
9	LES ENTREPRISES SONT-ELLES RICHES OU PAUVRES ?	<i>M. FRIED, D. PLIHON, M. SABORD</i>
10	INÉGALITÉS DES REVENUS	<i>P. MICHEL</i>
11	LES POLITIQUES DE L'EMPLOI EN FRANCE	<i>J. FREYSSINET</i>
12	RÉDUIRE LA DURÉE DU TRAVAIL POUR FAIRE RECULER LE CHÔMAGE : DE LA MACRO À LA MICRO-ÉCONOMIE, TENIR LES DEUX BOUTS DE LA CHAÎNE	<i>H. BERTRAND, J. MAURICE</i>
13	LES ENJEUX DE LA NÉGOCIATION D'ENTREPRISES SUR LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL	<i>D. TADDEI</i>
14	QUELLES MARGES DE MANŒUVRES POUR LES ENTREPRISES SELON LEUR TAILLE ?	<i>M. SABORD</i>
15	DÉVELOPPER LES SERVICES DE PROXIMITÉ OU L'ÉMERGENCE D'UN SECTEUR DE LA QUALITÉ DE LA VIE	<i>P. HÉRITIER</i>
16	LA DIMENSION DU DÉBAT : RETRAITE PAR RÉPARTITION - RETRAITE PAR CAPITALISATION	<i>M. FRIED</i>
17	NÉGOCIATIONS SUR LE TEMPS DE TRAVAIL : ACCROÎTRE L'EMPLOI OU LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ? UNE EXPLORATION DES ASPECTS ÉCONOMIQUES ET FINANCIERS	<i>J. MAURICE, M. BÉCHET</i>
18	LE MODÈLE DE CROISSANCE NORD-AMÉRICAIN ET LA MONTÉE DES INÉGALITÉS SOCIALES	<i>B. BLUESTONE</i>
19	L'AVENIR DES SERVICES PUBLICS. UNE VISION PROSPECTIVE DE SYNDICALISTES	<i>M. BÉCHET</i>
20	QUELLE RÉFORME POUR LES RETRAITES ?	<i>M. FRIED</i>
21	L'ÉPARGNE SALARIALE : CONTRIBUTION AU DÉBAT SUR LE PROJET DE LOI	<i>J. MAURICE</i>
22	LES CHANGEMENTS DANS L'EMPLOI ET DANS LES RELATIONS DU TRAVAIL	<i>DÉBATS DU COLLOQUE</i>
23	VALEUR ACTIONNAIRE ET NOUVELLES FORMES DE GOUVERNANCE DES ENTREPRISES	<i>M. FRIED, J.P. MOUSSY, D. PLIHON</i>
24	LES INÉGALITÉS DE SANTÉ : UNE RÉALITÉ MÉCONNUE ET UN DÉFI POUR FONDRE ENFIN UNE POLITIQUE DE SANTÉ EN FRANCE ?	<i>J-M. RODRIGUES, B. GARROS</i>
25	RESTRUCTURATIONS INDUSTRIELLES ET LEURS CONSÉQUENCES SOCIALES	<i>M. FRIED, J. PEYREVELADE, J.P. AUBERT, D. BACHET</i>
26	EUROPE -EMPLOI-ELARGISSEMENT APPROFONDISSEMENT	<i>7^E RENCONTRE BIENNALE EUROPE-TRAVAIL-EMPLOI</i>
27	RETRAITE: LA RÉFORME FILLON, UNE RÉFORME QUI NE GARANTIT PAS L'AVENIR	<i>M. FRIED</i>
28	SANTÉ ET ASSURANCE MALADIE: QUELLE RÉFORME POUR UNE SOLIDARITÉ DURABLE?	<i>LASAIRE ECO AVEC LE CONCOURS D'ANDRE GAURON</i>
29	POUR SORTIR DU CHÔMAGE DE MASSE, JALONS POUR UNE STRATÉGIE	<i>J. MAURICE ET J.L. DAYAN</i>
30	LA RÉFORME DES NORMES COMPTABLES Un débat trop discret	<i>M. FRIED</i>
31	EUROPE, TRAVAIL, EMPLOI. L'EUROPE ÉLARGIE ET LA MONDIALISATION	<i>M. AGLIETTA, M. DEHOVE, J. FREYSSINET, P. HÉRITIER, JOËL MAURICE</i>
32	LE RETOUR DES POLITIQUES INDUSTRIELLES	<i>S. IDIR, P. POMMIER, M. FRIED, A. THOLONIAT, K. BOUABDALLAH, J-L. GIBOU, P. HÉRITIER</i>
33	EUROPE ET MONDIALISATION : QUEL DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE	<i>ACTES DU SÉMINAIRE DE ST ETIENNE DU 20-10- 2006</i>

	ET QUELS EMPLOIS ?	
34	SÉGRÉGATION URBAINE, CRISE DES BANLIEUES	<i>J. MAURICE</i>
35	DE LA CRISE DES SUBPRIMES A LA CRISE FINANCIERE	<i>M. FRIED</i>
36	LUTTER CONTRE LE RÉCHAUFFEMENT CLIMATIQUE ?	<i>J. MAURICE</i>
37	REGARDS SUR LA CRISE	<i>M. FRIED, J. FREYSSINET, A. GAURON, J. MAURICE, J. P. MOUSSY</i>
38	LES GRANDES AGENCES DE NOTATION INTERNATIONALES : LEUR RÔLE ANNONCÉ DANS LA CRISE, VERS QUELLE RÉGULATION ?	<i>M. BARDOS</i>
39	SALAIRES ET CRISES	<i>J. MAURICE</i>
40	LES JEUNES ET L'EMPLOI	<i>G. MIGNOT</i>
41	DETTE PUBLIQUE ET CRISE	<i>J. MAURICE</i>
42	SUSCITER UNE NOUVELLE AMBITION POUR LA FRANCE	<i>H. BERTRAND, P. HÉRITIER, M. BARDOS, R. BOYER, P.M. DUGAS, A. GAURON, J.L. GIBOU</i>
43	UN INTENSE RENOUVEAU DE LA NEGOCIATION INTERPROFESSIONNELLE EN FRANCE	<i>J. FREYSSINET</i>
44	L'AGENDA SOCIAL 2011 : UN BILAN PROVISOIRE	<i>J. FREYSSINET</i>
45	OMBRES ET PÉRILS DU TRAITÉ MERKEL-SARKOZY QUELQUES SIMULATIONS ÉLÉMENTAIRES	<i>J. MAURICE</i>
46	CRISE ÉCONOMIQUE ET RELATIONS SOCIALES ENJEUX IMMÉDIATS ET PERSPECTIVES À LONG TERME	<i>J. FREYSSINET, J. MAURICE, A. GAURON</i>
47	RÉINDUSTRIALISER NOTRE PAYS : QUELLE METHODE ?	<i>COORDONNÉ PAR H. BERTRAND</i>
48	GESTION DE LA CRISE DE LA ZONE EURO : DÉCISIONS ET INTERROGATIONS	<i>M. FRIED</i>
49	FORMATION CONTINUE : METTRE LES VRAIES QUESTIONS SUR TABLE ?	<i>Y. BAROU, H. BERTRAND, J. FREYSSINET, LA A. GAURON, AM. GROZELIER, JF. LHOPITAL</i>
50	4ÈME PAQUET FERROVIAIRE – L'AVENIR DU CHEMIN DE FER ? SE LIBÉRER DES IDÉOLOGIES MORTIFÈRES	<i>COORDONNÉ PAR J. LE COQ</i>
51	LA RÉFORME TERRITORIALE : ENJEUX ET DÉFIS POUR LES ACTEURS SOCIAUX	<i>COORDONNÉ PAR J.L. GIBOU</i>
52	CAHIER PÉRIURBAIN	<i>COORDONNÉ PAR J. LE COQ</i>
53	RÉFORMER LES TERRITOIRES ? RÉFORMER L'ÉTAT ?	<i>COORDONNÉ PAR R. MOUNIER-VÉHIER ET J.L. GIBOU</i>
54	FEMMES ET AUTRE MODE DE DÉVELOPPEMENT : LES FEMMES PORTEUSES PLUS DURABLE ET PLUS SOCIAL	<i>COORDONNÉ PAR M. HUET ET A.M. GROZELIER</i>