

Jean-Michel Laxalt

# Allons enfants... de la Sécu

INSTITUT  
MONTPARNASSE

*Pour un 21<sup>e</sup> siècle solidaire*

Jean-Michel Laxalt

Allons **enfants...**  
de la **Sécu**

2015



---

# Sommaire

## **Préface**..... **5**

**Jean-Michel Laxalt**

*Président de l'institut Montparnasse*

## La contribution de la santé et de l'assurance santé au développement et à la croissance économique de la France..... **11**

*Une étude à l'initiative de l'Institut Montparnasse  
et de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S),  
réalisée par **Valérie Fargeon, Marion Brunat, Chantal Euzeby** dans le  
cadre du Centre de recherche en économie de Grenoble (Université Pierre  
Mendès France).*

## Vieillesse de la population et croissance des dépenses de santé..... **15**

*Une étude de **Brigitte Dormont** et **Hélène Huber**  
Université de Paris Dauphine et PSL-Chaire santé de la Fondation du Risque.*

## Les médecins face aux réformes des systèmes de soins une mise en perspective comparative ..... **21**

**France-Allemagne-Suède**

*Etude réalisée par **Patrick Hassenteufel** (Université Versailles Saint-Quentin)  
et **Alban Davesne** (CEE-Sciences Po Paris).*

## La métamorphose silencieuse des assurances maladie..... **27**

Mondialisation des soins et tourisme médical.....**31**

Étude réalisée par **Aïssa Khelifa**.

Assurance, Prévention,  
Prédiction ... dans l'univers du Big Data.....**35**

Étude réalisée par **François Ewald**.

Financement de la protection sociale  
Equilibre financier - Fiscalisation.....**41**

Étude réalisée en partenariat avec la Chaire Transitions Démographiques  
Transitions Economiques (Institut Louis Bachelier/Fondation du risque)  
dont le titulaire est Jean-Hervé Lorenzi et la déléguée générale Hélène Xuan.

Chercheurs : **Xavier Chojnicki, Jérôme Glachant et Lionel Ragot**.

Les inégalités territoriales et sociales.....**47**

Étude réalisée par **Hervé Le Bras**.

**Perspectives**.....**55**

**Jean-Michel Laxalt**

Président de l'institut Montparnasse



Un écrivain est marqué  
d'une manière indélébile par sa date  
de naissance et par son temps.



**déclare Patrick Modiano à la remise  
du Prix Nobel de littérature.**

## Préface

Un citoyen, un acteur social, l'est tout autant. Pour ma génération cette empreinte indélébile est celle de l'École Publique ouverte à la démocratisation et de la Sécurité sociale promise à tous. De générations en générations nous sommes des « enfants de la Sécu ». C'est un devoir de mémoire et plus encore un devoir d'avenir.

Heureux anniversaire ? La Sécurité sociale aura 70 ans à l'automne 2015. Qu'en sera-t-il ? Qu'en ferons-nous ? Les discours officiels seront vibrants, ils ne l'étaient pas moins dix, vingt ans auparavant, alors que la Sécurité sociale tournait la page d'une progression continue pour amorcer une érosion des garanties et un durcissement des conditions de prise en charge. Les citoyens, souvent tenus en lisière au prétexte de l'expertise nécessaire, assisteront-ils à des célébrations où l'emphase estompera les actes, où l'histoire sera plus exaltée que le futur, où le politique cèdera au médiatique ? Pourtant les citoyens mesurent que s'agissant de la Sécurité sociale l'enjeu est davantage l'équilibre de la société que l'équilibre des comptes, qu'il y a plus à redouter la faillite des principes solidaires que la faillite comptable. Ils

savent que la Sécurité sociale doit être tenue à distance tant de l'assurance de marché que de l'assistance d'Etat.

Manquerait-il de foyers de réflexion et de débat citoyen ? Les discussions se mènent en cercles restreints. Les thèmes sont trop souvent restrictifs, formatés par les communicants ou noyés de chiffres par les experts et les conclusions par trop péremptoires. La question est à la fois plus simple et plus compliquée. Des principes simples à énoncer, plus compliqués à réaliser en contexte du 21<sup>e</sup> siècle. Or la Sécurité sociale est tout autant que naguère moderne et solidaire, elle est la réponse nécessaire aux inégalités, précarités, ruptures et fractures. L'Institut Montparnasse veut contribuer à l'éclairage des enjeux, à l'esquisse des solutions. Nos travaux ont abordé le rôle de l'Etat et des politiques publiques, l'impact de l'essoufflement de la croissance, l'organisation du système de soins et son inscription dans la mondialisation, la dynamique des dépenses et les modes de financement, la révolution du « Big data », les inégalités sociales et territoriales, les diversités à l'œuvre dans la nation. Il y est fait écho ici. Puissent-ils, ces travaux, nourrir le débat citoyen.

La Sécurité sociale est volonté d'Etat. D'un Etat garant de dispositions sociales élémentaires plutôt que d'un Etat Providence, formulation non dépourvue d'ambiguïté. Des circonstances exceptionnelles ont cristallisé la volonté d'Etat au creux de la dépression économique des années 30 aux Etats Unis (le Social Security Act de Roosevelt), au cœur du second conflit mondial au Royaume Uni (rapport Beveridge), à la Libération en France (ordonnances de 1945). Cette chronologie internationale met à bas tous les anathèmes franco-gaulois et les procès en « collectivisation forcée » à l'encontre des prestations de Sécurité sociale. Mais le rôle de l'Etat est en mutation, lié aux décisions supranationales, fragmenté par les dévolutions successives aux collectivités

territoriales, autorités indépendantes et agences diverses. Par rapport à la Sécurité sociale l'autorité étatique se renforce (décisions prises pour la retraite et les allocations familiales), se démultiplie (agences régionales de santé), régule les acteurs et la concurrence (assurance maladie). Quel rôle l'Etat doit-il jouer ? Garant ? Arbitre ? Acteur ? Régulateur ? Administrateur ? Usant de tous ces leviers, sa partition est aujourd'hui ambiguë, voire confuse.

La Sécurité sociale a une fonction de répartition solidaire et d'atténuation des inégalités. Elle l'assume d'autant mieux que l'économie et l'emploi sont dynamiques, mais d'autant plus difficilement que la croissance est en panne et corollairement le chômage au plus haut. La France de la Libération et de la reconstruction a ancré la Sécurité sociale dans le redressement productif. Le financement fut arrimé à la masse salariale dans une économie de main d'œuvre. Les 30 glorieuses de l'économie française furent aussi celles de la Sécurité sociale. Augmentation des garanties, élargissement des bénéficiaires, universalisation des prestations ... Au début des années soixante la croissance du PIB approchait 6%, celle de la consommation de santé 11% et la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie passait de 50 à 75%.

La crise économique et le chômage massif ont coupé cet élan. Depuis longtemps. Est venu le temps des ravaudages (19 plans de redressement des comptes de l'assurance maladie entre 1975 et 1995) puis celui de la révision structurelle (réformes des retraites de 1993, 2003, 2008, 2010, 2012). Or, la crise, si elle dégrade le financement, accroît les charges de protection sociale (chômage, précarité, exclusions). Comment résoudre cette redoutable équation ? Quelles perspectives pour la Sécurité sociale, pour la protection sociale dans son ensemble, en période de croissance faible, voire nulle ? Comment retrouver une alliance féconde entre Sécu et économie ?

Il faut sans doute commencer par changer le regard et le jugement portés sur les dépenses de Sécurité sociale. « Charges » pesant sur l'économie et les individus, « boulet » pour la compétitivité, les qualificatifs péjoratifs accablent la Sécu. Un temps mises en sourdine pour, à partir de 2008, louer l'effet « amortisseur de crise » des prestations sociales, les condamnations redoublent au moment de la difficile reprise. La première étude de l'Institut Montparnasse a rétabli une évidence : les dépenses sociales sont un moteur économique, en même temps qu'un atout pour le capital humain. Le « trou » de la Sécu, sujet de railleries ignorantes ou malveillantes, n'est pas une déperdition sans fond puisque dans les comptes de la nation ces dépenses deviennent consommation des ménages, emplois, pouvoir d'achat, investissements. Ainsi la santé apparaît-elle au sein du PIB français pour 9 à 12 % des dépenses (selon la CSBM ou la DCS) et pour 9 à 12 % de la valeur ajoutée nationale, compte non tenu des effets positifs en terme de bien être, de potentiel retrouvé, de capacité productive restaurée pour les personnes ayant eu recours au système de santé. Le fond du débat, plutôt de la polémique, est le partage entre dépense publique et dépense privée. La France est bien le pays où la dépense sociale est la plus élevée en % du PIB, mais les Etats Unis la talonnent passant du 23<sup>e</sup> rang pour les dépenses sociales publiques au 2<sup>e</sup> rang en incluant les dépenses sociales privées. Ainsi les dépenses de santé privées sont comptabilisées pour 1,5 % du PIB en France et pour 5,7 % aux USA. Ces chiffres caractérisent plus une société qu'une comptabilité nationale. L'Institut Montparnasse porte un regard d'autant plus incisif sur les glissements qui s'opèrent entre le périmètre de l'Assurance maladie et celui de l'assurance complémentaire que dès l'an prochain la loi rend obligatoires les contrats d'entreprise.

Or les risques sociaux deviennent structurels. Ils appellent une solidarité nationale plus effective que, lorsqu'à travers l'arrêt de

travail ou l'épidémie, ils relevaient d'un aléa conjoncturel. Le chômage marque durablement de son empreinte des millions de personnes, de toutes générations. La part des maladies chroniques ne cesse de s'accroître. L'allongement constant de la durée de la vie a un impact certain sur les dépenses de retraite et de santé. Les ruptures sociales et familiales créent des précarités nouvelles. Les équilibres antérieurs de solidarité intergénérationnelle et de financement de la sécurité sociale sont mis en bascule. Les approches sectorielles n'ont plus cours, une vision globale des solidarités et des risques sociaux est nécessaire.

Quel cadre d'action ? Dimension nationale ? Internationale ? Les concertations à nouer, les politiques à conduire, les mesures à prendre ne peuvent être circonscrites dans le cadre national. Le périmètre de nos frontières n'est pas le champ clos des réalités économiques, des flux financiers, pas plus que des réponses sanitaires ou des effets sociaux. L'économie est mondialisée, les enjeux sanitaires aussi. Bien des nouveaux défis solidaires concernent identiquement les pays européens. L'Europe est sans doute un nécessaire horizon commun pour le développement de politiques sanitaires, pour le rapprochement des garanties sociales, pour la convergence de modalités de financement car les disparités disloquent les solidarités et l'union. Notre pays a cependant matière à agir. Sur l'organisation du système de santé, sur l'articulation des acteurs sociaux, sur les dispositifs sociaux et fiscaux générant des pertes de financement préjudiciables, sur la coordination des nouvelles solidarités intergénérationnelles. Ce serait la meilleure façon de marquer l'anniversaire de la création de la Sécurité sociale que de l'inscrire dans ce XXI<sup>e</sup> siècle commençant.

**Jean-Michel Laxalt**

*Président de l'Institut Montparnasse*



---

# La contribution de la santé et de l'assurance santé au développement et à la croissance économique de la France

*Une étude à l'initiative de l'Institut Montparnasse et de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S), réalisée par **Valérie Fargeon, Marion Brunat, Chantal Euzeby** dans le cadre du Centre de recherche en économie de Grenoble (Université Pierre Mendès France).*

Dès son préambule cette étude met cartes sur table : « Les finalités des systèmes de santé sont désormais assujetties à des objectifs comptables, d'équilibre budgétaire, occultant alors le fait que les politiques publiques de santé sont aussi un élément de cohésion sociale et politique. Il s'agit par cette recherche de contribuer à un changement de paradigme pour considérer les dépenses de santé comme un investissement économique et social. Adopter cette perspective suppose de déplacer l'analyse du système de santé -secteur de la santé et assurance santé- d'un système générateur de dépenses à l'analyse des contreparties de ces dépenses ». Le tableau ci-après est éloquent. Les auteures indiquent « L'analyse cependant ne dit rien sur l'effet final (en dynamique) d'une augmentation de la demande au secteur de la santé sur l'économie. 1/ Au-delà des seuls effets directs et indirects, il faudrait évaluer les effets d'entraînement en dynamique du secteur de la santé c'est-à-dire les effets « induits » du surplus de revenu ainsi généré. 2/ il faudrait réaliser un bouclage macroéconomique complet. La santé est en effet très largement financée par la collectivité, ce qui pose la question des prélèvements obligatoires nécessaires

au financement de toute dépense supplémentaire : de même qu'il y a un multiplicateur « positif » lié à une augmentation de la demande, il y a un multiplicateur potentiellement « négatif » lié aux prélèvements obligatoires supplémentaires (et aux déficits publics et à l'endettement).

<b>2005</b>	<b>Production</b>	<b>Valeur ajoutée</b>	<b>Emploi</b>
<b>Santé dans un sens restreint</b>	<b>4,9 %</b>	<b>6,2 %</b>	<b>5,8 %</b>
<b>Champ de la santé total</b>	<b>7,6 %</b>	<b>9,3 %</b>	<b>9,9 %</b>
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche santé</i>			
<b>Effet direct</b>	<b>96</b>	<b>59</b>	<b>10.1</b>
<b>Effet indirect</b>	<b>53</b>	<b>23</b>	<b>3.45</b>
<b>Effet total</b>	<b>149</b>	<b>82</b>	<b>13.56</b>
<b>Place de la santé après prise en compte des effets directs et indirects</b>	<b>10.6 %</b>	<b>12.5 %</b>	<b>12.7 %</b>
Hôtels, cafés, restaurants	2.4 %	2.3 %	3.7 %
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche hôtels, cafés, restaurants</i>			
Effet direct	96	46	11.07
Effet indirect	84	39	8.72
Effet total	180	85	17.79
BTP	6.6 %	5.8 %	6.4 %
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche BTP</i>			
Effet direct	95	42	7.52
Effet indirect	84	39	6.88
Effet total	179	81	14.4

**Lecture :** pour 100 unités de demande supplémentaire adressées au secteur de la santé, 96 unités devraient être produites directement par le secteur de la santé (les autres étant importées). Pour réaliser cette production, 53 unités supplémentaires tous secteurs confondus seraient nécessaires.

**Sources :** [Bourgeois et Pilarski, 2009] à partir de *Comptes nationaux* (base 2000), INSEE.

Les auteures précisent : « si les indicateurs permettent une objectivation monétaire des contributions du secteur de la santé et de l'assurance-maladie obligatoire en termes de valeur économique (contribution à la production et à la valeur ajoutée et à sa croissance, au bien-être matériel des ménages), ils ne rendent pas compte de la valeur sociale et sanitaire des dépenses de santé et du système de santé. Rendre compte en effet de l'utilité et de la qualité des dépenses de santé ou en d'autres termes du service rendu par les dépenses de santé et le système de santé aux individus et à la collectivité suppose de prolonger l'analyse et d'approfondir la perspective des bénéficiaires - ménages et individus. C'est indispensable pour quitter une logique de développement exclusivement centré sur l'économie et la croissance et passer à une logique de développement social et humain ».

Hors des sentiers battus du « coût » de la santé et de la « charge » des prélèvements l'étude publiée par l'Institut Montparnasse démontre que « la santé atteint 12,5 % de la valeur ajoutée dans l'économie nationale et représente, en termes d'emploi, 12,7 % des actifs ». Un rang supérieur à celui du secteur BTP dont on dit continûment qu'il détermine la santé de l'économie nationale. Le financement de la santé, outre le bénéfice individuel des personnes, est un investissement économique dynamique. Rétablissement du capital santé humain, soutien de millions d'emploi, revenu de fonctionnaires hospitaliers et de professionnels libéraux, financement de constructions, restructurations hospitalières, d'équipements technologiques performants ... la santé présente tous les atouts d'un acteur économique important. Pourquoi présenter ce secteur comme un boulet économique, un puits percé ? Les cotisations prélevées ne s'évaporent pas, elles deviennent versement de prestations rétablissant un pouvoir d'achat, traitements

et honoraires professionnels, subventions et amortissement pour travaux et équipements hospitaliers. Rien ne se perd, tout se transforme. Que cessent donc les discours chagrins et mensongers. Le financement collectif de la Sécu a permis en 1945 la reconstruction nationale, dans les années 1960 la modernisation du pays, dans les années 1980 la relance sociale, dans les années 2000 le soutien économique. C'est un facteur de développement à long terme en même temps qu'un « amortisseur de crise » ponctuel.

Les prestations de santé rétablissent une capacité de consommation. Elles font bien plus en effectuant une redistribution horizontale (des « bien portants » vers les malades) à dominante intergénérationnelle, mais aussi une redistribution verticale des meilleurs revenus vers les plus faibles du fait de la proportionnalité des cotisations. « Les prestations sociales réduisent davantage les inégalités de niveaux de vie que la fiscalité. La santé contribue pour 25 % à la réduction des inégalités ». Levier économique, le financement social est aussi outil de redistribution, donc vecteur de solidarité nationale et de cohésion sociale. Un investissement social qui participe à la réalisation de la « République démocratique et sociale » proclamée par la Constitution française.

Étude à consulter en version électronique sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.

---

# Vieillessement de la population et croissance des dépenses de santé

*Une étude de **Brigitte Dormont** et **Hélène Huber**  
Université de Paris Dauphine et PSL-Chaire santé  
de la Fondation du Risque.*

Nous vivons plus vieux. Nous nous soignons davantage, souvent mieux, toujours plus cher. Quel lien faire entre vieillissement de la population et croissance des dépenses de santé ? L'évidence d'une causalité majeure s'est trop vite imposée dans les esprits. L'Institut Montparnasse s'est naturellement tourné vers la Chaire santé que dirige Brigitte Dormont à l'université Dauphine. De précédentes publications avaient ouvert la voie d'une rigueur d'analyse proposant des conclusions à contre-courant de cette opinion établie. Cette étude prolonge les premiers travaux, les actualise, les infléchit pour partie. Parce que les déterminants des dépenses de santé sont nombreux, parce que l'économie de la santé est complexe, parce que la dynamique solidaire pâtit d'abruptes stigmatisations, parce que le débat citoyen nécessite des éclairages rigoureux, cette étude est opportune, utile et, plus encore, nécessaire.

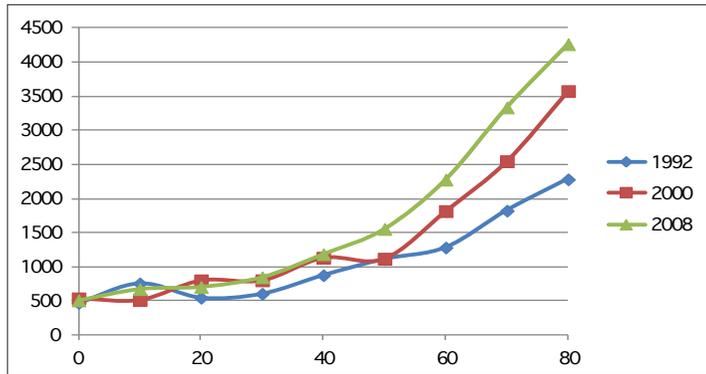
Si les résultats, pour la période la plus récente (2000-2008), accentuent la part du vieillissement dans la croissance des dépenses de santé, ils en confirment cependant le caractère second. Cela nous ramène à l'évidence première, ce n'est pas l'âge qui fait le coût, mais la pathologie, sa gravité, sa chronicité ainsi que l'évolution des traitements et prises en charge. Le

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a clairement dit que s'agissant du vieillissement « il faut évacuer de nos représentations l'image d'une déferlante du grand âge qui serait sur le point de submerger, sans qu'on n'y puisse rien, le système de couverture solidaire ». De fait, compte tenu des effectifs concernés dans la population, les dépenses du jeune âge (moins de 10 ans) sont équivalentes à celles du grand âge (85 ans et plus) et celles des moins de 60 ans supérieures à celles des plus de 60 ans. Il est tout aussi vrai, que la dépense moyenne d'assurance maladie triple de 50 à 80 ans. Comme le précise le HCAAM : « l'âge n'a aucune vertu explicative par lui-même ; en revanche il s'accompagne d'une augmentation moyenne du nombre, de la fréquence et de la gravité des maladies ».

Les auteures exposent d'emblée les résultats conclusifs : « Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Certes, chaque individu voit ses dépenses de santé augmenter lorsqu'il vieillit. Mais les changements les plus importants sont dus au fait que les dépenses individuelles de santé augmentent dans le temps, à âge et à maladie donnés. En 2009, par exemple, un homme de 50 ans affecté d'un diabète dépense beaucoup plus pour sa santé que le même quinquagénaire diabétique ne dépensait en 2000. Ce mouvement est sans rapport avec le vieillissement de la population. Il résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, qui induisent des changements dans les pratiques médicales ».

**Premier élément** : l'évolution dans le temps de la dépense de santé par âge.

**Dépense de santé annuelle par tranche d'âge en 1992, 2000 et 2008 (€ 2000)**  
**Total : Consultations + Médicaments + Hôpital**



Source : Calcul à partir des données ESPS appariées 1992, 2000 et 2008

**Deuxième élément** : les déterminants de la croissance des dépenses de santé.

	Variation 1992-2000	Variation 2000-2008
(%)	35.1	23.6
<b>Dont changements démographiques</b>	<b>+ 5.9</b>	<b>+ 10.6</b>
évolution de la structure par âge	2.7	4.8
évolution de la taille de la population	3.2	5.8
<b>Dont changements dus à l'évolution de la morbidité</b>	<b>- 6.6</b>	<b>+ 3.1</b>
<b>Dont changements de pratiques à morbidité donnée :</b>	<b>+ 35.8</b>	<b>+ 9.9</b>

Selon les auteures « les résultats sont substantiellement modifiés sur la période 2000-2008. Le vieillissement de la population a maintenant un impact plus important à cause de l'arrivée aux âges élevés des cohortes du baby-boom : l'impact est de 4.8 points. Le vieillissement demeure toutefois une cause mineure de croissance des dépenses de santé, représentant, 4.8 points sur 23.6 points d'augmentation, soit seulement un cinquième de la croissance. Un autre changement notable concerne l'impact des changements de morbidité, maintenant positif (+ 3.1 points). Contrairement à ce que l'on observait sur la période 1992-2000, l'évolution de la morbidité à âge donné contribue à l'accroissement des dépenses de santé sur la période 2000-2008. Dans ce contexte dégradé, la croissance des dépenses de santé n'explode pas grâce à une forte réduction de la croissance due aux changements de pratiques (+ 9.9 points, au lieu de + 35.8 dans la période précédente) ». Et de conclure : « Nous avons souligné en introduction que les changements de pratiques recouvrent deux phénomènes qui ne sont pas exogènes, mais dépendent des décisions collectives concernant le système de soin : l'adoption des innovations médicales dans l'offre de soins d'une part, le degré d'efficacité du système, d'autre part. Les autres facteurs d'augmentation des dépenses, le vieillissement de la population, la croissance démographique et la détérioration de l'état de santé à âge donné sont largement exogènes, du moins à moyen terme. C'est donc du côté des changements de pratiques que se situent les marges de manœuvre en matière de croissance des dépenses de santé ».

Dans la croissance des dépenses de santé le vieillissement a donc un impact d'environ 20 % sur la période récente. Les changements de pratiques soignantes ont un impact double. Innovations médicales, thérapeutiques coûteuses, généralisation de prises en charge diagnostiques ou opératoires peu répandues

dans un passé récent, accroissent les dépenses de santé. Leur efficacité doit donc être appréciée. Les déficiences en termes d'organisation des soins, de leur répartition dans le territoire, de coordination des acteurs, d'articulation des prises en charge, sont très coûteuses, tant en terme de qualité pour les patients que d'efficacité des dépenses de santé. De même que les insuffisances en matière d'éducation à la santé et de médecine de prévention. Plutôt que de peser les dépenses de santé de telle catégorie d'âge ou de condition sociale c'est l'organisation du système de soins et des acteurs de santé qu'il faut soumettre à l'exigence de qualité et de rationalité des dépenses.

Étude à consulter en version électronique sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.



---

# Les médecins face aux réformes des systèmes de soins une mise en perspective comparative **France-Allemagne-Suède**

*Etude réalisée par **Patrick Hassenteufel**  
(Université Versailles Saint-Quentin)  
et **Alban Davesne** (CEE-Sciences Po Paris).*

Face aux réformes des systèmes de soins, Hippocrate serait-il partenaire ou réfractaire ? En France serait-il secteur 1 ou secteur 2 ? Lui auquel tous les médecins se réfèrent par serment, serait-il réticent à la coordination des soins, à la régulation des tarifs, au tiers payant généralisé, à l'équilibre des installations médicales sur le territoire, au conventionnement d'intérêt public avec l'assurance maladie ?

L'Institut Montparnasse a souhaité élargir au-delà de la France le regard sur « Les médecins face aux réformes des systèmes de soins ». Pour entrecroiser les cultures nationales et professionnelles, pour comparer les politiques publiques. Patrick Hassenteufel et Alban Davesne nous proposent une analyse juxtaposée de la place des médecins en France, Allemagne et Suède.

L'histoire sociopolitique et socioprofessionnelle éclaire les différences d'organisation et de positionnement du corps médical dans ces trois pays. Trois systèmes sont campés, celui de notre pays étant plutôt l'anti-système des deux autres. Plus incertaine

est la trajectoire récente qui dessine des inflexions altérant les organisations en place, libérant les alternatives opportunistes. L'Etat balance entre concentration et territorialisation, les caisses individualisent le lien contractuel avec le médecin, la tentation du privé libéral gagne du terrain. Les médecins pèsent de leur représentation collective, les patients ne sont pas forcément au cœur des compromis institutionnels.

Les auteurs retiennent trois angles d'analyse qui passent au révélateur les évolutions en cours : la maîtrise des dépenses, la coordination des soins, l'accès aux soins. Trois enjeux de santé publique et d'égalité sanitaire. L'Allemagne et la Suède y répondent mieux, pour avoir une relation institutionnelle avec les représentations des médecins. En France la relation est de nature conflictuelle (même si souvent les jeux de rôle sont plutôt convenus), la négociation ne s'entend que comme un rapport de force entre parties qui ne porte jamais le compromis au niveau des enjeux. Le plein engagement professionnel du médecin n'est pas ici en cause, pas plus que sa relation au patient. Mais le caractère, l'expression, la position institutionnelle des représentations collectives des médecins nous dit quelque chose de l'identité et de la revendication dans lesquelles le praticien se reconnaît. En France un triple refus est le socle de l'identité « libérale » du médecin : refus de l'intégration professionnelle à l'Etat, refus de l'intégration fonctionnelle à l'Assurance Maladie, refus de l'intégration autoritaire dans une organisation des soins. Encore faut-il dire immédiatement que l'exercice médical exclusivement libéral est minoritaire, que 43 % des médecins sont salariés et sont tout autant porteurs de la déontologie médicale. En outre faut-il indiquer que des évolutions sont à l'œuvre dans les nouvelles générations de médecins qui recherchent des conditions d'exercice différentes. Parions

que ces évolutions sont plus avancées que la représentation syndicale collective ne l'exprime. L'heure, nous semble-t-il est plus à l'entrée en réforme qu'à l'entrée en résistance.

Les auteurs priorisent trois enjeux. « Le premier enjeu retenu, inscrit depuis la fin des années 1970 sur l'agenda politique, est celui de la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte structurel de raréfaction des ressources financières de la protection maladie et d'augmentation continue des dépenses. Le deuxième enjeu est celui de la coordination des soins, qui renvoie aux types de relations entre les différents acteurs et structures de soins (rapports généralistes/spécialistes, rapports ville/hôpital, rapports entre les médecins et les autres professionnels de santé réseaux de soins, exercice en groupe, suivi des patients...) et au mode d'exercice médical (en particulier, la question du statut - libéral/salarié - et de la rémunération - place du paiement à l'acte). Le troisième enjeu est celui de l'accès aux soins qui est aujourd'hui en France centré sur deux aspects : celui des inégalités de répartition territoriale des médecins et celui de la limitation des dépassements d'honoraires ».

« La situation et les enjeux en France sont mis en perspective avec celle de deux autres pays. Tout d'abord l'Allemagne. La France et l'Allemagne partagent les mêmes caractéristiques de base des systèmes de santé d'origine bismarckienne. On peut y ajouter un niveau de dépenses de santé comparable (11,6 % du PIB dans les deux pays en 2010).

Toutefois l'Allemagne se distingue de la France par une plus grande diversité et décentralisation des caisses d'assurance maladie (134 caisses légales différentes au 1<sup>er</sup> janvier 2013, le tiers payant généralisé (le patient ne débourse rien) alors qu'en

France prédomine le remboursement a posteriori, l'existence d'un plafond de revenu (4000 euros brut en 2008) au-delà duquel l'obligation de cotisation n'a pas cours, l'absence de secteur 2 en Allemagne (les honoraires sont seulement libres dans le secteur privé), un rôle plus important de la négociation collective entre les caisses et les représentants des médecins et avec les hôpitaux, un système fédéral qui donne un rôle important aux länder (en particulier dans le domaine hospitalier). Ainsi la place des médecins est différente puisqu'ils sont plus fortement intégrés à la régulation du système de soins du fait de leur forte institutionnalisation (rôle des unions de médecins de l'assurance maladie en particulier). La seconde comparaison est opérée avec la Suède qui présente des différences bien plus fortes : dans le système national de santé suédois, les soins ambulatoires et hospitaliers sont fournis gratuitement par les collectivités locales dont les professionnels de santé sont salariés. Une caisse d'assurance sociale (Försäkringskassan) prend en charge les indemnités journalières et les prestations de longue maladie, mais le financement des soins relève principalement des impôts locaux. Le secteur privé est, malgré les tentatives d'en développer l'importance, encore relativement marginal dans l'ensemble du pays et pour les soins les plus courants. Mais pour certaines spécialités et dans les grandes villes (principalement à Stockholm), l'offre privée est devenue une partie importante du dispositif de santé local. En paraphrasant la célèbre formule de Jacques Delors au sujet de l'Union européenne, on pourrait qualifier le système de santé suédois de "fédération d'Etats sanitaires". En effet, les 21 autorités locales (18 comtés, les régions de Malmö et Göteborg et la commune autonome de Gotland) sont responsables devant la loi de la fourniture des soins de santé aux personnes résidant sur leur territoire ».

Les auteurs tirent pour conclusion « l'importance du poids de l'histoire dans le positionnement des médecins face aux réformes des systèmes de santé. Celui-ci est particulièrement net dans le cas de la France du fait de la persistance de la défense des principes de la charte de la médecine libérale de 1927 par une bonne partie des organisations de médecins, ce qui tend structurellement les interactions avec les caisses et l'État. Ce constat n'est pas propre à la France puisqu'en Allemagne et en Suède des changements, qui se heurtent à de fortes oppositions en France (maîtrise des dépenses, coordination des soins, accès aux soins) ont pu être mise en place du fait d'une plus forte intégration institutionnelle des médecins (par les unions dans le cadre de la médecine de caisse en Allemagne, par le salariat dans le cadre de l'État providence en Suède). Les réformes menées depuis vingt ans ont renforcé la capacité d'action des régulateurs (État et assurance maladie) à la fois en termes d'instruments disponibles et de rapport de pouvoir (par exemple les rééquilibrages des rapports de pouvoir entre caisses et unions de médecins dans le cadre de la mise en concurrence en Allemagne). La poursuite, et surtout le renforcement, des politiques de coordination et d'accès aux soins peuvent aussi passer par l'appui sur trois catégories d'acteurs comme le montrent les exemples allemands et suédois. Il s'agit tout d'abord de certains segments de la profession médicale (notamment les généralistes) plus favorables à ces évolutions. Les professions para médicales sont un second levier sur lequel des stratégies de réforme peuvent s'appuyer comme le montre le cas suédois, où un moindre ratio médecins/non médecins parmi le personnel soignant favorise la coordination des soins et un niveau moins élevé de dépenses. Enfin, les organisations de patients représentant un troisième levier. L'approfondissement de la démocratie sanitaire est aujourd'hui au cœur des stratégies de réforme

dont l'un des enjeux centraux est bien la transformation des conditions de l'exercice médical ».

Les inégalités d'accès aux soins, comme les inégalités dans le parcours de soins, s'accroissent. Là est l'enjeu central, déontologique pour les médecins, républicain pour notre société. La formidable mobilisation médicale, humaine et technologique, n'est pas suffisamment efficace, ni dans son organisation, ni dans ses coûts. Le patient doit être le fédérateur et à travers lui la personne humaine en sa souffrance, en son vécu social, parfois en sa détresse. La pérennité d'une Assurance maladie universelle et solidaire doit réaliser la conjonction d'intérêts particuliers dans l'intérêt général.

Étude à consulter en version électronique sur le site **[www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)**  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.

---

## La métamorphose silencieuse des assurances maladie

Sous ce titre **Didier Tabuteau** a publié un important article dans la revue *Droit Social* de janvier 2010. Les évolutions subreptices autant que paradoxales des rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire (« un repli à la dérobée ») et des organismes de protection complémentaire (« une expansion nolens volens ») sont précisément analysées comme « un rapprochement et une interpénétration de l'assurance maladie obligatoire et de la protection complémentaire ». L'auteur estime le système de santé « en proie à une mutation sourde dont le principe d'action paraît être la confusion des secteurs ». Un éclairage décapant.

Didier Tabuteau est Conseiller d'Etat, responsable de la Chaire santé de Sciences-Po et co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes. Il accompagne les réflexions de l'Institut Montparnasse. Son expertise a nourri nos échanges sur les politiques publiques d'assurance maladie et de protection sociale.

Il a établi une étude de référence « **Topologie des politiques sociales** » *publiée dans la revue Droit Social - Dalloz éditeur*. Référence indispensable d'autant que la stratification des législations sociales, l'extension désordonnée du champ social, le scrupule excessif de réglementation, ont rendu le dispositif des politiques sociales opaque, si ce n'est hostile, à la compréhension de l'assuré social citoyen. Donc à son adhésion. Les politiques d'Etat se sont décentralisées, diversifiées dans leur financement. Les prestations universalistes sont soumises à contestation idéologique, à différenciation et conditionnalité. Les acteurs publics sont doublés d'opérateurs

privés qui, par délégation ou par concurrence, réduisent le périmètre du service public stricto sensu. Les fondements, perdus de vue, ne font plus digue aux confusions solidarité/assistance/assurance. Etat et Sécurité sociale subissent des procès en illégitimité, inefficacité, laxisme, gaspillage.

Il est indispensable de rétablir le sens et la cohérence de la solidarité nationale. Il est nécessaire de clarifier les responsabilités, les légitimités, les finalités. Et de remettre l'ensemble en perspective de la justice sociale. La publication de Didier Tabuteau s'articule ainsi :

- **Hybridation des politiques sociales** L'État a progressivement pris le *leadership* de la politique d'assurance-maladie, dévolue à l'origine aux partenaires sociaux dans le cadre de la démocratie sociale...
- **Le patchwork des politiques sociales** : celles déployées directement par les acteurs publics avec l'État, les communes et les départements, puis les portées par les régimes de base de Sécurité sociale, mais encore le champ de la protection sociale complémentaire et enfin d'autres acteurs, philanthropiques.
- **Les tendances centrifuges de l'État-providence.** La mosaïque des prestations, des services, des acteurs et des modes de financement rend, à juste titre, les contours de l'État-providence aussi flous qu'énigmatiques ».

« Le mouvement général de différenciation des prestations sociales qu'incarnent les démarches d'activation des dépenses sociales, l'essor de la contractualisation comme l'émergence de prestations sociales individualisées ne peuvent manquer, de renforcer le sentiment d'une protection sociale « sur mesure », fluctuante, pour ne pas dire inégalitaire. Plus

fondamentalement, la technicisation des politiques sociales, leur spécialisation et leur individualisation rapprochent leurs interventions de la démarche assurancielle. »

Didier Tabuteau définit ensuite « Les trois principes canoniques de la protection sociale ». Le principe de redistributivité : la solidarité partagée. Le principe de proportionnalité : la solidarité économique. Le principe d'universalité : la solidarité citoyenne. Il propose le réexamen de la gouvernance des politiques sociales et la restructuration des politiques sociales ; aux trois « principes canoniques » correspondraient trois pôles :

- « le premier serait constitué des dispositifs reposant sur le principe du redistributivité. Il permettrait de réunir, et sans doute d'intégrer, les politiques déployées en matière de lutte contre l'exclusion, de logement, de handicap, et de perte d'autonomie des personnes âgées et la politique familiale.
- le deuxième aurait vocation à rapprocher les politiques fondées sur le principe de proportionnalité. Cette protection sociale conventionnelle pourrait ainsi organiser les régimes de retraite, d'invalidité, de prévoyance complémentaire, d'indemnisation du chômage, des accidents du travail et des maladies professionnelles et de versement des indemnités journalières.
- le troisième consacré aux solidarités citoyennes fondées sur le principe d'universalité conduirait à développer une approche résolument universaliste en matière de santé et d'éducation. Sur ce pôle, l'État serait investi d'une compétence prééminente. »

Étude à consulter en version électronique sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.



---

# Mondialisation des soins et tourisme médical

Étude réalisée par **Aïssa Khelifa**.

**Soins sans frontières.** L'Institut Montparnasse veut inscrire la santé et la Sécurité sociale dans la modernité du XXI<sup>e</sup> siècle commençant. La modernité c'est celle de la fertilisation croisée au plan mondial de la recherche et du progrès thérapeutique, celle aussi de la mobilité internationale croissante des personnes, patients et professionnels. Nous avons demandé à Aïssa Khelifa de faire le point sur « la mondialisation des soins ». L'étude qu'il nous livre n'est, dit-il, « ni plaidoyer, ni rejet » mais « le constat d'un monde qui bouge ». Une mondialisation des soins dans laquelle « la France dispose de nombreux atouts », « un positionnement concurrentiel » tant en matière de coûts hospitaliers que de qualité générale. L'accessibilité de l'hôpital comme le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie ne motivent pas en France l'expatriation sanitaire. Les soins peu remboursés (dentaire notamment) et les dépassements d'honoraires (chirurgie) peuvent pourtant y inciter. Car, accédant désormais à la mondialisation des informations électroniques (vigilance cependant !), l'individu est tenté de s'affranchir des systèmes nationaux pour revendiquer un « libre choix » mondialisé. Un marché se structure pour l'y inviter. Mais la santé ne supporte pas le « tourisme ». La santé est-elle service ou marchandise ?

L'auteur de l'étude y répond : notre conformation franco-française « nous empêche de percevoir un réel mouvement

de fond, transformant de manière radicale l'approche historique d'un patient en asymétrie d'information. La mue du patient en un consommateur de soins est le moteur du tourisme médical, qui génère un marché un marché de plusieurs milliards de dollars, sur lequel notre pays ne s'est jamais véritablement positionné de manière stratégique ».

1. « Si le marché du tourisme médical s'appuie sur un consommateur de soins plus « proactif » que le patient « historique », c'est que celui-ci s'inscrit dans un mouvement de mondialisation de la santé et des soins. Les industries du médicament et du dispositif médical n'ont pas attendu les migrations de patients pour développer leur offre à l'échelle mondiale. Internet a facilité le développement du tourisme médical en permettant aux offreurs de présenter leur offre, aux demandeurs d'échanger leur opinion au sein de sites communautaires, aux intermédiaires d'organiser la prise en charge. Internet joue ainsi pleinement son rôle de vaste place de marché entre acheteurs, vendeurs et courtiers en tourisme médical. Un élément sans doute déterminant dans le futur du tourisme médical est l'évolution des technologies et le mélange des Technologies de l'Information et de la Communication et de la robotique. Les motivations liées au tourisme médical : l'impossibilité d'accéder aux soins dans son propre pays, la possibilité d'accéder à des protocoles de recherche (dans le cas de traitement non approuvés), un doute sur la qualité des soins dans son propre pays, les délais d'attente pour accéder aux soins dans son propre pays, Une présence familiale dans le pays des soins, le coût des soins dans son propre pays... Si les analyses divergent sur la masse totale du marché, en revanche elles sont convergentes sur sa croissance. Le marché connaît une croissance tendancielle à 2 chiffres. En Europe, le tourisme médical recensé dans les comptes de la

santé par la République Tchèque ou la Pologne connaît un taux croissance annuel moyen sur la période 2004 – 2009 de respectivement 27,8 et 41,9%. Concernant les Etats-Unis, les touristes médicaux vers ce pays augmentent annuellement de près de 7 %, alors que le marché des Américains partant se faire soigner à l'étranger augmente chaque année de près de 14 %. Concernant les Etats-Unis, les touristes médicaux vers ce pays augmentent annuellement de près de 7 %, alors que le marché des Américains partant se faire soigner à l'étranger augmente chaque année de près de 14 %. on peut considérer que le marché du tourisme médical représente aujourd'hui entre 20 et 50 Mds €, ce qui demeure modeste en comparaison des 850 Mds € que représente le marché pharmaceutique mondial. En revanche, il possède un potentiel de croissance plus élevé que la totalité des autres marchés de biens et services médicaux. Certains états ont fait, depuis de longues années, du tourisme médical une stratégie de développement fondée sur une industrialisation de l'offre.

Le renversement du marché est maintenant largement entamé. Historiquement fondé sur un marché de consommateurs individuels payant eux-mêmes leurs soins, il est en train de devenir petit à petit un marché d'assureurs. Mais les assureurs ne sont pas les seuls acteurs collectifs de ce marché. Quelques entreprises multinationales achètent sur le marché des prestations d'hospitalisation soit en direct, soit au travers d'assureurs santé.

La situation des patients français est radicalement différente de celle de la plupart des touristes médicaux. L'offre de soins en France est très complète et l'hospitalisation est prise en charge avec un co-paiement faible. Ainsi, il apparaît peu probable, dans

un avenir proche, de voir des patients français suivre l'exemple des patients américains et partir se faire soigner pour des pathologies lourdes à l'étranger. Restent donc deux secteurs principaux : les soins dentaires et les soins non remboursés. Dans le domaine des soins médicaux non remboursés, trois axes semblent se détacher : la chirurgie esthétique, avec une offre inférieure d'environ 30 % (voyage compris) au coût français, la chirurgie ophtalmologique, notamment les traitements par laser, le traitement de l'infertilité, notamment aux confins de la loi Française sur la Gestation pour Autrui.

La principale faiblesse de notre pays au regard du tourisme réside dans son absence d'orientation stratégique. Les pays qui ont réussi à développer, dans les dernières années, une offre en matière de tourisme médical l'ont d'abord pensée en termes stratégiques, ce qui n'est de toute évidence pas notre cas. Un axe d'orientation stratégique : il faut évaluer sérieusement le bénéfice que pourrait tirer la France d'une telle offre. Compte tenu de l'existant, du positionnement prix, des contacts internationaux, des recettes de l'ordre d' 1 Md €, soit 1,15 % de la dépense actuelle, ne semblent pas un objectif inatteignable. Ceci correspond environ à 10 à 15 000 emplois supplémentaires dans le secteur hospitalier, dont on sait qu'il a un fort effet d'entraînement sur l'activité général. Le secteur mutualiste qui dispose non seulement d'une offre de soins hospitaliers de qualité mais également de relais mutualistes dans une partie des pays européens, pourrait jouer un rôle particulièrement important dans la prise en charge des soins transfrontaliers dans le cadre de la Directive Européenne. »

Étude à consulter en version électronique sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.

---

# Assurance, Prévention, Prédiction ... dans l'univers du Big Data

Étude réalisée par **François Ewald**

La formidable évolution des données de santé, de la connaissance exhaustive du profil génétique de chacun conduira-t-elle à une maîtrise préventive et curative du risque maladie ou renforcera-t-elle les pratiques d'assurance sélective au détriment de la mutualisation solidaire ? Tel est le thème d'étude proposé par l'Institut Montparnasse à François Ewald.

Les systèmes assuranciers ont fait de l'aléa commun un vecteur du risque partagé, de la prévoyance mutualisée. Parce que « les hommes ont besoin d'une vision de l'avenir », l'assurance, pour l'essentiel socialisée, a permis de regarder l'horizon individuel avec confiance. L'aléa commun est support de l'assurance collective. Nos risques partagés, tout autant que nos caractéristiques communes, nous solidarisent. Qu'en sera-t-il de la société des meta-données, des mega-données sur tout et chacun ? Les technologies d'investigation et de traitement de données numériques modifient le rapport de savoir et le rapport de pouvoir. Passées à l'IRN « imagerie par résonance numérique » les singularités des individus et groupes sociaux seront-elles productrices de société ou bien d'atomisation ? La connaissance singulière, une fois encore, renvoie à l'universel. La capacité de connaissance singulière et différentielle au sein du traitement de volumes importants de données renvoie à l'inscription individuelle dans un fonds commun humain, social, citoyen. C'est une question d'assurance, plus encore de démocratie.

François Ewald prévient : « Ceci est un exercice de prospective de l'assurance. L'irruption des tests génétiques a modifié les conditions d'assurabilité. Plus récemment, elle a été confrontée aux réticences de la Cnil quant à l'autorisation de contrats automobiles basés sur l'observation du comportement du conducteur (« *pay as you drive* »). Les débats considérables, qui ont conduit un peu partout en Europe à des législations extrêmement contraignantes, qui modifient profondément la pratique de l'assurance, la théorie du risque, la perception de l'assurance par le public, n'étaient pas liés, notons-le, à l'apparition de nouveaux risques, mais à une modification dans les conditions de leur connaissance, à une rupture, une sorte de surprise épistémologique. Les assureurs se sont vus entraînés dans des débats mettant en œuvre des argumentations nouvelles, de nature éthique, auxquels ils n'étaient guère préparés. Nous sommes en effet peut-être contemporains d'une grande révolution, d'un grand bouleversement dans l'ordre du savoir, lié à ce que le savoir, le savoir sur la nature comme le savoir les hommes et leurs comportements sont désormais observés, analysés, expliqués, anticipés à travers des appareils de connaissance et des techniques d'interprétation qui relèvent d'un nouvel univers, l'univers quelque peu obscur et confus des « data ».

Tout change en raison de la nature des connaissances désormais disponibles, même si elles n'identifient que des facteurs de risques. Chacun devient comme « responsable » de sa santé. Le « patient » devenu « agent » a de nouvelles obligations. La maladie n'est plus le sort de l'humanité, son lot le plus commun. Au contraire notre constitution d'êtres humains génétiquement constitués ne nous donne pas les mêmes chances. Et nous pouvons savoir qui sont les chanceux et les malchanceux, les bien et les mal lotis. Dans le monde des

données potentiellement disponibles, les risques ne sont plus principes d'homogénéisation, donnant lieu à des politiques publiques collectives et universelles dans leurs prétentions, ils deviennent, au contraire, principes de différenciation.

On entre dans l'univers des « données » par la numérisation des données. Ce moment de la connaissance est indissociablement celui d'un ensemble des techniques de production, de traitement, de conservation et de transmission des « données », dont la prétention n'est pas seulement de venir compléter les précédents, mais de les reprendre en son sein, de les intégrer pour leur donner une nouvelle puissance, - la puissance de la numérisation. Le monde des données est un monde essentiellement ouvert, où tout doit communiquer avec tout, sans réticence et distinction, en principe que la connaissance dépend d'abord de l'abondance des données, de la capacité de les mettre en relation. Il ne s'agit pas seulement de dispositifs techniques qui permettent la communication comme internet, mais de l'idée qu'il faut faire sauter des barrières, des clivages, des restrictions caractéristiques de l'ancien monde. On peut penser que cette nouvelle configuration du savoir est en puissance de transformer l'organisation de la recherche et du travail scientifique. J'ai pointé le rôle grandissant des acteurs privés, non pas seulement dans le financement, la finalisation et l'appropriation des recherches, mais surtout dans les maîtrise des technologies. Cela peut paraître une grande rupture eu égard à une histoire qui, depuis les temps modernes, avait vu la montée des Etats dans la production, la conservation et la transmission du savoir. Tout cela est déjà bouleversé par le monde des données qui est d'abord ouvert et mondialisé, qui est aussi un monde où les principaux acteurs de services informatiques sont privés. Déjà les Etats leur sous-traitent la production de services qui semblaient être réservées aux

fonctions régaliennes de l'Etat. Ces entreprises en sauront bientôt bien plus sur les citoyens que tout ce qu'un Etat a pu rêver de savoir. Autre aspect, essentiel, de cette nouvelle économie de la connaissance : les droits de propriété les droits de protection des personnes quant aux respects de leur vie privée. Le monde des données annonce un nouvelle forme de gouvernement, une nouvelle manière de lier le tout et ses parties, de répondre à la question du collectif et du tout un chacun qui ne s'inscrit aucun des modèles qu'a connus l'Occident. Le pouvoir-savoir numérique fait l'objet de très nombreuses régulations, à tous les niveaux : international, européen, national. Les unes concernent l'économie des données, les autres concernent les aspects juridiques et éthiques. L'irruption du monde des données (sans doute comme toute connaissance vraiment nouvelle) déstabilise le jeu des valeurs existantes et engendre de nouveaux conflits. Leur traitement relève de débats éthiques par ce qu'il ne relève pas de valorisations binaires (permis versus défendu), mais invitent à la recherche de bonnes pratiques dans un univers contradictoire. Dans ces débats, on ne gagne rien à stigmatiser certains acteurs contre d'autres (le public contre le privé, l'opérateur NTIC contre l'individu). Se dessine ainsi une nouvelle géographie du pouvoir qui épouse la notion de réseau, centré si l'on peut dire sur chaque point du réseau, sans qu'il soit besoin d'un centre. Les données peuvent être constituées par agrégation, elles sont redistribuées en chaque point du réseau sous forme de services, de toutes natures. Le numérique n'isole pas, il rapproche en fonction des singularités de chacun. Et ceci dans un espace dont le territoire se confond avec le réseau numérique lui-même. Le plus étrange enfin est que, dans cette économie de savoir-pouvoir, chaque point n'existe que par son activité, ses initiatives. Le numérique n'engendre pas la passivité, la mise sous tutelle, l'assujettissement, il produit ses propres formes de subjectivation, d'appropriation.

Notre réflexion avait pour point de départ le thème d'une médecine « prédictive », médecine de dépistage de plus en plus précoce, médecine de prévention, médecine axée sur la gestion de la santé et non plus sur le traitement des maladies. Une médecine qui cherche à répondre aux besoins de santé des individus, dans ce qui les singularise. La médecine des maladies est une médecine qui rassemble, qui demande une prise en charge collective. Au contraire la médecine « prédictive », axée sur la santé, est une médecine de la différence, des singularités. On peut se demander aussi si l'entrée dans le monde des données ne va pas modifier la relation de l'assureur et de l'assuré. Il s'agit d'une relation traditionnellement très asymétrique, où l'assureur, au nom de la protection de la mutualité, demande la liberté de souscription. L'accessibilité des données sur les risques peut conduire les assurés à s'intéresser à la manière dont leurs risques sont traités et évalués. »

Étude à consulter en version électronique sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.



---

# Financement de la protection sociale Équilibre financier Fiscalisation

*Étude réalisée en partenariat avec la Chaire Transitions Démographiques Transitions Economiques (Institut Louis Bachelier/Fondation du risque) dont le titulaire est Jean-Hervé Lorenzi et la déléguée générale Hélène Xuan.*

*Chercheurs : **Xavier Chojnicki, Jérôme Glachant et Lionel Ragot.***

Le thème est récurrent, mais grandement éludé dans les programmes électoraux, toujours absent du débat citoyen. Pourtant l'équilibre financier de la sécurité sociale, rarement réalisé, est en rupture du fait de la croissance ralentie, du chômage croissant, de l'évolution des modes de production et des échanges économiques mondiaux. La création de la CSG fut, il y a 25 ans une réponse nouvelle au contexte nouveau. Depuis, les mesures structurelles, absentes côté financement, sont reportées sur la régulation des dépenses et des droits à prestations.

Menée pendant deux ans, l'étude pour un financement durable de la protection sociale est conclue à un moment crucial. La chaire Transitions Démographiques - Transitions Economiques met à la disposition du débat public, un modèle macroéconomique sur lequel elle appuie les horizons à moyen et long terme d'une remise à l'équilibre des comptes selon les projections économiques institutionnelles. L'exercice réalisé en

de nombreux lieux est ici complété et qualifié par l'illustration des répercussions sur des catégories générationnelles et des segments d'emploi. Les éléments d'une politique assumée sont réunis : quantification du besoin de financement, impact sur la croissance et la compétitivité, populations et type d'emplois favorisés ou désavantagés.

Cette recherche démontre que compte tenu de l'environnement économique actuel (conjoncture, finances publiques, démographie, emploi) et des projections de déséquilibre budgétaire croissant, le financement de la protection sociale ne peut rester en l'état. Si, selon ses auteurs, « le vieillissement est un test de résistance de l'Etat Providence », la capacité politique et sociale à diversifier et accroître les ressources nécessaires l'est tout autant. Le problème économique principal est de sauvegarder les marges de manœuvres de la croissance économique sans en asphyxier les ressorts, (investissement et consommation). La cohésion sociale, exigence renforcée par la crise, appelle un financement durable des systèmes de solidarité. L'enjeu est bien de redéfinir le champ de l'intervention publique et les choix budgétaires pour une dynamique économique et sociale. Acteurs sociaux, responsables institutionnels et politiques trouveront déjà dans cette étude un éclairage des urgentes analyses, prises de position et décisions quant au financement durable de la Sécurité sociale.

Les auteurs fixent l'enjeu : « La France, comme de nombreux pays industrialisés, est engagée dans un processus de vieillissement de sa population. En raison du caractère ascendant de son système de protection sociale (transferts intergénérationnels des jeunes vers les vieux), ce processus de vieillissement va peser lourdement sur les finances publiques de la France à l'horizon

2050. Dans notre travail, la question intergénérationnelle est cruciale. Financer la protection sociale est bien sûr un problème qui concerne la neutralité du prélèvement, mais il s'agit surtout d'une question relative à la pérennité de notre pacte intergénérationnel ».

« Les modifications intervenues dans la structuration des sources de financement de la protection sociale ont accompagné l'augmentation sensible des dépenses et proviennent d'une politique relativement pérenne d'allègement des coûts du travail et de fiscalisation de prestations de plus en plus universelles. Sauf à considérer que la masse salariale soit la meilleure des assiettes possibles, il est logique que des prestations universelles soient financées par l'impôt, que ce dernier repose sur la consommation ou sur le revenu. Les taxes et impôts affectés ont vu leur part augmenter sensiblement, passant de 2,3 % en 1981 à 21,9 % en 2009. Cette montée en charge des impôts et taxes affectés est le résultat de la mise en place de la CSG au début des années 1990, qui a vu sa part progresser de 4,1 % en 1995 à 13,3 % en 2009. En 2011, la fiscalisation de la protection sociale s'effectue à hauteur de 34,7 % du total des ressources. La fiscalisation progressive éloigne notre système de sa logique bismarckienne (contributive) pour nous rapprocher davantage d'une logique beveridgienne avec des prestations conçues comme plus universelles. Dans cette logique, il est raisonnable de concevoir la pension de retraite comme un salaire différé, et d'assoir son financement sur les salaires, tout en veillant à la transparence et à l'équité du système. A l'inverse, pour la couverture maladie ou la branche « famille », la question du financement est indépendante de la nature de la prestation. Le Haut Conseil au Financement de la Protection Sociale établit que l'assiette des revenus du travail compte pour 77,3 %, les revenus du capital pour 2,0 % et la consommation pour 4,8 %.

Du point de vue de notre approche macroéconomique, l'enjeu est bien d'élargir l'assiette en prélevant les revenus du capital (par la CSG) et la dépense de consommation (par la TVA).

A législation inchangée tant du côté recettes que dépenses de la protection sociale, et en acceptant un scénario macroéconomique médian, notre modèle en économie ouverte a chiffré à près de 3,5 % du PIB le besoin de financement cumulé des branches santé et retraite à l'horizon 2050. Ce scénario relativement optimiste du point de vue macroéconomique se traduit par des excédents relativement importants dans les autres branches, ce qui explique que le besoin de financement de la protection sociale dans son ensemble n'est estimé qu'à 1,8 % du PIB au même horizon. La dépense totale est contenue à 32 % du PIB, néanmoins ce seul besoin de financement de la protection sociale devrait entraîner une augmentation conséquente de la dette publique en pourcentage du PIB, avec un ratio de 126 % à l'horizon 2050. Même dans le cadre de ce scénario macroéconomique relativement favorable, il ne sera pas possible de laisser filer ainsi la dette publique. La question qui se pose alors est celle de savoir quels seront les avantages et inconvénients (économiques) des différentes options de financement qui peuvent être envisagées par les pouvoirs publics.

Si l'on compare les effets, en termes de taux de croissance du PIB par tête et de chômage, de ces trois politiques (hausse des cotisations ou de la CSG ou de la TVA), qui parviennent toutes au même objectif d'équilibre financier des deux branches déficitaires, on peut dire que la plus efficace est l'instauration d'une TVA sociale et la moins efficace la hausse de la CSG, et cela en intégrant leurs effets respectifs sur la compétitivité de l'économie française. Du point de vue de la compétitivité, ces

trois politiques ont en commun de dégrader modérément la balance commerciale (vis-à-vis de la Zone Euro), y compris l'instauration d'une TVA sociale. Pourtant dans tous les cas, les termes de l'échange (vis-à-vis de la Zone Euro) sont dégradés, ce qui signifie que la compétitivité prix s'améliore. Malgré des exportations en hausse, la dégradation de la balance commerciale s'explique par une augmentation encore plus importante des importations en volume. Les comptes de la protection sociale sont affectés par ces politiques, directement via le choc sur le financement des branches retraites et santé et indirectement par les effets d'équilibre général. L'amélioration de la croissance économique, plus sensible avec l'instauration d'une TVA sociale, se traduit par une baisse plus appréciable des dépenses de protection sociale et donc une moindre augmentation des recettes nécessaires pour combler le besoin de financement des caisses santé et retraites. Les dépenses diminuent, à l'horizon 2050, de 1,4 points de PIB avec la TVA sociale, contre 0,6 point avec l'augmentation des cotisations sociales et restent stables avec la hausse de la CSG.

Quels sont les effets de ce choc fiscal sur les différentes catégories de ménages ? Nous allons utiliser un indicateur synthétique fondé sur le bien-être des ménages, qui est finalement la variable fondamentale et ultime pour mesurer leur situation : la variation équivalente de consommation. Toutes les générations sur l'horizon auquel on s'intéresse, quel que soit leur niveau de qualification, voient leur bien-être dégradé par la mise en place de ces politiques. Ces politiques se traduisent de fait par une hausse immédiate et progressive des prélèvements obligatoires et, comme nous l'avons vu précédemment, par une baisse de la consommation des ménages par rapport au compte central. Cette perte de pouvoir d'achat n'est pas compensée par les

gains d'efficacité économique provenant de la baisse du coût d'usage du capital physique. Sans surprise, pour tout niveau de qualification, les retraités et tous ceux qui sont proches de la retraite au moment de la mise en place de la politique voient leur bien-être plus dégradé par l'instauration d'une TVA sociale ou la hausse des taux de CSG. Pour tous les niveaux de qualification, si l'on demandait aux retraités et à ceux qui sont proches de la retraite de se prononcer sur chacune de ces politiques, ils classeraient, bien évidemment, en premier le statu-quo suivi de la politique s'appuyant sur une hausse des cotisations sociales, qui précède elle-même une hausse de la CSG et loin derrière l'instauration de la TVA sociale. On perd cette harmonie des choix si l'on s'intéresse aux générations qui sont au milieu de leur vie active ou qui viennent de rentrer sur le marché du travail au moment de la mise en place de ces politiques (en 2015), c'est à dire les générations 1995 à 2015. En effet, si tous sont en faveur d'une hausse de la CSG par rapport à la hausse des cotisations sociales patronales (variation de bien-être positive), les plus qualifiés lui préféreront une hausse de la TVA. Enfin, les générations futures (c'est à dire celles qui ont 20 ans en 2035 et 2050) verront leur bien-être davantage dégradé par l'augmentation de la CSG par rapport à la hausse des cotisations. Seuls les plus qualifiés auront une consommation permanente plus élevée avec l'instauration de la TVA comparativement à la hausse des cotisations sociales ou la hausse de la CSG. »

Étude à consulter en version électronique sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.

---

# Les inégalités territoriales et sociales

Étude réalisée par **Hervé Le Bras**

La République à l'épreuve des inégalités. La République est promesse de liberté, d'égalité, de fraternité. Or les inégalités minent le « pacte républicain » si elles progressent, si elles se concentrent en des territoires et des catégories de population. Les études de l'Institut Montparnasse ont déjà illustré des inégalités croissantes ou nouvelles en matière d'accès aux soins, de dépenses de santé, de financement de la protection sociale, de mises en œuvre des politiques publiques. Nous avons demandé à Hervé Le Bras d'établir une typologie et une cartographie des inégalités qui sont à l'œuvre dans notre communauté nationale et sociale.

Cette étude est édifiante. Elle présente une visualisation territoriale de l'inégalité qui saisit le citoyen et interpelle les responsables publics. Elle dit l'histoire et la géographie des inégalités. Elle montre les tendances récentes et l'accélération de la territorialisation des désavantages éducatifs, économiques et sociaux. Elle émet aussi une traduction électorale de ces déchirures du tissu républicain. L'Institut Montparnasse promeut l'ambition d'une République solidaire, d'une société de réciprocité. Les élans solidaires et collectifs de la mi-XX<sup>e</sup> siècle ont nourri cette « République démocratique et sociale ». L'identité collective a cédé beaucoup de terrain à l'individuation. Aspiration à l'autonomie, à la responsabilité, cette affirmation-reconnaissance de la personne-a mal résisté au basculement vers l'individualisme, vers l'égoïsme social.

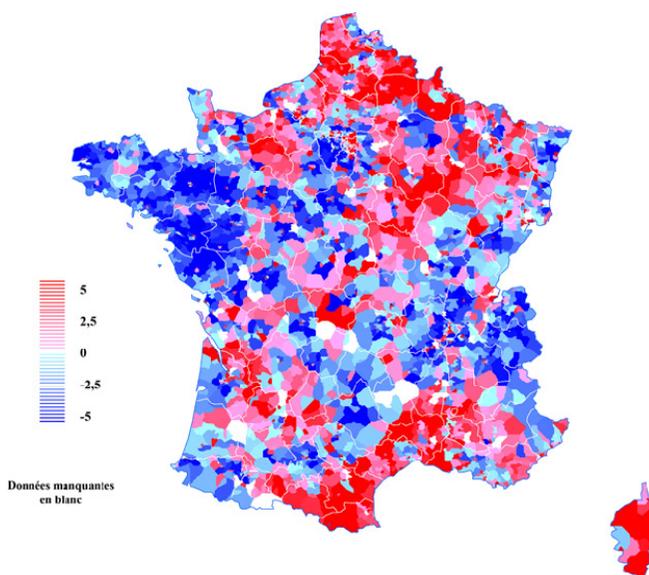
Et s'est éloignée du vœu d'Albert Camus : « un individualisme altruiste ». Les inégalités sapent la nécessaire confiance dans la solidarité. La solidarité institutionnelle n'est pas solidarité réelle en trop de situations, en trop de lieux.

**Les causes de l'inégalité territoriale en France.** Hervé Le Bras campe le paysage : « L'INSEE et les géographes ont parlé à juste titre d'étalement urbain. Un étalement urbain qui s'est tellement étalé qu'il a supprimé le fameux désert français. Entre 2000 et 2009, ce sont les communes dont la population était comprise entre 500 et 2 500 habitants qui ont crû le plus vite. Malgré cette reconquête du territoire, les hommes politiques ont continué d'agiter le spectre du désert français, ou pour les plus modernes, de la « diagonale du vide », vaste zone s'étendant des Ardennes et de la Lorraine jusqu'aux Pyrénées. En fait la signification du mot désertification a glissé de la population aux équipements. Certes, la population ne diminue plus, mais les bureaux de poste, les gares, les commerces de proximité continuent de disparaître. Pourquoi, le retour des habitants ne contrarie-t-il pas la tendance à la disparition des équipements ? Parce que ces habitants ne travaillent plus sur place d'abord, mais surtout parce qu'ils appartiennent aux classes populaires ou bien sont âgés. La métropolisation qui était quantitative durant la période de l'exode rural est devenue qualitative. Un tri des individus s'est opéré menant à une ségrégation de plus en plus poussée des âges et des classes sociales. Le partage des territoires en fonction des âges et des périodes du cycle de vie posera de plus en plus de problèmes à un Etat qui applique les mêmes règles dans toutes les communes comme si le peuplement de la France était homogène. La demande de soins, les allocations personnelles d'autonomie, la demande de logement social par exemple auront des caractéristiques très différentes selon le type de commune, rurale, suburbaine ou urbaine. L'hétérogénéité des répartitions par âge se double d'une ségrégation sociale croissante.

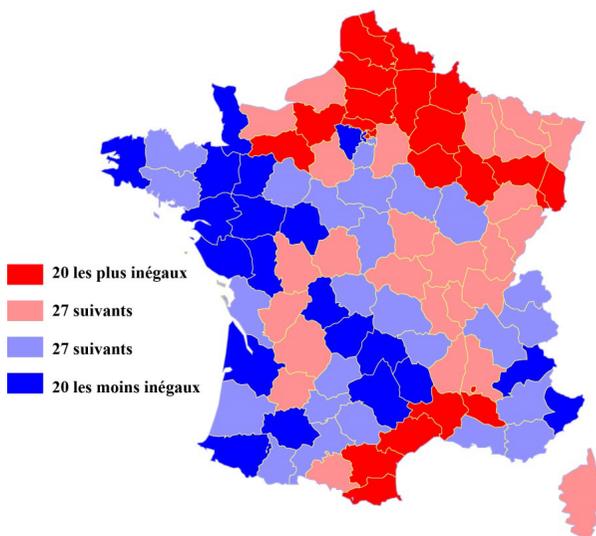
Le renforcement des inégalités depuis la crise de 2008 a suscité d'importants travaux de recherche. En Angleterre, l'ouvrage de Richard Wilkinson *The Spirit Level*, a connu un grand succès. A partir de données sur les pays développés, il montre que le degré d'inégalité est en rapport avec de nombreux indicateurs négatifs tels que la mortalité infantile, la proportion de prisonniers de droit commun, le chômage des jeunes, la criminalité, etc. En France, l'ouvrage de Thomas Piketty analyse la montée tendancielle de l'inégalité et la paupérisation des classes moyennes. Dans les deux cas, l'inégalité est mesurée à partir de la distribution des revenus, et plus particulièrement de l'écart entre les plus riches et les plus pauvres. L'accroissement de cet écart et l'appauvrissement des plus pauvres sont considérés comme le fondement des dysfonctionnements dans les grands domaines de la vie sociale : travail, éducation, famille, sécurité. La relation de cause à effet entre les revenus et les inégalités sociales est plus complexe. Ces inégalités elles-mêmes peuvent être la cause de différences de revenus et non leur conséquence. Ainsi, un taux de chômage élevé accroîtra l'écart entre les riches et les pauvres du fait que les chômeurs qui ont de faibles indemnités grossissent la masse des pauvres. De même, si les familles monoparentales sont fréquentes, le revenu des plus pauvres sera très faible car plus du tiers des parents de famille monoparentale se trouvent au-dessous du seuil de pauvreté. Les inégalités doivent être considérées dans leur ensemble, comme un système au sein duquel de nombreuses relations de causalité coexistent, les unes renforçant les autres sans que le revenu en constitue l'unique cause explicative.

La variabilité de l'indice total d'inégalité, somme des 5 indices partiels (diplômes, chômage, famille monoparentale, pauvreté, revenu) est représentée sur la carte 1 au niveau cantonal, niveau le plus fin que les statistiques du revenu permettent d'atteindre. Les

différenciations régionales et urbaines apparaissent avec netteté. Quelle que soit la région, l'inégalité est plus importante dans les villes même moyennes, voire assez modestes (Cholet, Moulins, Mont de Marsan, Morlaix, etc.). En revanche, même dans des régions où règne une grande inégalité dans les cantons ruraux, les cantons qui entourent les grandes villes jouissent d'une plus grande égalité. On a vu que le chômage des jeunes y était moins intense, que leur niveau de diplôme était plus élevé, que les familles monoparentales y étaient rares et que, pour toutes ces raisons, les revenus des plus pauvres n'atteignaient pas un niveau trop faible. En quelque sorte, le centre des grandes agglomérations absorbe les facteurs d'inégalité, déchargeant de ce problème les communes suburbaines.



Carte 1 : Indice d'inégalité globale des cantons français (échelle croissante de -5 à +5)

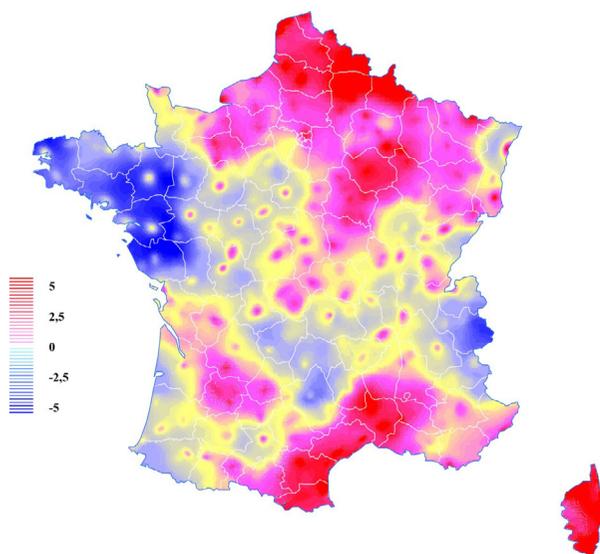


Carte 2 : Indice global d'inégalité des cantons urbains calculé par département

Deux structures de l'inégalité se superposent donc, l'une métropolitaine et l'autre régionale. Les fortes différences qui apparaissent entre les cantons qui ne dépendent pas d'une grande agglomération renvoient à des facteurs plus anciens que l'on peut qualifier d'anthropologiques. On voit en effet que des régions entières sont beaucoup plus égalitaires que d'autres.

En tête de l'égalité, le grand Ouest, puis la Savoie, le revers est et sud du Massif Central, le Béarn et le Pays basque, l'Alsace et les Flandres. En tête de l'inégalité, le Languedoc Roussillon, la Corse, la Provence, le Nord, la Picardie, une grande partie de la Normandie, de la Champagne et de la Bourgogne, et la vallée moyenne de la Garonne.

La carte ci-après rend plus visible l'opposition entre ces deux types de région.



Carte 4 : Indice d'inégalité globale des cantons français lissé (échelle croissante de -5 à +5)

Cette coupure entre une France de l'égalité et une France de l'inégalité reprend la coupure entre pays de tradition laïque et pays de tradition catholique, ce qui est doublement étrange : parce que la religion catholique n'est plus guère pratiquée en France et parce que les pays laïcs adhéraient à la morale de l'égalité républicaine plus que les autres. Des détails fins viennent confirmer la réactivation de l'opposition entre religion et laïcité. Ainsi la zone à la frontière des Côtes d'Armor et du Finistère est moins égalitaire que le reste de la Bretagne. Or cette zone a

un long passé d'opposition à la religion. Autres coupures bien documentées historiquement, celles qui marquent la frontière religieuse de l'Ouest, dans le Saumurois et au sud de la Vendée. Inversement, à l'extrême nord, les cantons flamands très religieux jusqu'à une époque récente sont plus égalitaires qu'en Artois ; Idem de la coupure entre le nord-ouest de l'Ardèche, religieux et le sud-est non-pratiquant, coupure déjà décrite par André Siegfried dans son dernier ouvrage consacré à la géographie politique de l'Ardèche.

La politique n'est pas loin non plus de cette répartition de l'inégalité en France. La carte des zones les plus inégalitaires se rapproche de celle du FN au premier tour de l'élection présidentielle de 2012 avec ses records dans la large bande nord-est, la large bande méditerranéenne et la vallée moyenne de la Garonne. Le vote FN a pris les habits de la xénophobie, de la sécurité, du nationalisme, mais il peut aussi exprimer un désenchantement des promesses d'égalité non tenues par la République. La coïncidence entre inégalité et vote FN souffre cependant une grosse exception, celle des villes. On sait en effet que ce vote décroît à mesure qu'on se rapproche du centre des grandes villes. Or, comme on l'a vu, au contraire, l'inégalité s'accroît en direction du centre. De même, le rapprochement entre zones égalitaires et zones de tradition catholique n'est-il pas vérifié en Corse, très religieuse et très inégalitaire, ni a contrario dans le Val de Loire, d'Orléans à Saumur, égalitaire, mais déchristianisé de longue date. De même que l'inégalité ne se résume pas à la différence des revenus, la diversité des mentalités en France ne peut se résoudre à l'opposition catholicisme/laïcité.

Dans quelle mesure, l'égalité formelle prônée par la République s'est-elle dévoyée en inégalité réelle ? Dans quelle mesure, la religion catholique, hiérarchique et autoritaire a-t-elle été plus

propice au maintien de l'égalité ? En rechercher les causes dépasse ce court commentaire de la géographie de l'inégalité, mais doit être sérieusement étudié si l'on veut faire progresser l'égalité dans notre pays ».

Étude à consulter en version électronique sur le site **[www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)**  
ou, selon disponibilité, demander une **brochure auprès de l'Institut Montparnasse**  
3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.

---

## Perspectives

Avec pour jalon ce 70<sup>e</sup> anniversaire de la Sécurité sociale, l'Institut Montparnasse a engagé études, réflexions, mené colloques, tables rondes, publié et mis à disposition publique des éléments de débat citoyen. Je veux remercier mes « compagnons de la première heure » qui ont permis cette audace. François Ewald pour Solidarité/Assurance, Jean-Hervé Lorenzi pour Sécu/Economie, Didier Tabuteau pour Sécu/Politiques publiques, Michel Wieviorka pour Solidarité/Société. Au-delà de cet anniversaire-jalon nos travaux se poursuivent. Nous avons l'ambition d'œuvrer « pour un XXI<sup>e</sup> siècle solidaire ». Pour une solidarité dans l'instant et dans le temps qui nous fasse retrouver l'esprit de réciprocité et de mutualité.

**Solidarité** dans l'instant et solidarité dans le temps : et si ce fondement de la Sécurité sociale avait perdu de sa crédibilité aujourd'hui ? Du fait de déficits récurrents, d'une dette cumulée impressionnante, d'un déséquilibre des générations du fait de la longévité croissante, d'une pression depuis vingt ans sur le niveau des prestations retraite, d'un reste à charge grandissant en santé... Il est courant d'entendre (humeur plus que conviction ?) que la Sécurité sociale ne sera pas au rendez-vous demain pour les jeunes générations. L'alarme est lancée : « Le pacte entre générations est mort » interpellent Jean-Hervé Lorenzi et Hélène Xuan dans une tribune récente. L'interpellation se veut salutaire : ils affirment « que toute mesure de politique économique aujourd'hui doit être pensée et mise en œuvre au travers d'un prisme intergénérationnel. Comment imaginer que le financement du système de retraite, de la dépendance ou de la protection sociale puisse être assuré

sans prendre en compte l'intérêt des jeunes générations ? Le pacte intergénérationnel doit considérer comme indissociables cinq domaines : la retraite, le marché du travail, les flux financiers intergénérationnels privés et publics, ainsi que la formation ». Ainsi l'Institut Montparnasse s'est-il associé à une série de séminaires ayant pour thème « Quel nouveau pacte générationnel dans le nouvel équilibre démo-économique ? » Les interrogations sont lourdes : comment perpétuer le « contrat républicain » de solidarité intergénérationnelle alors que la croissance fait défaut, que les inégalités s'accroissent ? Comment renouveler le « pacte intergénérationnel » alors que la démographie bouscule l'équilibre des âges ? La Sécurité sociale n'est plus projetée vers le long terme, les politiques sont plus conjoncturelles que générationnelles. L'avenir « c'est maintenant ».

**Santé.** Une politique d'éducation et de santé publique, des services publics d'hygiène et de salubrité, de prévention sanitaire et d'accès aux soins est le vecteur premier du maintien et de l'amélioration de la santé de la population. La santé est d'abord collective avant que d'être plus individuellement soumise au recours médical. La veille internationale que l'Institut Montparnasse a confiée à Yves Charpak le confirme évidemment à travers ses études (consultables sur le site [www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)) sur les USA, le Brésil, la Chine, ou encore plus globalement sur « la santé mondiale ». Partout dans le monde, des réformes sont en cours dans les systèmes de santé, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, des crises sanitaires font le quotidien de l'actualité, des risques environnementaux menacent, des contraintes économiques pressent. Si les frontières sont abaissées pour les risques infectieux importés, elles sont aussi une invitation aux coopérations internationales.

Quel est l'état de santé de notre système de santé ? Foissonnent les symptômes : de spectaculaires réussites chirurgicales, des constructions hospitalières remarquables, mais aussi des médecins de quartier ou de campagne démoralisés par le manque de successeurs, un ancrage des déserts médicaux ; une thérapie génique en marche, une imagerie et des investigations ultra performantes, des innovations médicales et pharmaceutiques, mais aussi des renoncements aux soins croissants, des pratiques tarifaires débridées, y compris au sein de l'hospitalisation publique, une densité de médecins décorrélée des besoins de la population, une rémunération médicale privilégiant l'acte au détriment de la relation diagnostique, de l'accompagnement, de la coordination. Il manque un axe fédérateur structurant l'hospitalisation et l'ambulatorio, la prise en charge et le soin, la prévention et le suivi. Les mutations à l'œuvre dans les pathologies du fait de leur chronicité, dans les pratiques médicales où soigner est moins guérir qu'accompagner, réveillent la nostalgie du « continent perdu », du prestige mandarinal, de la notabilité sociale, du Docteur Bovary et du Professeur Jean Bernard. Quel paradoxe, révélateur et dérisoire, de voir les corporations médicales, par-delà leurs profondes divisions, unies contre la mise en œuvre d'un moyen de paiement, le tiers-payant, généralisé dans la plupart des pays d'Europe, parce que fantasmant tout à la fois le risque de fonctionnarisation ici, et de privatisation là. Soixante-dix ans après la création de l'Assurance maladie tiers payeur entre le médecin et son patient ! Vite, ouvrir les yeux sur le réel du siècle, quitter les postures surannées, rechercher la conjonction de tous les statuts, la coopération de tous les acteurs - la mutualité est un acteur de santé -, l'écoute et la considération des patients.

**Société.** Les enjeux de solidarité et de santé, comme d'éducation et de culture se nouent dans ce qui fait communauté de vie et de valeurs : la société. La santé est collective, la sécurité sociale est d'adhésion obligatoire, l'école est publique, parce que ces fondamentaux font sens commun, font société. Durant tout un siècle ces fondations sociétales et républicaines ont pris corps. Se fissureraient-elles au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle ? C'est pour l'Institut Montparnasse une préoccupation. Avec le concours de Michel Wieviorka et de la Fondation Maison des Sciences de l'Homme nous avons porté l'attention sur les diversités en affirmation au sein de la société. Le colloque « La République à l'épreuve des diversités » a réuni scientifiques et acteurs sociaux, sociologues, juristes, démographes et militants associatifs pour débattre de la solidarité et des diversités. Dans une société ethno-centrée, le modèle de l'Etat Nation ne sait pas éviter les replis identitaires. L'apparition d'identités particulières (affirmation du féminisme, régionalismes, communautés religieuses, immigrées, homosexuelles...) conduit à la remise en cause des institutions. Pour Michel Wieviorka « Ces particularismes se saisissent de l'Histoire et interrogent l'Etat, la République, la Nation ». Le modèle français d'intégration est mis en difficulté. Faut-il aborder ces questions nouvelles en dissociant ou en associant les enjeux culturels et les enjeux sociaux ? La revendication du droit à la différence est-ce le déclin de l'universalisme ? « Entre l'indifférence aux différences et la reconnaissance des différences, quel doit être le modèle français » ? République et laïcité sont, avec la solidarité, des enjeux essentiels de société.

**Sécurité sociale.** Elle vit du sentiment de faire « corps commun », elle est communauté de destin face à l'aléa humain, social. Or, minée par la crise économique - non pas « un mauvais moment à passer » mais une période de mutations de long terme -, taradée par des angoisses sans réponse, par des désillusions

douloureuses, notre société est en perte du commun et de réciprocité. Le baromètre de la cohésion sociale du CREDOC met en exergue cette déprise de la société : « le souhait d'un modèle social où l'individu jouerait un plus grand rôle, les individus n'ont jamais autant compté que sur eux-mêmes, la protection sociale apparaît moins essentielle... ». La Sécurité sociale est victime de la désinvolture des gouvernements. La permanence de déficits annuels records secrète le discrédit de l'institution solidaire, l'accroissement continu d'une aussi lourde « dette sociale » nourrit l'angoisse du lendemain. La Sécurité sociale, aujourd'hui, n'est pas durable. La responsabilité politique serait de faire voter au Parlement, non pas une loi annuelle de financement (LFSS), mais une loi quinquennale de retour à l'équilibre. Du moins, à ce terme, la résorption du déficit structurel qui représente plus de la moitié du déficit actuel abstraction faite de la conjoncture économique. Il n'est pas possible de viser l'équilibre de la Sécurité sociale sans restructurer son financement. La contribution aux prestations à caractère universel doit être elle-même universelle. Les transferts générés ne devront pas être inconditionnels. Les facteurs de risques environnementaux doivent être mis à contribution pour la santé. La fiscalité écologique est un nécessaire instrument de politique publique. La TVA, principal vecteur de recettes pour le budget de l'Etat est tenue à l'écart (ou presque) du budget de la Sécurité sociale. Les (légitimes) réserves sur les distorsions provoquées par la taxe sur la consommation vaudraient-elles pour le financement des prestations sociales et pas pour le financement de l'Etat et des services publics ? Décréter « danger public » le déficit de la Sécu implique de trouver les ressources les plus régulières à travers les cycles économiques. Par ailleurs le contexte mondialisé dans lequel s'effectuent la production et les échanges implique certainement une coordination européenne, du moins à l'échelle d'un périmètre restreint, pour

soumettre les importations de biens et services à contribution pour le financement de la protection sociale des pays concernés. Outre le bien-être des populations et la sécurisation de l'avenir, arguments essentiels, l'incontestable effet de levier économique de la protection sociale ne devrait-il pas lever les freins à la dynamisation de son financement ?

La Sécurité sociale fut une proclamation de confiance en l'avenir, une heureuse conjugaison de l'économie et du social, de la production et de la protection. Un creuset de droits et d'égalités, un ciment républicain. Telle volonté, telle nécessité n'est-elle pas de mise aujourd'hui encore ? Elle voulut être aussi un ferment de révolution sociale, sociétale, par l'exercice de la responsabilité tant individuelle que collective, par le dépassement des déterminismes économiques et sociaux. Pierre Laroque, l'un des plus éminents fondateurs, déplorait que cette vision ait été mise en échec. La réussite administrative -instruction des droits, versement des prestations- ayant pris le pas sur la réussite politique contrariée par de nombreux antagonismes paradoxaux, l'esprit corporatiste et consumériste prévalant. Vouloir la « Sécu » pour les autres comme on la veut sienne était l'ambition (l'utopie ?) contenue dans le programme du Conseil National de la Résistance pour « Les jours heureux ». Ambition qui doit demeurer vivace pour les « jours difficiles » aujourd'hui, comme pour la promesse d'avenir qu'augure le bouillonnement intellectuel, technologique, culturel des générations actuelles. Que vive, plus que jamais, la Sécurité sociale.

**Jean-Michel Laxalt**

*Président de l'Institut Montparnasse*





Ouvrage réalisé par la MGEN.  
3, square Max-Hymans - 75748 PARIS cedex 15

Conception / Mise en page : Imprimerie MGEN  
Imprimé sur les presse de : Graphic Rivière - 37420 Avoine  
Mai 2015

Jean-Michel Laxalt

# Allons enfants... de la **Sécu**



## 2015 – 70<sup>e</sup> anniversaire de la Sécu

La Sécurité sociale fut une proclamation de confiance en l'avenir, une heureuse conjugaison de l'économie et du social, de la production et de la protection. Un creuset de droits et d'égalités, un ciment républicain. Telle volonté, telle nécessité n'est-elle pas de mise aujourd'hui encore ? Les risques sociaux deviennent structurels. Ils appellent une solidarité nationale plus effective. Les approches sectorielles n'ont plus cours, une vision globale des solidarités et des risques sociaux est nécessaire. L'Institut Montparnasse veut contribuer à l'éclairage des enjeux, à l'esquisse des solutions. Ses publications et études sont ici évoquées. Notre conviction est que la Sécurité sociale est tout autant que naguère moderne et solidaire, elle est la réponse nécessaire aux inégalités, précarités, ruptures et fractures.

