

Webinaire du Comité Opéra avec le concours du Cercle Vivienne

L'Europe, soutien ou entrave à la protection sociale complémentaire à la française ?

Jeudi 10 décembre 2020

Intervenants

- **Jean-Pierre Brunet**, président du Comité Opéra
- **Christian Oyarbide**, président du cercle Vivienne et co-auteur de *La Sécurité sociale au cœur de la démocratie*
- **Jean-Pierre Daniel**, consultant indépendant, co-auteur de *La Sécurité sociale au cœur de la démocratie*
- **Bruno Gabellieri**, secrétaire général de l'AEIP (Association européenne des institutions paritaires)
- **Philippe Mixe**, président de la Fnim (Fédération nationale indépendante des mutuelles)

Le webinaire était animé par **Christian Oyarbide**.

Webinaire du Comité Opéra avec le concours du Cercle Vivienne

L'Europe, soutien ou entrave à la protection sociale complémentaire à la française ?

Jeudi 10 décembre 2020

Christian Oyarbide précise qu'il sera principalement, mais pas uniquement, question de la Mutualité. Tout d'abord, **Jean-Pierre Daniel** montre, avec quatre exemples, que « *quand les autres pays regardent le système français, ils regardent quelque chose qui n'est pas naturel pour eux* ». **Bruno Gabellieri**, pour sa part, retrace l'histoire de la construction de la protection sociale européenne, qu'il a, au sein de l'AEIP, parfois (pas toujours), réussi à orienter dans un sens favorable à la protection sociale, retraite et santé, à la française. Quant à **Philippe Mixe**, il critique, avec une certaine véhémence et beaucoup d'humour, l'application des directives assurance et principalement de Solvabilité 2 aux mutuelles. Il s'agit, pour lui, d'une « *directive monstrueuse, démesurée, complètement disproportionnée pour nos mutuelles* ». Il propose aussi des solutions.

Jean-Pierre Brunet présente les intervenants en indiquant que « *la question européenne est souvent peu traitée dans nos réflexions* » et se demande si « *nous, Français, sommes assez présents et assez visibles à Bruxelles* » dans le domaine de la prise en charge de la santé.

I- Quatre systèmes très différents

Jean-Pierre Daniel

Le webinaire s'ouvre par une présentation « *très résumée* » de quatre systèmes de protection santé étrangers : les systèmes états-unien, singapourien, néerlandais et espagnol ; systèmes très différents du nôtre.

A. Aux USA, un système cher et très inégalitaire.

Le système américain, fondamentalement différent de celui d'autres pays développés, se caractérise par le fait qu'il n'y a pas de Sécurité sociale. Il repose sur l'assurance privée. En outre, le coût de la santé y est le plus élevé du monde, 17 % du Pib, alors que 9 % de la population n'est pas assurée.

C'est donc un système extrêmement inégalitaire avec des gens très bien protégés, parce qu'ils ont les moyens de payer, et d'autres qui sont sans couverture. Il faut, cependant, nuancer ce propos : une prise en charge collective existe pour les plus âgés et pour les plus pauvres.

Trois types de protection sont sur le marché : les HMO (*Health maintenance organization*), le PPO (*Preferred provider organization*) et l'assurance au 1^{er} dollar.

Les HMO sont des réseaux de soins (médecins, infirmières, cliniques, laboratoires, ...) proposés par des assurances, souvent d'origine mutualiste. Après paiement d'une prime, le client accède, plus ou moins librement, avec ou sans ticket modérateur, au réseau.

Le plus souvent, s'il ne passe pas le réseau, il prend en charge la totalité de ses frais.

Le PPO fonctionne également avec des réseaux de soins mais il y a la possibilité, pour l'assuré, « d'en sortir », et dans ce cas, il y a un remboursement partiel, de 60 à 80% selon les cas.

Dans le troisième système, l'assurance au 1^{er} dollar, le client consulte le professionnel de son choix et l'assurance rembourse 70 ou 80 % des frais.

Quant à l'Obamacare, entré en vigueur en 2014, son objectif était de donner à tous les citoyens la possibilité (et l'obligation) de bénéficier d'une couverture santé, tout en laissant les opérateurs privés opérer. Cela fonctionne avec une aide, plus ou moins importante, des États pour les plus pauvres.

Enfin, les entreprises sont très largement mises à contribution pour payer les primes, que ce soit avant ou après l'Obamacare. Dans ce dernier système, les entreprises ayant plus de 50 salariés doivent proposer une assurance santé à leurs collaborateurs et participer au financement.

B-Singapour, le meilleur système au monde ?

On considère souvent que le système d'assurance santé à Singapour est, pour les nationaux, le meilleur du monde. Le coût de la santé y est particulièrement bas, 4,5 % du Pib (ce qui est un record pour un pays développé) et le système de santé est très efficace. Mais la comparaison a ses limites : Singapour est une île État, qui ne compte qu'un peu plus de 5 millions d'habitants.

L'offre de santé est régulée par l'État qui fait en sorte de maintenir un équilibre entre les hôpitaux publics et de très gros opérateurs privés.

De façon très originale, la santé y est très largement financée par l'épargne individuelle.

Les salariés, en particulier, ont l'obligation d'épargner une part non négligeable (6 à 8 %) de leur salaire et l'entreprise abonde. Au final, chaque Singapourien est, obligatoirement, titulaire d'un compte individuel nommé Medisave, dans lequel il puise lorsqu'il a des dépenses de santé.

Un deuxième système intervient au-delà. Il s'agit de Medishield, un système facultatif, semblable à Medisave, mais qui finance des dépenses liées à des maladies plus graves, des chirurgies lourdes ou des traitements à long terme non couverts par Medisave.

Enfin, existe un programme d'assistance publique, Medifund, destiné aux individus les plus démunis et aux personnes âgées.

En fait, l'assurance privée, telle que nous la connaissons, n'intervient que pour les expatriés et fonctionne avec des réseaux de soins.

C- Pays-Bas, un système intelligent et efficace

Aux Pays-Bas, il n'y a pas de Sécurité sociale, au sens où nous l'entendons. L'État y organise la concurrence entre des opérateurs privés, principalement quatre, qui sont sans but lucratif. Le coût de la santé est dans les normes européennes (autour de 10 % du Pib).

Le système se révèle extrêmement intelligent et très efficace.

L'État veille à la qualité des soins, en particulier en imposant la prise en compte d'un panier de soins minimum. Il y a obligation de s'assurer avec liberté de choix de l'opérateur. Il ne peut y avoir ni sélection à l'entrée, ni modulation des tarifs en fonction de l'âge.

Il est possible de prendre une assurance complémentaire qui permet d'avoir mieux que ce qui est prévu dans le panier de soins. Les mineurs, jusqu'à 18 ans, ne paient rien et sont financés par l'État.

La concurrence existe donc, mais porte principalement sur la qualité et la rapidité d'accès aux soins plutôt que sur le montant des primes demandées qui sont très similaires d'un opérateur à l'autre. Existe, en outre, une coassurance, afin de ne pas mettre en difficulté un assureur ayant, dans son portefeuille, plus de maladies longues et coûteuses que les autres.

D- Espagne, un système étatisé doublé d'assurances privées

L'Espagne est dotée d'une Sécurité sociale complètement étatisée, Insalud (*Instituto nacional de la salud*), avec une médecine de caisse, financée par les impôts. Le système est très semblable au NHS (*National Health Service*) anglais. Il couvre la totalité des résidents en Espagne, qui ont accès, sans payer directement, aux médecins des hôpitaux publics, aux médicaments, etc. (hors optique et dentaire).

Le coût de la santé s'établit à 9 % du Pib.

Mais, comme toutes les médecines de caisse du monde, cela crée des files d'attente dans les hôpitaux pour les opérations non urgentes et a donné naissance à une assurance santé substitutive : les *pólizas de asistencia sanitaria*, proposées par plusieurs opérateurs. Les plus répandues mettent à disposition de leurs clients un réseau de prestataires, très proche des HMO américain (sauf pour la pharmacie). Les primes sont comprises entre 50 et 100 euros par mois et par personne. Il peut y avoir, parfois, un ticket modérateur. Ce type d'assurance concerne 11 millions de personnes sur les 46 millions qui vivent en Espagne. Une petite part du marché est couverte par des *pólizas de reembolso*, qui permettent de se faire soigner par le médecin de son choix et de se faire rembourser ensuite.

II-La construction sociale européenne et ses conséquences

Pour **Bruno Gabellieri**, « *la France est regardée, aussi, comme une bête curieuse pour la partie retraite. Notre système, Sécurité sociale plus complémentaires obligatoires (Agirc et l'Arrco), est sans équivalent dans le monde. Il est hyper-protecteur, même s'il connaît des difficultés, et il échappe aux aléas de la capitalisation et de la bourse* ».

L'AEIP, explique-t-il, a été créée en 1996 quand les institutions de prévoyance (IP) « *ont compris qu'elles n'étaient pas vraiment défendues par notre Etat à Bruxelles. Ce qui était le cas d'autres acteurs de même nature et a justifié la création de ce lobby européen* ».

Pour lui, « *il est facile d'accuser la Commission européenne de tous les maux, alors que c'est aux états, interlocuteurs de la Commission, de défendre leur modèle national et leurs opérateurs nationaux. Aujourd'hui, notre Etat n'est toujours pas à la hauteur de l'enjeu* ».

A-Les prémisses de la construction sociale européenne

Il faut être bien conscient qu'en 1967, l'Europe se construisait à six : France Allemagne pays du Bénélux et Italie ont constitué le cœur de la construction européenne ; vision un peu oubliée aujourd'hui. En outre, pour comprendre la construction sociale européenne, il faut se souvenir que toute sa superstructure juridique a été portée par les Français.

Ainsi, de même que la Sécurité sociale française s'est construite très progressivement, on a bâti, très progressivement également, un modèle de coordination de tous les régimes de Sécurité sociale européens.

Ainsi, pour la retraite, la Commission a mis sur pied un règlement qui a fait que pour un salarié en Europe, quelle que soit sa durée de carrière, quel que soit le lieu de travail, c'est le dernier régime auquel il a été affecté qui liquide pour l'ensemble des régimes de Sécurité sociale au travers desquels il a pérégriné. Il n'y a donc aucune perte de droits pour la partie couverte par les règlements européens de Sécurité sociale.

B-Le « sauvetage » de l'Agirc-Arrco

Depuis sa création, l'AEIP a réussi à faire échapper l'Agirc et l'Arrco au projet de directive fonds de pension, que les Britanniques voulaient appliquer à ces régimes avec le soutien d'un certain nombre de fonctionnaires européens qui ne connaissaient pas le système français. Leur logique était que, puisqu'il y avait des réserves, il fallait les considérer comme des fonds de pension. L'Agirc et l'Arrco étaient donc, dans les premiers projets, considérées comme des structures assurantielles.

Au final, il n'y a eu aucune remise en cause possible du système français : ni du premier pilier Sécurité sociale, ni du pilier bis, Agirc-Arrco, qui ont rejoint le règlement européen de Sécurité sociale.

En revanche, les tentatives de créer des fonds de pension à la française se sont traduites par un échec monumental. Il est vrai que la taille de notre premier pilier bis couvre presque le prisme total de la couverture des fonds de pension des pays nordiques.

C- Solvabilité 2, un monstre que tout le monde déteste

Mais, les IP et mutuelles françaises n'ont pas réussi à échapper à Solvabilité 2. La raison en est que la mécanique européenne a basculé vers un centre de gravité anglo-saxon. En effet, l'influence française a baissé à proportion de l'entrée des Britanniques.

En ce qui concerne la santé, lors des premières discussions, dans les années 92/93, sur ce qui se nommait, à l'époque, la marge de sécurité, l'AEIP a été invitée à la table de préparation, avec les assureurs européens, des actuaires, ... Il s'agissait du premier travail de calibrage de Solvabilité 2. En fait, on ne peut pas comprendre la problématique de Solvabilité 2, si l'on n'a pas en tête que les assureurs, dès l'origine ont mis sur pied ce système et l'ont poussé, à Bruxelles, jusqu'au paroxysme, avec, comme arrière pensée, que les modèles internes leur permettraient d'échapper à la rigueur de la règle Solvabilité 2. Mais, toutes ces exigences de montant de capital nécessaire pour garantir les engagements et tout l'arsenal développé autour font qu'aujourd'hui, Solvabilité 2 est un monstre que tout le monde déteste. Au final, les assureurs en ont fait une arme de guerre, de concentration du marché. Et c'est cette arme de guerre que l'on ne peut pas, aujourd'hui, arriver à combattre.

Cependant, le module santé échappe, en partie, aux affres totales de Solvabilité 2. Ce fut un travail de longue haleine du Ctip et de la FNMF pour arriver à ce que les effets pervers de Solvabilité 2 en soient atténués, mais ce ne fut qu'un succès intermédiaire.

Ce que l'on peut redouter, c'est que, à cause des normes comptables internationales et toujours du même rouleau compresseur anglo-saxon, les mêmes tendances persistent avec les mêmes objectifs : réduire le marché, réduire le nombre de petits opérateurs.

D-Deux points d'histoire

Historiquement, les mutuelles et les IP n'ont pas été forcées d'entrer dans les directives européennes sur l'assurance. Ce sont leurs fédérations respectives (Ctip et FNMF) qui l'ont demandé.

La raison en est qu'en 1992, ces organismes d'assurance santé sans but lucratif ont découvert que ne pas être soumis à ces directives leur interdisait d'exercer leurs activités en dehors des frontières nationales. Ce qui les empêchait de suivre, par exemple, leurs adhérents habitant des régions frontalières.

A l'origine, la FNMF était résolument contre l'application de ces règles aux mutuelles. Elle a changé d'avis après que des assureurs belges aient attaqué les mutuelles belges qui voulaient continuer à couvrir en santé des Belges résidant en Belgique mais ayant une activité en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas ou en Allemagne. Il y avait aussi le fait que la loi Evin a passé les mutuelles et les IP à la toise de la couverture par des provisions techniques suffisantes de leurs engagements longs. A partir du moment où ces organismes avaient les mêmes contraintes techniques que les assurances, il était normal de savoir si la non application des directives assurance était justifiée ou pas.

Cette demande d'y entrer a été un combat de l'AEIP mais l'AIM (Association internationale de la mutualité) a fait la même démarche. Les assureurs français, pour leur part, y étaient résolument hostiles : ils voulaient être les seuls opérateurs habilités à pouvoir exercer leur activité à l'étranger.

Ensuite et malheureusement, ce que la FNMF n'avait pas pris en compte, c'est, qu'au nom du principe de spécialité, il fallait séparer les activités d'assurance des activités non assurantielles, i.e. les œuvres sociales, qui étaient payées par les cotisants sans que, bien souvent, ils le sachent.

C'est ce qui a entraîné l'opposition de la FNMF, tout d'un coup, à la transposition des directives dans le code de la mutualité. Cette bataille de la FNMF a duré 8 ans. Cela a fait perdre 8 ans à la mutualité pour s'adapter, effectivement, à cette nouvelle donne.

Quoi qu'il en soit, à partir de là, on est entré dans le système Solvabilité 2, qui s'est emballé, et les ennuis des familles mutualiste et paritaire ont commencé. Ce qui a poussé à la concentration du marché dans les mains des grandes IP et des grands opérateurs mutualistes, sous le double effet de la réglementation européenne et du toujours plus en matière de services et de réduction de coûts.

En outre, côté paritaire, le Medef a poussé à la concentration en prétextant que cela ferait des économies de gestion. Sur cette base, il a d'abord demandé 20 groupes, puis, aujourd'hui, on en est à moins de 10. Côté mutualiste, il n'y avait pas le Medef mais le résultat a été identique.

Ce n'est donc pas une raison politique qui a conduit à cette concentration, mais une raison technique (faire en sorte que ce soit plus facile à gérer) et de pression du marché.

III-L'Europe contre les mutuelles de proximité

Philippe Mixe a cette formule pour résumer son sentiment : « *J'aime l'Europe, mais si, en matière d'amour, il n'y a pas de réciprocité, ça ne marche pas* » et il a « *la conviction profonde, confirmée par l'expérience* » que l'Europe n'aime pas le mutualisme de proximité, de terrain. Lequel n'a pas, « *contrairement aux structures évoquées auparavant, d'ambition de conquêtes en dehors de l'hexagone* ».

Sa conclusion est que le mouvement mutualiste est « *victime d'un modèle qu'il ne souhaitait pas et s'est fait aspirer par d'autres acteurs de la protection sociale* ».

A-Plus anciennement, déjà

Ce triste constat est, de fait, plus ancien que Solvabilité 2. Ainsi, les premières directives des années 70 ont voulu réguler ce que l'on commençait à appeler un marché, ce qui n'est pas un vocabulaire mutualiste. Cela a commencé, en fait, lorsqu'il a été question de vouloir vérifier la solvabilité des mutuelles. Puis, à la fin des années 90, est arrivée l'obligation de séparer les réalisations sanitaires et sociales des activités dites d'assurance des mutuelles. En outre, aujourd'hui, ces réalisations ont l'obligation d'être, par elles-mêmes, rentables, alors qu'elles étaient un service fourni aux adhérents. Quant au terme même d'assurance, il est contestable : une mutuelle fait de la répartition et non pas de l'assurance. Au final, les mutuelles n'ont eu d'autre choix que d'entrer dans les logiques, les règles et le monde de l'assurance.

Puis sont arrivés la concurrence dans leurs activités, les agréments, les contraintes financières, les contrôles qui les ont beaucoup pénalisées.

Ce sont bien les premières règles européennes qui ont contraint les mutuelles à évoluer dans ce sens, avec, comme corollaire, la réduction du nombre de structures mutualistes dans le pays.

B-Un texte qui place les mutuelles hors-champ de la directive

Au sujet de la fameuse directive Solvabilité II, on peut entendre que des structures mutualistes, ou une fédération, se soient laissées entraîner dans l'accompagnement de ce texte pour pouvoir conquérir le marché européen mais il aurait peut-être été préférable de rester sur l'univers hexagonal et de les développer avec des vraies valeurs et de véritables options mutualistes. En outre, il n'est pas certain que, en termes de développement européen, le résultat soit parfaitement atteint.

Mais surtout, cette directive n'était pas faite pour le monde mutualiste. C'était, d'ailleurs, l'avis des gens qui l'ont rédigée et, de fait, son texte exclut de son champ d'application les mutuelles santé.

Pour preuve, le 4^e considérant de la directive, même si les considérants ne donnent que des orientations et n'ont pas la même valeur normative que les articles eux-mêmes. Ce considérant dit que « *les entreprises qui sont étroitement liées aux régimes d'assurance publics sont exclues du champ de la directive* ».

Pour preuve encore, l'article 5 qui dit que « *les opérations des organismes de prévoyance et de secours qui accordent des prestations variables selon les ressources disponibles et exigent de chacun de leurs adhérents une contribution forfaitaire appropriée* » ne sont pas dans le champ de la directive. Sauf erreur, il s'agit de la définition même d'une mutuelle.

Le texte vient, donc, directement dire que les mutuelles sont hors-champ de la directive, et elles y sont, malgré cela, soumises.

Cela a fait l'objet de nombreux recours que la Fnim a lancés et qui n'ont pas été couronnés de succès mais le bon sens aurait dû l'emporter,

C-La règle des "4 yeux", une erreur de traduction

Quant à la fameuse règle dite des "4 yeux", qui s'impose aux mutuelles, elle est née d'une erreur colossale : dans le texte originel anglais, il y a une expression idiomatique britannique qui a été littéralement traduite en droit français. Le texte anglais parle d'un contre-pouvoir. Ce qui est très différent de ce que l'on demande aux mutuelles de mettre en place.

Effarés de la manière dont le texte a été interprété, les Anglais ont retiré ce paragraphe du texte original. Il est, cependant, resté dans la lecture française.

On peut, d'ailleurs, se demander comment il se fait que, dans les mutuelles, le président est obligatoirement dirigeant effectif, que c'est interdit dans les IP et optionnel pour une compagnie d'assurance. Cela fait partie des curiosités ... surprenantes.

D-Propositions pour une révision de Solvabilité 2

En 2020, devait être révisée Solvabilité 2. Pour des raisons compréhensibles, cela est retardé.

La Fnim a reçu une commande de l'ACPR (l'autorité de contrôle) afin de contribuer à simplifier cette directive qui est, de fait, monstrueuse, démesurée, complètement disproportionnée pour les mutuelles de terrain, de proximité. Même s'il est vrai que cette directive peut avoir des côtés utiles en amenant des progrès dans la gouvernance et dans les contrôles.

Pour cette révision, la Fnim propose deux choses. Tout d'abord de relever considérablement le seuil d'application de la directive (aujourd'hui fixé à hauteur d'un chiffre d'affaires de 5 millions d'euros) jusqu'à 50, 75 voire 100 millions d'euros d'encaissement de cotisations.

Par ailleurs, est-on certain que, dans les structures mutualistes, même dans les plus grosses, chacun appréhende toutes les subtilités des textes permettant le calcul de la solvabilité ? Les contrôleurs, eux-mêmes, peuvent s'y perdre.

La Fnim, ayant étudié l'intégralité des rapports SFCR (Rapport sur la solvabilité et la situation financière-*Solvency and financial condition report*) rendus chaque année à l'ACPR, propose une autre méthode, extrêmement simple, qui tient en trois ou quatre lignes. Cette méthode concatène les cotisations, les prestations et les réserves et donne exactement le même résultat que celui obtenu en appliquant ces règles complètement abscondes que l'on impose d'utiliser. Ce calcul a été vérifié sur la totalité des rapports rendus à l'ACPR.

La question est de savoir si l'on doit vivre dans un monde où pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué.

De nombreuses discussions avec le secrétariat général de l'ACPR encouragent à travailler dans ce sens.

E-La solidarité taxée et autres aberrations

Autre sujet, la fiscalité, imposée, indirectement, par l'Europe¹ : comme les mutuelles sont considérées comme des assureurs, elles doivent subir les mêmes règles fiscales que les autres. On taxe, on impose la solidarité. Leurs spécificités sont, là aussi, piétinées.

Pour autant, à la différence de l'économie lucrative, les mutuelles ne récupèrent toujours pas la TVA.

Au final, en quelques années, les taxes sur les organismes mutualistes sont passées de quasiment 0 % à 14, 27 %, et bientôt à 17 % avec la « taxe Covid ».

Et ce n'est pas tout ! En 2016, la Commission européenne² a fait entrer les mutuelles dans la liste des EIP (Entités d'intérêt public), structures qui, en cas de défaillance, provoqueraient une catastrophe systémique. On peut penser que si Axa, Allianz, peut-être Vyv, défailaient, cela provoquerait une catastrophe systémique. Si une petite mutuelle de terrain défailait, cela ne ferait pas plus de 3 lignes dans le quotidien local. Concrètement, cette inscription crée des coûts supplémentaires.

En conclusion, cela fait beaucoup d'éléments, d'exemples, qui, depuis une cinquantaine d'années, aboutissent au fait qu'aujourd'hui, il reste moins de 200 mutuelles actives.

En conséquence, peut-on penser qu'avec une poignée de mutuelles, la population soit mieux servie, mieux accompagnée qu'elle ne l'était auparavant ?

Sous prétexte d'ambitions de conquête de marché extérieur et d'obsession de croissance externe, on foule aux pieds tout ce qui fait que le modèle mutualiste n'est pas soluble dans l'assurance et n'est pas soluble dans les directives européennes³.

1 Effectivement, la compétence de l'Europe en matière de fiscalité est nulle, précise Bruno Gabellieri. Ce n'est donc que par effet induit que les mutuelles sont fiscalisées.

2 « Sûrement *par un nouveau geste d'amour* » juge Philippe Mixe en souriant ... jaune.

3 NB : Il faut noter que Bruno Gabellieri se déclare tout à fait d'accord avec, en particulier, le relèvement du seuil d'application de Solvabilité 2. L'AEIP a eu, justement, une réunion le 11 décembre pour en parler avec l'Eiopa (Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles, *European insurance and occupational pensions authority*). Et, le 17 décembre, ce dernier organisme rendait publiques ses propositions dans le cadre de la révision de Solvabilité II. L'Eiopa propose de donner aux États membres la possibilité de fixer le plancher d'application de la directive dans une fourchette allant de 5 à 25 millions d'euros. Quant au principe de proportionnalité, sans entrer dans le détail, l'Eiopa semble en tenir compte. Ce qui pourrait permettre à des organismes de taille moyenne ou petite de bénéficier de simplifications, en particulier quant aux fonctions-clés, avec la possibilité de les fusionner ou de les cumuler (fin de la règle des « 4 yeux ?). Sont proposées, également, la diminution de la fréquence des rapports réglementaires et la simplification du SFCR.

IV-Les enjeux de l'avenir

Christian Oyarbide présente, tout d'abord, le Cercle Vivienne, un *think tank* d'acteurs complémentaires de la protection sociale qui réunit les familles du non lucratif (mutualiste et paritaire), puis l'ouvrage qu'a fait paraître ledit cercle : *La Sécurité sociale au cœur de la démocratie*. Ouvrage qui a donné la parole, entre autres, à **Jean-Pierre Daniel, Philippe Mixe et Bruno Gabellieri**.

Rebondissant, ensuite, sur l'encadrement des mutuelles par les directives européennes, il se déclare un peu plus optimiste pour « *une raison assez simple* ». Il estime que « *la question de la démocratie sociale et de son incarnation est au cœur de la crise de nos démocraties* ». Et que l'on ne pourra pas faire l'économie de la résoudre. Et, « *de fait, Solvabilité 2 ne répond pas à ces enjeux* » mais « *si les mutualistes s'emparent de ces questions, ils auront un rôle majeur à jouer* ».

Puis, il expose les tensions qui traversent notre système de protection sociale, en matière de santé. Précisant qu'elles « *étaient déjà présentes en 45, lors de la création de la Sécurité sociale, et même auparavant* », il faut « *les repenser avec les mots et les contraintes d'aujourd'hui* ». Il en a identifié cinq « *mais il y en a sans doute plus* ».

A-Vision assurantielle et vision solidaire.

La première tension est celle qui existe entre une vision assurantielle et une vision solidaire de la protection santé.

Dans une vision assurantielle, on couvre des risques et on sélectionne les populations assurables. Se pose, alors, la question de l'acceptabilité sociale.

Dans une vision mutualiste, solidaire, on n'œuvre pas pour assurer des risques, on œuvre pour garantir l'accès de tous à la santé. La mission des mutuelles, ce n'est pas juste de rembourser le Doliprane derrière la Sécurité sociale, c'est de garantir l'accès à la santé des populations.

On voit bien que poser la question dans ces termes-là rend un peu dérisoire les calculs de Solvabilité 2.

B-Approche budgétaire et approche par les besoins

La 2^e tension, qui traverse la protection sociale aujourd'hui, surtout la française, c'est celle du choix entre une approche par les équilibres budgétaires et une approche par les besoins.

L'approche budgétaire, qui domine les débats aujourd'hui, privilégie l'équilibre comptable de la Sécurité sociale ou des systèmes sociaux, un équilibre défini sur la base d'un niveau de cotisation acceptable. Se pose alors la question du niveau de cotisation acceptable : est-ce celui d'aujourd'hui, celui de la moyenne des autres pays européens ? Est-ce la bonne façon de poser le problème ?

Quant à l'approche par les besoins, elle pose la question de savoir quel est l'objectif pour la population. Ce serait, par exemple, de dire que l'objectif, ce n'est pas l'équilibre de la Sécurité sociale mais d'augmenter l'espérance de vie. Là encore, on n'est plus dans solvabilité 2, on n'est plus dans les équilibres comptables, on est dans une autre logique.

Évidemment, en disant cela, on n'évacue pas l'ensemble des questions, y compris budgétaires.

Il faudra par exemple retravailler sur les besoins à couvrir collectivement.

Mais toutes ces questions doivent être soulevées, débattues dans le cadre démocratique, avec les citoyens et non pas entre experts ou comptables. Ce sont des débats que l'on peut, également, faire vivre dans les mutuelles.

C-Solidarité démocratique universelle et solidarité réparatrice individuelle

La 3^e tension est celle qui existe entre une solidarité démocratique universelle et une solidarité réparatrice individuelle.

Dit autrement, c'est « *je cotise, donc j'ai des droits* » ou « *j'ai des droits individuels financés par la solidarité nationale ou professionnelle* ». Dans ce dernier cas, pour compenser, disons, des pertes de chance.

Poussé à l'extrême, cela pourrait donner deux catégories de population : d'un côté, ceux qui peuvent payer, qui sont solvables, et dont le risque est assurable et, de l'autre, tous les autres, dont on laisserait à l'État le soin de s'occuper.

La solidarité démocratique, c'est plutôt : tout le monde a les mêmes droits et ce sont les accidents de la vie qui font que l'on exerce ou pas ses droits.

D-La responsabilité des acteurs

Le 4^e enjeu est celui de la responsabilité des acteurs en matière de santé des populations.

On peut penser à la responsabilité des entreprises envers la santé de leurs salariés. C'est d'actualité puisque un accord national interprofessionnel a été signé sur le sujet le 10 décembre. Il y a une tension, là encore, entre partisans et opposants à la responsabilité sociale de entreprises.

Aujourd'hui, il n'est plus possible de s'exonérer, quand on est une entreprise de taille significative, de cette responsabilité, pas plus, d'ailleurs que de l'évaluation de l'impact de son activité sur la santé des consommateurs ou de ses autres parties prenantes.

E-La santé comme domaine régalién

La 5^e tension, c'est le débat entre ceux qui souhaitent que le champ de la démocratie se limite à la définition de règles communes, si possibles minimales, pour ensuite laisser place au marché et ceux qui estiment que ces questions relèvent du domaine régalién, ou du bien commun, au même titre que la sécurité, la justice, la défense ...

C'est un débat qui va resurgir et rebousculer les règles. Il faut souhaiter que ce débat se passe au niveau européen.

Si l'on veut que nos démocraties vivent, la hiérarchie des normes doit imposer que l'intérêt sociétal et social dépasse les ajustements par le marché et la recherche des rentabilités ou d'équilibres assurantiels, comptables ou actuariels.

Il faudra donc imaginer de nouveaux indicateurs d'utilité pour évaluer l'action des acteurs sur la santé, singulièrement des non lucratifs.

Ce serait, d'ailleurs, à eux, et plus largement à l'Économie sociale et solidaire, de porter cette ambition. Mais, pour qu'elle éclore, il faudrait, pour cela, que les dirigeants de l'ESS veuillent bien, individuellement et collectivement, faire cette révolution dans leurs têtes.
