

LES **GRANDS DÉBATS** QUI FONT
L'ACTU:
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ

Catherine Duchêne

L. Alavoine, S. Barbier, H. Claisse, G. Conget, L.-M. Dambrine,
A. Diamant, M. Diaz, A. Dobson, M. Érussard, L. Folgueral,
A. Gas, D. Gueyraud, L. Lefebvre, N. Lejumel, T. Madeline,
C. Martinon, É. Merle, A. Pereira De Oliveira, A. Poret,
M. Prigent, B. Smailagic, C. Sorin, M. Thepault, J. Vichot

DUNOD

Couverture et maquette intérieure : Arnaud Gautron
Mise en page : Belle Page

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2018

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-077591-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Les auteurs

Catherine Duchêne

Enseigne à l'Institut d'études politiques de Lille le cours *Santé publique et politiques de santé*. Son propre parcours universitaire se caractérise par un double cursus en médecine et en sciences politiques. Diplômée de l'IEP de Lille (promotion Rosa Parks, 2006) et du master d'Économie et gestion de la santé de l'université Paris-Dauphine, elle poursuit aujourd'hui des recherches sur la politisation et la partisanisation des questions de santé à l'université Paris Descartes sous la direction de Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po Paris, et dans le cadre du réseau doctoral de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Laura Alavoine, Sarah Barbier, Henriette Claisse, Gabriel Conget, Lise-Marie Dambrine, Alexis Diamant, Mathilde Diaz, Marie Éruissard, Léonore Folgueral, Amaury Gas, David Gueyraud, Lucie Lefebvre, Nicolas Lejumel, Tristan Madeline, Clarisse Martinon, Éva Merle, Aurore Pereira De Oliveira, Alicia Poret, Maeva Prigent, Barbara Smailagic, Clémence Sorin, Manon Thepault et Jean Vichot

Étudiants à l'IEP de Lille, ils ont participé à la rédaction de ce livre dans le cadre du séminaire « Santé publique et politiques de santé » animé par Catherine Duchêne.

Remerciements

Je dédie ce livre à mes parents, Agnès et Roland Duchêne. J'espère, Papa, que tu aurais été fier du chemin parcouru et de l'effort accompli. Maman, merci, mille fois merci, pour ton soutien à toute épreuve, ta prévenance, tes petites attentions et ton humeur si joyeuse qui me permettent de tout entreprendre.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin à la réalisation de cet ouvrage :

- l'Institut d'études politiques de Lille et ses représentants ;
- tout particulièrement Monsieur Pierre Mathiot, professeur des universités en sciences politiques, conseiller spécial du directeur de l'I.E.P. de Lille, président du Collegium des grandes écoles de Lille ;
- Monsieur Andrew Dobson, professeur invité à l'I.E.P. de Lille, spécialiste des questions environnementales à l'université de Keele (R.-U.) qui a bien voulu encadrer trois de ses étudiants pour le chapitre « La Cop21 et la santé » ;
- les étudiants de 2^e année ayant suivi le séminaire d'ouverture *Santé publique et politiques de santé* et ceux ayant participé à l'écriture de l'ouvrage : promotion 2016/2017 ainsi que les étudiants de master du professeur Dobson ;
- Monsieur le D^r Yann Bourgueil, chercheur à l'Institut de documentation et de recherche en économie de la santé (IRDES), pour sa contribution à un chapitre qui sera publié ultérieurement sur les déserts médicaux dont il est l'un des spécialistes de la question¹ ;
- Madame Michèle Henouille pour l'aide fournie pour la retranscription de l'interview de Yann Bourgueil ; et au-delà pour ses encouragements et son amitié ;
- sans oublier les éditions Dunod qui m'ont fait confiance dès le début du projet et me donnent aujourd'hui l'opportunité de publier.

Personnellement, j'adresse mes remerciements les plus sincères et les plus profonds à mes proches :

- ma famille (mes parents, mon frère François, sa femme et ses enfants, ma tante) ;
- mon amie, le D^r Céline Gandon, qui m'a soutenu sans faille depuis le début du projet et m'a fourni de précieux conseils ;
- mes amis (dont Marie-Josée et Jacques Durieux) et anciens camarades de Sciences Po.

1. Le plan de lutte contre les déserts médicaux du gouvernement Philippe est trop récent (octobre 2017) pour en faire l'objet d'un chapitre dans cette première édition.

Table des matières

SYSTÈME DE SANTÉ

<u>1945-2015 : les 70 ans de l'Assurance maladie</u>	3
1. Contexte : de 1945 à 2015, fêtes et défaites de l'Assurance maladie	3
2. Des réformes pour tenter de répondre à la triple crise de l'Assurance maladie	15
3. Bilan après 70 ans : un quadruple processus de transformation	21
<u>Controverse autour du tiers payant généralisé</u>	27
1. Le tiers payant, dispositif d'avance des frais de santé : pas réellement une nouveauté	27
2. La réforme du tiers payant généralisé au cœur du débat politique	36
3. Discussion	42
<u>Santé et migrations : l'AME, un sujet sensible</u>	48
1. La santé des migrants en France : des dispositifs spécifiques pour une population particulière	48
2. La prise en charge des migrants, un sujet très sensible politiquement	56
3. De l'importance de dépassionner le débat	64
<u>Hippocrate et les maux de l'hôpital public</u>	68
1. Hippocrate : quelques mots sur le film	68
2. Débat autour du film : fiction ou réalité ?	73
3. Les réformes : solutions ou causes des maux de l'hôpital public ?	80

SANTÉ PUBLIQUE

<u>Les « salles de shoot »</u>	91
1. La toxicomanie, préoccupation de santé publique	91
2. La toxicomanie, un sujet polémique	101
3. Une expérimentation ayant plutôt fait ses preuves	106
<u>Le paquet contre le tabac</u>	110
1. La lutte contre le tabac, un enjeu majeur justifiant des actions spécifiques	110
2. Le paquet neutre, objet de débat entre milieux politiques et économiques	119
3. L'efficacité du paquet neutre en question	127

<u><i>La COP21 et la santé</i></u>	132
1. Les négociations internationales sur le climat	132
2. Les implications des changements climatiques pour la santé humaine et animale	137
3. La santé à la COP21 : nouvelle actrice ou grande oubliée ?	141

<u><i>Le Mediator®, scandale sanitaire</i></u>	147
1. Les origines et les étapes du scandale du Mediator®	148
2. Défaillances du système de santé, responsabilités et conséquences en santé publique.....	153
3. Recul scientifique sur le Mediator®	158

ÉTHIQUE

<u><i>L'IVG, 40 ans après la loi Veil</i></u>	165
1. La loi Veil	166
2. Un débat toujours latent.....	173
3. 40 ans après, où en est l'application du droit à l'avortement ?	181

<u><i>Le débat autour de l'euthanasie : l'affaire Vincent Lambert</i></u>	188
1. L'affaire Vincent Lambert, révélateur de questions juridiques autour de l'euthanasie	188
2. Un dilemme éthique et juridique.....	194
3. Discussion sur les pratiques	199

<u><i>Polémique autour d'une campagne gouvernementale anti-VIH</i></u>	205
1. L'épidémie de VIH/sida reste préoccupante pour les pouvoirs publics.....	206
2. Une campagne qui fait débat.....	211
3. Le délicat mais nécessaire exercice des campagnes de prévention	217

<u><i>La dépénalisation du cannabis</i></u>	225
1. Le cannabis : la drogue illégale la plus consommée en France.....	225
2. Un débat qui cristallise les oppositions.....	235
3. Discussion.....	245

Avant-propos

Pour chaque problème complexe, il existe une solution simple, directe... et fausse.

H. L. Mencken

Fruit d'un travail collectif, cet ouvrage signe le premier tome d'une série consacrée aux grands débats contemporains en santé publique. Au total, 23 étudiants de la promotion 2016/2017 ont participé à l'écriture de ce livre dans le cadre de l'enseignement en *Santé publique et politiques de santé* dispensé à Sciences Po Lille.

Depuis l'année dernière, j'ai la chance d'encadrer ce cours dans cette même grande école ou j'ai moi-même étudié avant d'entreprendre un cursus de médecine. J'y ai appris les fondamentaux des sciences sociales, économiques et juridiques qui donnent les clés de la compréhension du monde complexe dans lequel nous vivons. J'ai souhaité à mon tour les transmettre à cette nouvelle génération. Pour reprendre les propos de Benoît Lengaigne, le directeur de l'I.E.P. de Lille : la curiosité est la principale caractéristique des étudiants de Sciences Po. Et c'est justement parce que cette curiosité était, à la base, bien présente que mes étudiants m'ont suivi dans le projet que je leur soumettais. S'intéresser à la santé publique, c'est s'intéresser à un domaine complexe où les enjeux sont nombreux, où les acteurs multiples répondent à des logiques qui leur sont propres, ce qui nécessite de mobiliser cette pluridisciplinarité si chère à Sciences Po. Les étudiants se sont investis, en donnant le meilleur d'eux-mêmes, pour relever ce défi. Actuellement en 3^e année en mobilité internationale, ils ont continué de s'impliquer avec dynamisme à distance pour finaliser le manuscrit. L'objectif ici était pour moi, à travers ce projet d'ouvrage, de susciter le goût des étudiants pour la réflexion, l'envie de créer une véritable émulation grâce à ce travail d'équipe, mais surtout de valoriser le travail et les compétences de chacun. Il s'agissait aussi de leur montrer le champ des possibles, de leur donner confiance en leur capacité d'entreprendre des projets à l'avenir.

En outre, cet ouvrage résulte de l'intérêt que je porte à ce riche champ disciplinaire qu'est la santé publique. J'ai apprécié emmener mes étudiants dans ma quête de susciter le débat sur ces questions de société. J'ai aimé les accompagner dans le cheminement de leur réflexion, leur apporter les outils nécessaires de rigueur méthodologique pour y parvenir, les former au travail d'écriture.

Par ailleurs, j'espère que ce livre pourra apporter matière à discussion et servir de support à la réflexion. Les sujets touchant à la santé sont particulièrement sensibles car au fond, ils touchent au plus profond de l'être humain. Ils nécessitent donc de mener une réflexion neutre et distanciée par rapport aux polémiques, de prendre en compte l'ensemble des points de vue et de prendre de la hauteur face aux événements. Ce livre s'adresse à tous : non seulement aux professionnels de santé intéressés d'emblée par ces questions, mais aussi à un public plus large que je souhaite aller chercher pour prendre part aux discussions sur ces problématiques.

Cet ouvrage se livre à une analyse des enjeux contemporains en santé, relevant de trois grands domaines : système de santé, santé publique et éthique. Il traite de sujets qui font actuellement débat et comporte 12 chapitres ; chaque chapitre est divisé en 3 parties et suit la même démarche :

- la première partie fait état du contexte et définit l'objet de la controverse ;
- la seconde s'intéresse au débat, c'est-à-dire aux parties prenantes impliquées dans le débat, à leur position et à leurs arguments respectifs ;
- enfin, la troisième partie se présente sous la forme d'une discussion cherchant à apporter des éléments objectifs et un éclairage scientifique au débat notamment en revenant sur les différents arguments avancés dans la deuxième partie.

Cet ouvrage marque l'aboutissement d'une année de travail qui s'est divisée en trois phases :

- une première phase à l'issue de laquelle fut rendue une version initiale écrite par les étudiants ;
- une seconde phase correspondant à un atelier d'écriture : permettant de revenir sur le travail réalisé lors de la première phase afin de l'améliorer. Cette formation individualisée (permettant aux étudiants d'acquérir les bases d'un travail de recherche : rigueur méthodologique, élaboration d'un plan, identification des sources, règles de citations, et réalisation d'une bibliographie) a abouti à une version intermédiaire ;
- enfin, la troisième phase a consisté à la réécriture, partielle ou totale, (à l'exception de 3 chapitres), à laquelle j'ai moi-même procédé pour aboutir à la version finale ; il s'agissait, en somme, de procurer une correction en quelque sorte aux étudiants, qui leur sera utile pour la suite de leur formation.

Catherine Duchêne

Partie 1

SYSTÈME DE SANTÉ



1945-2015 : les 70 ans de l'Assurance maladie

Catherine Duchêne

avec la participation d'Éva Merle et Alicia Poret

En 2015, l'Assurance maladie a fêté ses 70 bougies. Sept décennies après sa mise en place au lendemain de la Seconde guerre mondiale, la Sécurité sociale demeure le socle de la solidarité nationale. Face au risque maladie, la branche Assurance maladie protège les individus en les assurant contre la perte de revenus liés à la survenue de la maladie et prend en charge les dépenses de soins. Le principe sur lequel repose l'Assurance maladie en France est celui d'une solidarité verticale entre bien-portants et malades et se base sur l'idée que chacun doit pouvoir bénéficier des soins dont il a besoin indépendamment de ses moyens. Parce que ce système mis en place en 1945 a institué de véritables droits sociaux, il reste un pilier sociétal auquel les Français sont attachés. Pour autant, il a connu des transformations importantes depuis les années 1990. Face à une triple crise, financière, d'efficacité et d'équité, et de légitimité, il a dû s'adapter aux évolutions

pour subsister. Les pouvoirs publics ont eu à trouver des réponses : les plans de réformes se sont succédé depuis 30 ans pour tenter de préserver un système en proie à des difficultés. Fondé sur une conception bismarckienne de démocratie sociale, notre système de protection sociale a évolué vers une conception plus beveridgienne marquée par un quadruple processus de fiscalisation, de parlementarisation, d'étatisation... et de privatisation (ce qui peut paraître contradictoire). Aujourd'hui, un bilan est nécessaire. C'est ce que le Comité d'histoire de la Sécurité sociale (CHSS) a essayé de le faire à l'occasion du 70^e anniversaire de la Sécurité sociale lors d'une journée dédiée à l'événement. Car, comme le note le CHSS, afin que la Sécurité sociale continue à accompagner les évolutions de notre société, il est indispensable de réfléchir aux moyens de protéger et d'améliorer l'acquis social au profit des générations futures.

1. Contexte : de 1945 à 2015, fête et défaites de l'Assurance maladie

1.1 1945 : aux origines de l'Assurance maladie

A. L'INSTAURATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : PETIT RAPPEL HISTORIQUE

■ L'héritage des premiers systèmes d'assurance sociale au XIX^e siècle

La fin du XIX^e siècle voit, dans une société en profonde mutation, la naissance des premières ébauches d'assurance sociale. Avec la révolution industrielle, les modes de

solidarité se redéfinissent : le passage d'une société rurale et agraire à une société salariée va rendre nécessaire le développement de mécanismes collectifs garantissant le revenu des personnes malades. Auparavant davantage centrée sur l'endiguement des maladies infectieuses, la santé publique s'engage alors dans une nouvelle direction et prend les allures d'une véritable politique sociale. Celle-ci connaît alors une histoire en trois étapes (voir tableau ci-dessous).

	Adhésion	Population bénéficiaire	Affiliation
Société de secours mutuel (1898)	Volontaire	– Ouvriers réunis en corporation – Ouvriers « méritants »	Multitude de caisses (plus de 4 000)
Premier système d'Assurance maladie (1928-1930)	Obligatoire (malgré une forte opposition)	Ouvriers les plus démunis	Liberté d'affiliation/nombreuses caisses mutualistes (familiales, professionnelles...)
Sécurité sociale (1945)	Obligatoire	Généralisée à tous les travailleurs	Uniformisée

■ **La Seconde guerre mondiale et le développement de la protection sociale en Europe : l'inspiration de Bismarck et Beveridge**

Il faudra attendre la fin de la Seconde guerre mondiale pour voir les prestations sociales uniformisées, généralisées et rendues obligatoires pour tous dans le cadre plus général d'un État-providence qui s'organise, d'un pays à l'autre, selon des modalités différentes. En matière de santé, les premiers systèmes d'assurance maladie s'inspirent de deux types de modèles : le modèle bismarckien du nom du chancelier allemand qui lança en 1893 un programme d'assurance maladie obligatoire pour les ouvriers allemands ; et le modèle beveridgien, du nom du parlementaire britannique qui, dans son rapport de 1942¹, fournit les bases de réflexion à l'instauration de l'État-providence par le gouvernement travailliste de l'après-guerre.

	Système nationalisé ou beveridgien	Système assurantiel ou bismarckien
Principe	Assistance/trois « U » : universalité, uniformité, unicité	Assurance publique à caractère obligatoire
Population concernée	Pour tout résident	Pour tout travailleur
Financement	Impôt	Cotisations sociales
Gestion	Centralisée (État) ou décentralisée	Partenaires sociaux
Offre de soins	Publique	Publique et privée

■ **La création de la Sécurité sociale en France par les ordonnances de 1945**

En 1944, le Conseil national de la Résistance annonce dans son programme « Les jours heureux », le principe d'un plan complet de Sécurité sociale visant à « assurer

1. *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services by Command of his Majesty, William Beveridge*, novembre 1942.

tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ». C'est à Pierre Laroque¹ qu'Alexandre Parodi, ministre du Travail de septembre 1944 à novembre 1945, confie la tâche d'élaborer cette réforme. Le projet, soutenu par d'Ambroise Croizat², est soumis à l'Assemblée consultative provisoire où il obtient, en août 1945, un avis favorable par 190 voix contre 84³. Il verra définitivement le jour par les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945 créant officiellement la Sécurité sociale. Sous l'influence des deux modèles cités plus haut, le système de santé français est un modèle hybride, solidaire et redistributif, alliant protection universelle et gestion autonome par les partenaires sociaux (organisations syndicales patronales et salariées).

■ Une conception keynésienne des politiques sociales

Au lendemain de la Seconde guerre mondiale, la création des systèmes d'assurances sociales est conçue, non seulement comme une obligation sociale de la nation envers ses citoyens, qui ont payé le lourd tribut de la guerre, mais aussi comme un facteur contribuant à la bonne santé de l'économie. En effet, leur mise en place repose sur une approche keynésienne des relations entre politiques sociales et politiques économiques, qui considère que les politiques sociales sont favorables à la croissance économique. Cette approche keynésienne est partagée par Pierre Laroque qui partait du principe qu'après les dégâts causés par la guerre, il fallait « faire du neuf sous l'angle du social, comme sous l'angle économique ». L'État-providence se justifie donc sous l'angle économique. Appliqué à la santé, cette logique admet que la prise en charge publique des dépenses de santé de la population et la garantie d'un revenu de remplacement en cas de maladie doivent permettre :

- l'entretien et une meilleure productivité de la main-d'œuvre, notamment par l'amélioration de son état de santé ;
- le maintien de la capacité à consommer en cas d'incapacité de travailler pour cause de maladie (grâce au versement des indemnités journalières) ;
- la création d'emplois dans le secteur sanitaire estimé à 7,4 % des emplois totaux (en 1992)⁴.

1. Pierre Laroque fut directeur général des assurances sociales puis de la Sécurité sociale d'octobre 1944 à octobre 1951.

2. Ambroise Croizat, député et ministre communiste du Travail et de la Sécurité sociale de novembre 1945 à mai 1947.

3. Notamment du MRP, de la CFTC et de quelques radicaux, hostiles au choix de la caisse unique par département et à la nomination – et non à l'élection – des administrateurs.

4. B. Palier, *La Réforme des systèmes de santé*, PUF, 2004, citant J.-F. Chadelat, « La Sécurité sociale, un acteur du soutien de la croissance et du développement de l'emploi », *Revue française des affaires sociales*, octobre-novembre 1995, vol. 49, n° 4, p. 87-88.

B. LES BASES DE L'ASSURANCE MALADIE

■ Les principes fondateurs

La Sécurité sociale française se distingue par un système mixte empruntant des éléments aux deux modèles.

La solidarité socioprofessionnelle, conforme au modèle bismarckien : à l'origine, plutôt d'inspiration bismarckienne, le système français d'Assurance maladie s'est développé sur la base des solidarités socioprofessionnelles ; il suit ainsi une logique assurantielle où la protection sociale est liée au travail. D'une part, en vertu du principe de démocratie sociale, sa gestion est confiée aux partenaires sociaux sous la tutelle de l'État. Une longue tradition mutualiste et l'hostilité des syndicats à l'éta-tisation ont abouti à ce que les caisses soient des organismes de droit privé¹ (sauf les caisses nationales). D'autre part, son financement repose sur les cotisations sociales (assises sur les revenus professionnels), versées par les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales.

Les trois U – universalité, unité, uniformité – empruntés au modèle beveridgien : dans sa conception initiale, le système français empruntait au modèle beveridgien les principes de protection universelle (couverture de l'ensemble de la population et de tous les risques), d'unité de gestion (une caisse unique, un seul système), d'uniformité des prestations (mêmes prestations pour tous). Cependant, il s'en est écarté pour des raisons à la fois politiques et d'organisation préexistante. Si le principe d'universalité ne fut pas contesté et fut même d'emblée consacré dans le préambule de la Constitution de 1946², celui d'unité ne fut jamais atteint en raison de la tradition corporatiste française qui donna lieu à une mosaïque de régimes et à une multitude de caisses³ (cf. infra). Quant au principe d'uniformité, il ne fut pas retenu par les concepteurs du plan français de Sécurité sociale qui ont souhaité au contraire individualiser les prestations servies, maintenant ainsi le niveau de vie antérieur à la survenue d'un risque, et donc de fait la stratification sociale existante.

1. Il s'agit pour la santé des Caisses primaires d'assurance maladie : on en compte 110 en France métropolitaine qui assurent les relations de proximité avec les assurés (affiliation, gestion des droits, traitement des feuilles de soins...). En revanche le statut de la Caisse nationale d'assurance maladie est public.

2. L'esprit de la réforme était de couvrir toute la population, non pas sur la base de la citoyenneté comme en Angleterre, mais suivant une logique professionnelle où, compte tenu du développement économique et de la situation de plein-emploi, il serait à terme possible d'assurer l'ensemble des travailleurs et leurs ayants droit (femme et enfants).

3. Dès 1945, les opposants au projet réclamaient le maintien de l'autonomie des caisses d'allocations familiales (qu'ils finiront par obtenir).

■ **L'organisation de la Sécurité sociale et de sa branche assurance maladie**

La Sécurité sociale désigne un ensemble d'institutions visant à couvrir une partie des risques sociaux¹ correspondant aux différentes branches (santé, vieillesse, maternité et famille)². La pluralité des organismes, à l'opposé du principe d'unité originel, a été officialisée en 1967 (ordonnance Jeanneney du 2 août) par la création des différentes branches de la Sécurité sociale avec à leur tête une caisse nationale autonome. La branche assurance maladie est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants.³ À côté, existent aussi d'autres régimes spécifiques.

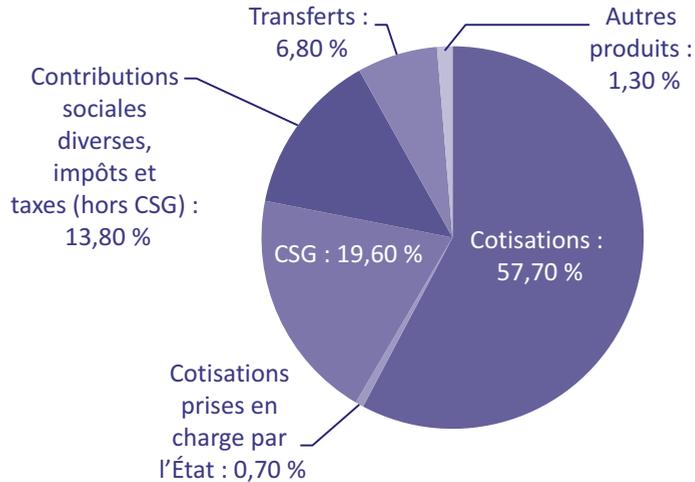
	Couverture	Gestion
Le régime général	Les salariés de l'industrie, du commerce et des services, ainsi que leurs ayants droit, soit 80 % des Français	À 3 niveaux : – national : CNAMTS (Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés) – régional : CRAM – local : CPAM
Le régime agricole	Exploitants, salariés agricoles	Mutualité sociale agricole (MSA)
Le Régime social des indépendants (RSI)	Artisans, commerçants, industriels et professions indépendantes	Différents organismes, notamment la Caisse nationale d'assurance maladie de professions indépendantes (CANAM)
Régimes spéciaux	Le régime des mines, la SNCF, la RATP, l'EDF, Banque de France, Assemblée nationale et Sénat...	Organismes propres

■ **Financement**

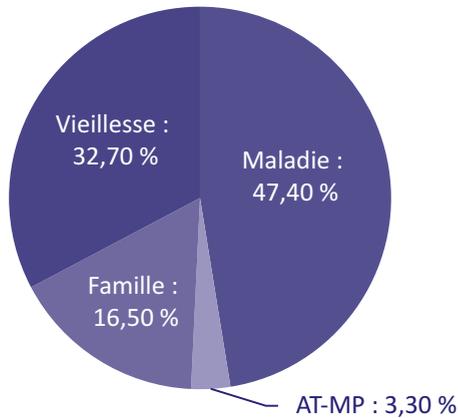
Les ressources du régime général de la Sécurité sociale proviennent majoritairement des cotisations à hauteur de 58 %, puis des impôts (CSG et CRDS) et autres taxes affectées (sur l'alcool et le tabac, ventes de médicaments, etc., cf. graphique ci-dessous à gauche).

1. Les risques sociaux sont des situations pouvant entraîner : soit une diminution des ressources (arrêt maladie, accident du travail, etc.) soit une augmentation des dépenses (survenue d'une maladie, naissance d'un enfant, etc.).
 2. Les autres risques sociaux comme le chômage (Assedic), le handicap et la dépendance (CNSA), le logement, la pauvreté et l'exclusion sociale (département) sont pris en charge par d'autres organismes ou collectivités territoriales (citées entre parenthèses).
 3. Regroupé depuis 2004 au sein de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie).

Structure des recettes du régime général en 2014



Dépense du régime général en 2014 (dépense totale 346,1 M€)



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2015.

■ Prestations

Sur l'ensemble des risques sociaux, c'est la branche maladie qui enregistre la plus grande part (près de la moitié) des prestations de la protection sociale (cf. graphique ci-dessus).

Les prestations de la branche maladie de la Sécurité sociale sont de deux types :

- les prestations en nature, correspondant au remboursement d'une partie des soins¹ (consultations médicales, frais d'hospitalisations, frais dentaires, produits pharmaceutiques, transports, etc.). Le taux de remboursement est variable selon la nature

1. On appelle ticket modérateur la part restante à la charge de l'assuré (ex : 30 % pour une consultation médicale) pouvant éventuellement pris en charge par une mutuelle ou une assurance complémentaire. Ce ticket modérateur peut être supprimé en cas de maladie exonérante (figurant sur la liste des affections longue durée ou ALD).

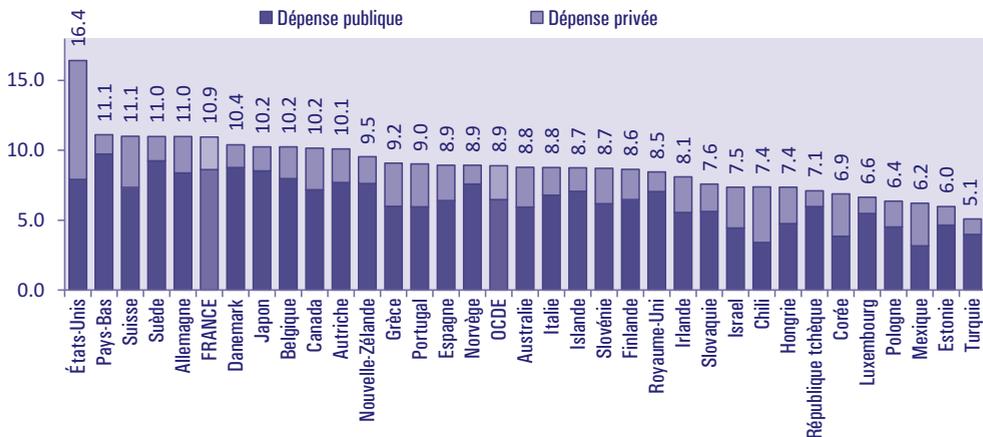
de la prestation (70 % pour une consultation médicale dans le cadre du parcours de soin, 0 à 100 % pour les médicaments, etc.) ;

- les prestations en espèces, correspondant aux indemnités journalières versées à partir de J+4 après l'arrêt de travail et destinées à compenser la perte de revenus.

1.2 70 ans après : quel bilan ?

L'Assurance maladie est l'une des prestations sociales les plus généreuses au monde. L'État français consacre environ 34,3 % chaque année dans les dépenses de protection sociale. En termes de dépenses de santé, la France y consacre 10,9 % de son PIB (en 2013) ce qui place le pays au-delà de la moyenne de l'OCDE (8,9 %). La part de l'économie dédiée aux dépenses de santé est analogue à celle de l'Allemagne, de la Suède, de la Suisse et des Pays-Bas, mais largement inférieure à celle des États-Unis (16.4 %).

Dépenses de santé en pourcentages du PIB (2013)



Source : OCDE, 2015.

Mais, contrairement aux États-Unis où la part du financement public est limitée, les dépenses publiques représentent en France 79 % des dépenses totales de santé et sont au-dessus de la moyenne OCDE (de 73 %). En termes de dépenses par habitant, la France a dépensé 4 124 USD par habitant en 2013, par rapport à une moyenne OCDE de 3 453 USD¹.

Cependant, l'Assurance maladie doit faire face à des difficultés. Selon l'historien et sociologue Pierre Rosanvallon, le modèle de l'État-providence connaîtrait depuis les années 1970 une triple crise :

- une crise financière, contemporaine à la fin de la forte croissance des Trente glorieuses, caractérisée par une diminution des recettes et une augmentation des dépenses sociales ;

1. Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2015.

- une crise d'efficacité : face au chômage, la logique keynésienne serait remise en cause et l'État éprouverait des difficultés à atteindre ses objectifs socio-économiques ;
- une crise de légitimité où le modèle de solidarité et de gestion est (ré-)interrogé compte tenu de l'importance des dépenses publiques perçues comme des freins à la relance économique.

En se basant sur l'analyse de Rosanvallon pour l'appliquer au cas particulier l'Assurance maladie, nous parvenons également au constat de difficultés à trois niveaux.

A. CRISE DE LA REPRÉSENTATION

■ Un principe d'unité jamais atteint

Le principe d'unité n'a pu être atteint : en tout, ce sont plus de 100 régimes possédant chacun sa caisse et, au sein du régime général de Sécurité sociale, pas une seule caisse mais plusieurs qui sont spécialisées par risques. Cette configuration brouille la représentation et établit des inégalités de traitement entre les régimes si bien que la question de la fin des régimes spéciaux continue de faire l'objet de vifs débats.

■ Crise de légitimité

La gestion des caisses, paritaire entre les représentations syndicales (CGT, CFDT, CGC, CGT-FO, CFTC) et patronales (MEDEF, CGPME, UPA, UNAPL/CNPL) trouve, dans les critiques à l'égard du système, une crise de légitimité. En effet, les partenaires sociaux connaissent actuellement une crise de représentativité, avec en France un taux de syndicalisation de 7,7 %, soit l'un des plus faibles de la zone OCDE en 2013. Cela remet en cause leur légitimité à gérer des prestations sociales dont le financement est assis sur le travail des actifs.

B. CRISE FINANCIÈRE

■ L'évolution des dépenses de santé : données de cadrage sur 70 ans

La DREES¹ a procédé à une rétropolation² des dépenses de santé depuis 70 ans dont nous extrayons quelques constats sur l'évolution des dépenses de santé.

- De 1950 à 2014, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a plus que triplé, passant de 2,6 % à 8,9 % du PIB (graphique 1). Entre 1950 et 2014, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,1 points à celui du PIB : +10,1 % pour la CSBM contre +8,0 % pour le PIB en valeur.

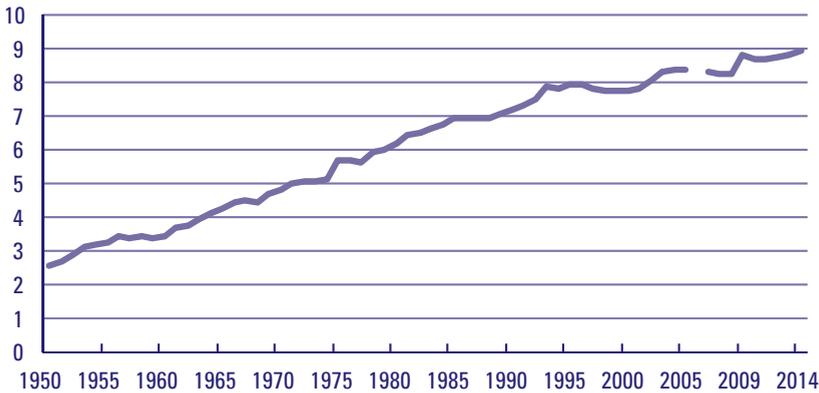
1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les dépenses de santé en 2014 ».

2. Rétropolation : re-calculation des données des années antérieures selon la nomenclature du nouveau système afin de pouvoir effectuer une comparaison.

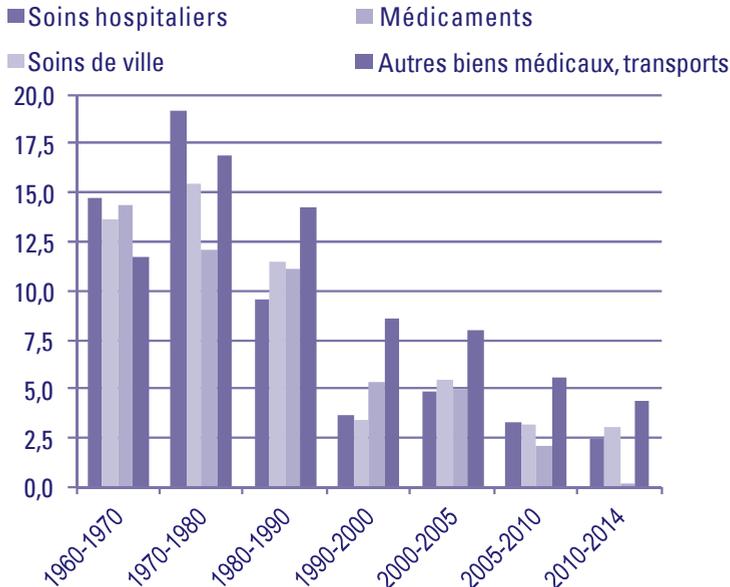
Le rythme de croissance des dépenses de santé n'a cependant pas été continu. Très schématiquement, on peut distinguer deux grandes périodes sur le long terme :

- une première période de 1950 à 1985, qui correspond au développement de l'offre de soins et à l'élargissement de son financement, dans le contexte économique très favorable des Trente Glorieuses ;
- une seconde période, de 1986 à 2014, caractérisée par la recherche d'une meilleure maîtrise du système et de son financement, dans un contexte de croissance économique ralentie (graphique 2).

CSBM exprimée en pourcentage du PIB (graphique 1)



Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM en valeur (graphique 2)



Sources : Insee (comptes nationaux, base 2010 pour le PIB), DREES - Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014)

■ **Le déficit de l'Assurance maladie**

Cette progression des dépenses de santé n'est pas problématique en soi puisqu'elle découle du développement économique, de facteurs démographiques, des avancées du progrès technique dans le domaine médical et de la déformation de la structure de la consommation.

LES DÉPENSES DE SANTÉ : UNE AUGMENTATION SALUTAIRE ?

« D'une part, c'est d'abord le progrès technique médical qui explique l'augmentation des dépenses de santé. Résultat surprenant puisqu'on pourrait penser qu'une innovation coûteuse lors de sa mise en place peut permettre une réduction des coûts de santé. Cependant, le gain marginal obtenu par le progrès technologique est aujourd'hui de plus en plus limité. D'autre part, on assiste à une transformation de la structure de consommation par âge : les nouvelles générations ont des exigences en matière de santé plus importante que les générations précédentes. »

Cependant, la part des dépenses financées par le secteur public est prépondérante sur celle des assurances privées et des ménages. De l'ordre de 70 %, la part du secteur public pèse sur les comptes sociaux. Avec une progression des dépenses (3,4 %) plus rapide que celle de ses recettes (2,9 %), le déficit de l'Assurance maladie s'est encore dégradé en 2015 pour atteindre un déficit estimé à 7,4 milliards. Si le régime général est entièrement en déficit, l'Assurance maladie est la plus problématique selon la Cour des comptes. La conjoncture économique actuelle, le vieillissement de la population, le coût des soins sont autant de variables des dépenses de santé qui continueront d'impacter les comptes de la santé dans les années à venir.

Déficit par branche (milliards d'euros)



Source : Cour des comptes

1. B. Dormont, *Les Dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Éditions rue d'Ulm, 2009.