

# Conférence nationale de santé

Avis du 18.06.13  
« Pour une évolution solidaire du système de santé »

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



# Conférence nationale de santé

## Pour une évolution solidaire du système de santé

**Avis de la Conférence nationale de santé (C.N.S.) sur les solidarités en santé  
approuvé lors de l'Assemblée plénière du 18.06.13**  
texte préparé par le groupe de travail "[Solidarités du système de santé](#)"



### Résumé de l'avis

La Conférence nationale de santé (C.N.S.) entend formuler des avis en prise avec la réalité et sa complexité.

La C.N.S. a récemment formulé un avis pour souligner les risques liés à la crise économique<sup>1</sup> pour la gestion du système de santé, et en matière de politiques de santé<sup>2</sup>, a rappelé de façon constante que les choix effectués s'inscrivent dans un cadre contraint impliquant des priorisations. La C.N.S. constate aujourd'hui que sous la pression de l'urgence économique, devant des besoins sociaux nouveaux ou le déploiement de nouvelles techniques et pratiques professionnelles, les fondements de solidarité de notre contrat social peuvent peser parfois de peu de poids. En s'interrogeant sur la solidarité, la C.N.S. manifeste son attente que les réformes et les choix de demain se fassent en confortant le système de solidarités et non en le réduisant.

Le présent avis est formulé à un moment où les grandes orientations de la Stratégie nationale de santé (S.N.S.) vont être présentées, où la loi de santé publique et celle de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie sont attendues. Des choix fondamentaux vont être opérés.

Dans cet avis, en 5 points, la C.N.S. fait l'inventaire des principes et des enjeux de solidarité dans le champ de la santé (entendue au sens large, c'est-à-dire incluant notamment la perte d'autonomie et les situations de handicap), et formule les principes et critères qu'elle retiendra pour évaluer les politiques futures sous l'angle de leur impact sur la solidarité.

### 1. Expliciter l'objet de la démarche et l'intention de l'avis ;

<sup>1</sup> [Avis de la C.N.S. du 02.04.13 sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé : Comment sortir plus forts de la crise ?](#)

<sup>2</sup> [Avis du 16.12.11 portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025](#)



## **2. Analyser les fondements de la solidarité en santé, leur sens et leur traduction institutionnelle :**

La solidarité est au cœur du lien social ; c'est tout un ensemble de droits et de devoirs réciproques entre les personnes, les institutions, les professionnels, tous les intervenants. L'Assurance maladie organise un système de droits « *selon les besoins* » en mutualisant, entre biens portants et malades (des solidarités dites « horizontales »), des contributions obligatoires dues « *selon les ressources* » (des solidarités dites « verticales »). Le champ de la maladie mobilise ainsi une très grande part des prestations, des financements et des professionnels qualifiés. Mais, pour la prise en charge des besoins de santé, interviennent aussi, la [Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie](#) (C.N.S.A.), les Conseils généraux et les Maisons départementales des personnes handicapées (M.D.P.H.), les Centres communaux d'action sociale (C.C.A.S.) et les professionnels sociaux ainsi que toutes les associations et les aidants. Dans les domaines de la perte d'autonomie et des situations de handicap, ce sont à la fois des financements de nature universelle (l'impôt), bien que souvent encore disparates selon les territoires, et des solidarités de proximité, familiales ou intergénérationnelles qui seront mobilisés. En santé, l'enjeu de solidarité est ainsi de faire coexister, coopérer, dans l'intérêt des usagers, diverses logiques et sphères de solidarités.

## **3. Mettre en perspective les conséquences des évolutions récentes du système de solidarités :**

Le bilan de ce système pluri-solidaire est incontestablement positif. Les effets redistributifs de l'assurance maladie, les progrès d'état de santé ont été établis. Les acquis de la [loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#), la compensation de la perte d'autonomie, l'établissement des besoins d'aide et des projets de vie, font partie du quotidien des acteurs.

Mais les difficultés et les dysfonctionnements conduisent à s'interroger sur le devenir de la solidarité en santé. 3 préoccupations ont été relevées :

- c'est tout d'abord, dans la sphère de la maladie, les difficultés financières et les choix de pilotage qui mettent en péril la solidarité. En effet, face aux déficits récurrents des régimes obligatoires, sans toujours faire le choix de l'efficacité, et plutôt que d'évoluer vers des rémunérations adaptées, on laissera croître les dépenses des organismes complémentaires et les dépassements d'honoraires, ce que l'avis caractérise comme des renvois incessants à la sphère non solidaire ;
- pour les usagers, l'inorganisation des parcours de santé et de la coopération entre les professionnels, les conflits de territoires et de compétences créent des blocages, des filières de financement, des conflits de responsabilité, conduisant à des choix qui dépendront des financements plutôt que des services rendus, au risque de transformer le système de solidarités en santé en un vaste terrain de droits de tirage plutôt que de services ;
- enfin, les politiques qui, sous couvert de responsabilisation, ont accru les restes à charge de toutes formes (forfaits et franchises), les facturations directes aux patients, la facturation de plus en plus fréquemment individualisée (du fait des dépassements) du montant des honoraires, aussi bien à l'hôpital (secteur privé) que dans les cabinets libéraux, remettent en



cause les fondements mêmes des solidarités en santé. Ceci fragilise tant la solidarité malades/bien portants (puisque les malades payent pour leurs soins) que la mutualisation des ressources (puisque les soins et prises en charge de chacun pourront dépendre de sa capacité à payer le professionnel, l'établissement, ou du prix et du niveau de sa garantie complémentaire). Se sont ainsi développés des écarts incompréhensibles entre le droit et la réalité (pourquoi 30 % des personnes handicapées renoncent-elles à des soins <sup>3</sup> ?).

#### **4. Construire en s'engageant dans des choix solidaires ? L'avis s'attache *in fine* à définir 2 orientations, énoncer des principes d'action et dégager 3 champs critiques :**

La C.N.S. identifie donc des orientations clés et dégage des « champs critiques » où se concentrent des enjeux d'avenir pour le système solidaire. Chacun de ces 3 champs, pourront demain, lors des choix et des réformes, être domaine témoin de la volonté de solidarité. La C.N.S. fait en quelque sorte un premier exercice pratique dans ces 3 domaines et élabore, ce faisant, une grille de lecture qui lui permettra dans l'avenir d'« évaluer » en quoi les propositions qui lui seront soumises contribuent à conforter les solidarités en santé.

##### **a) 2 orientations majeures pour une évolution solidaire du système de santé :**

- 1) Le double principe de solidarité qui prévaut en assurance maladie doit guider les réformes à venir.** En conséquence, il faut se réinterroger sur un système de participations financières dépendant des recours, donc de l'état de santé et des besoins. De même, soumettre l'accès aux prestations à la capacité de paiement des personnes (y compris dans le principe de l'avance des frais, source avérée de renoncement aux soins) doit être reconsidéré. La C.N.S. souligne ainsi que s'orienter vers des propositions comme le « bouclier sanitaire », qui reviendraient à différencier le niveau de prestations selon les ressources, ferait courir au système le risque d'implosion de la mutualisation. En effet, comment alors s'opposer à des ruptures dans le système de solidarité où certains voudraient définir leurs contributions financières selon les risques et les prestations attendues ? La C.N.S. préconise donc que les réflexions engagées sur le financement et les ressources des régimes obligatoires prennent en compte ces enjeux de solidarité, qu'il s'agisse des taux de Contribution sociale généralisée (C.S.G.) ou de la proportionnalité des prélèvements. La C.N.S. rappelle à cet égard que la visibilité de la mutualisation, c'est à dire la transparence des financements, garantit la confiance, donne leur légitimité aux prélèvements obligatoires, permet le bon fonctionnement de la solidarité. La C.N.S. souhaite également que dans le champ des prestations les modalités de participations des usagers soient réexaminés au regard des enjeux d'équité et de solidarité.
- 2) La C.N.S. est attachée au renforcement mutuel des différents niveaux de solidarités : solidarités nationales et de proximité, solidarités publiques et privées, solidarités entre les générations et entre les populations.** Loin d'être une pétition de principes, cette logique doit être à l'œuvre dans les réformes et dans les choix des acteurs pour permettre des consolidations mutuelles. La C.N.S. remarque que cette prise en compte des différentes sphères de solidarité devrait prévaloir, au bénéfice des personnes, dans les réflexions à venir sur l'aide en cas de perte d'autonomie.

<sup>3</sup> « [L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées](#) » - Rapport établi par M. Pascal JACOB, Président de Handidactique - I = MC2, sur mission de Mme Marisol TOURAINE, juin 2013



**b) Des principes d'action pour redéployer les financements et les ressources des solidarités :**

Mais pour autant, la C.N.S. est « réaliste » : la difficulté de l'exercice est bien de trouver les moyens d'agir en préservant les solidarités dans un univers contraint. Il s'agit donc de redéployer les solidarités, les financements et les ressources en respectant des principes d'action que sont **l'équité** vis-à-vis des personnes et **l'égalité de traitement** entre les territoires, d'effectuer des choix collectifs **d'efficience et de pertinence** des actes et services individuels, **d'évaluer les services rendus et accroître la transparence**.

**c) L'application de ces orientations et principes dans 3 champs critiques :**

Ainsi, la C.N.S. a dégagé 3 « champs critiques », parce qu'ils sont à la fois emblématiques et porteurs de défis pour les solidarités en santé demain.

- 1) **Construire des parcours de santé solidaires** rassemble, au bénéfice des usagers, le principe de coordination des différents champs et pratiques de solidarités en santé. La responsabilité des professionnels sera de coopérer dans une approche de responsabilité partagée et dans l'objectif de la qualité de ces parcours, celle des financeurs de favoriser ces coopérations. Les usagers, leurs familles, leurs représentants sont les acteurs de premier rang de la construction de ces parcours ;
- 2) **Reconnaître la place des aidants** comme acteurs de la solidarité est une nécessité dans la perspective de coexistence des sphères de solidarité ;
- 3) **Définir des conditions qui permettraient d'étendre les conditions de solidarité aux financements complémentaires.** Avoir une couverture complémentaire à l'assurance maladie est aujourd'hui nécessaire pour un bon accès aux soins. Or, le fonctionnement concurrentiel de l'assurance conduit à la segmentation des risques et des populations. Les prestations dépendent des capacités de paiement des personnes ou des groupes prenant de front les principes de solidarités en santé. Des conditions renforcées de solidarité, en contrepartie des aides publiques, concernant toutes les formes de contrats et tous les opérateurs pourraient être recherchées. Il s'agirait de garantir la meilleure mutualisation au sein des organismes et entre les organismes, et d'organiser la cohérence, dans un cadre de régulation, entre les régimes universels et les régimes non obligatoires.

**5. Rappeler que la mise en œuvre des solidarités relève de responsabilités individuelles autant que collectives :**

La réflexion engagée sur les différents champs et les formes des solidarités a fait émerger de nombreuses questions tenant tant aux responsabilités individuelles que collectives. La C.N.S. a fait sienne l'idée que la solidarité est l'affaire de chacun (usager, professionnel, association, établissement, institution, ...) dans son exercice, ses recours, ses comportements de tous les jours, mais pour autant, la prise en compte des solidarités en santé doit guider les pratiques et les choix collectifs dans les réformes à venir.



## Table des matières

### Introduction : la Conférence nationale de santé (C.N.S.) s'autosaisit de la question des solidarités en santé

<b>1.</b>	<b>Un avis fondateur pour la réflexion de la C.N.S. sur les solidarités</b> .....	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>Les solidarités en santé s'appuient sur une « conception sociétale » partagée</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1</b>	La solidarité est au cœur du lien social, constituée des droits et devoirs réciproques .....	<b>10</b>
<b>2.2</b>	Liberté, Egalité, Fraternité, trois « philosophies du social » non exclusives décrivent <i>in fine</i> un système de « solidarités » .....	<b>10</b>
<b>2.3</b>	Le double principe de solidarité de l'Assurance maladie : solidarité entre les revenus, solidarité entre « malades et bien portants » est fondamental .....	<b>11</b>
<b>2.3.1</b>	L'exigence de mutualisation pour la maladie .....	<b>12</b>
<b>2.3.2</b>	La proportionnalité des financements .....	<b>13</b>
<b>2.4</b>	Les compensations de la perte d'autonomie ou des situations de handicaps relèvent de principes de solidarité différents .....	<b>14</b>
<b>2.5</b>	L'enjeu de la solidarité en santé : des sphères et des logiques de solidarités .....	<b>16</b>
<b>2.5.1</b>	au sein du système « maladie » .....	<b>16</b>
<b>2.5.2</b>	au sein du système « perte d'autonomie et situations de handicaps » .....	<b>16</b>
<b>3.</b>	<b>Des difficultés et dysfonctionnements conduisent à s'interroger sur le devenir du système solidaire en santé</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1</b>	Les difficultés financières et les choix de pilotage mettent en péril le système solidaire .....	<b>18</b>
<b>3.2</b>	L'inorganisation des parcours de soins et des parcours de santé, les conflits de territoires et de compétence, créent des blocages pour les usagers .....	<b>19</b>
<b>3.3</b>	Les politiques concernant les restes à charge (R.A.C.) remettent en cause les principes fondateurs du système solidaire .....	<b>20</b>
<b>3.4</b>	Les inégalités sociales de santé et les inégalités de territoire sont un défi à la solidarité .....	<b>21</b>
<b>3.5</b>	La problématique de l'articulation des principes de solidarité .....	<b>22</b>



<b>4.</b>	<b>Orientations de la C.N.S. pour une évolution solidaire du système de santé</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	En maladie, le double principe de solidarité peut guider les réformes à venir	<b>23</b>
<b>4.1.1</b>	Les conséquences du double principe	<b>23</b>
<b>4.1.2</b>	La solution de « bouclier sanitaire » constitue une solution paradoxale et périlleuse pour le système solidaire	<b>24</b>
<b>4.2</b>	Solidarités nationale et de proximité, solidarités publiques et privées : les solidarités en santé doivent se renforcer mutuellement	<b>25</b>
<b>4.3</b>	Redéployer les solidarités en santé	<b>26</b>
<b>4.4</b>	Des principes d'action pour redéployer les solidarités	<b>27</b>
<b>4.5</b>	Trois « domaines critiques » témoins du devenir des solidarités en santé	<b>27</b>
<b>4.5.1</b>	Construire des parcours de santé solidaires	<b>28</b>
<b>4.5.2</b>	La reconnaissance de la place des aidants dans les parcours de santé solidaires est une composante indispensable de la complémentarité des solidarités	<b>30</b>
<b>4.5.3</b>	Définir des conditions qui permettraient d'étendre la solidarité aux financements complémentaires	<b>30</b>
<b>5.</b>	<b>La réussite du redéploiement des solidarités en santé relève tout autant de responsabilités individuelles que de responsabilités collectives</b>	<b>31</b>
<b>5.1.1</b>	Responsabilités individuelles	<b>32</b>
<b>5.1.2</b>	Responsabilités collectives	<b>32</b>



## Introduction : la Conférence nationale de santé (C.N.S.) s'autosaisit de la question des solidarités en santé :

La Conférence nationale de santé (C.N.S.) a exprimé à plusieurs reprises sa préoccupation d'ancrer la réflexion sur les politiques de santé dans la réalité des financements et des systèmes de protection. Elle s'est ainsi étonnée, dans son [avis du 16 décembre 2011 portant sur les éléments de réflexion pour une politique de santé 2011-2025](#) que l'on puisse « *définir des orientations de politique de santé, sans traiter du financement des politiques et des dépenses de santé, et de la part de la protection sociale dans ce financement* ». A l'occasion de sa [Contribution au débat électoral 2012 : conduire le changement vers un système de santé rénové et encore plus solidaire](#), la C.N.S. rappelait que « *l'équilibre financier de notre système de protection sociale doit être obtenu de façon équitable pour tous* » ; elle souhaitait ainsi « *que les choix à effectuer et les modalités de l'évolution à engager, y compris les efforts à fournir, résultent d'une démarche participative.* ».

Plusieurs contributions, notamment les travaux du [Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie](#) (H.C.A.A.M.), ont proposé au débat public des constats approfondis sur la situation des inégalités, et les difficultés dans la mise en œuvre des principes de solidarité qui fondent la protection de la santé. Le H.C.A.A.M. a notamment examiné le double principe de solidarités selon les revenus et entre malades et bien portants, et constaté que, si celui-ci restait toujours à la base du système obligatoire de prélèvements et de prestations dans le champ de la maladie, sa mise en application se trouve fragilisée par un ensemble de facteurs : les malades peuvent être amenés à payer beaucoup du fait des forfaits et des restes à charge ; les évolutions des besoins déséquilibrent les notions de « malades » et « bien portants » ; la maladie ne couvre qu'une partie, sanitaire, des besoins de santé ; etc.

La C.N.S. s'est donc [autosaisie en juillet 2012](#) pour engager une réflexion qu'elle voulait large - couvrant les différents domaines de la santé, mais néanmoins réaliste dans ses propositions - sur laquelle asseoir ses propres travaux et recommandations ultérieurs. Il s'agit en quelque sorte de poser les principes des approches futures.

En effet, des réformes importantes sont à venir en particulier dans le cadre de la Stratégie nationale de santé dont la loi de santé publique marquera une première étape. Les périmètres et les modalités de la solidarité -avec notamment la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie- seront nécessairement partie intégrante des réformes. La C.N.S. a jugé utile d'aborder la question sous l'angle de la solidarité tout au long du parcours de santé. La C.N.S. a alors mesuré que cette volonté d'envisager tout le parcours de santé, au-delà du parcours de soins, conduisait à s'interroger sur l'articulation, la coordination, la cohérence, voire les priorités, entre les sphères sanitaires et médico-sociales, ou entre des systèmes de solidarités plus clairement publiques, autour de la solidarité nationale, et d'autres relevant des solidarités de proximité, intergénérationnelles, de communauté ou familiales. Plusieurs questions se sont posées auxquelles l'avis va essayer d'apporter des éléments de réponses :

- Quels sont les critères de solidarité, de justice ou d'efficacité à partir desquels pourraient s'effectuer les choix et être définies des priorités ?
- Comment apprécier si le système aujourd'hui fonctionne de façon solidaire, qu'il s'agisse des critères d'attribution, de la gestion ou de la définition des prestations ?





- Quelles propositions contribuent à l'évolution solidaire du système de santé ?

### 1. Un avis fondateur pour la réflexion de la C.N.S. sur les solidarités :

L'objectif de l'avis est de constituer sur la base du bilan de la situation actuelle et de l'analyse des membres de la C.N.S., un *corpus* de principes et recommandations sur la définition, la place et les enjeux des critères de solidarité dans les choix d'évolution du système de santé.

La C.N.S. a souhaité examiner la situation et les conditions d'évolution de la solidarité dans le système de santé tout au long du parcours des usagers :

- a) la C.N.S. examine les situations de la solidarité dans le système de soins et d'assurance maladie d'une part, mais aussi dans l'ensemble du parcours de santé des personnes, concernant aussi bien les dispositifs de soins que de compensation des handicaps et d'aide à l'autonomie ;
- b) la C.N.S. considère que la protection de la santé relève de choix collectifs et souhaite que les actions sur les déterminants des états de santé, dans la mesure où elles contribuent à la mise en œuvre et à l'effectivité de la solidarité en santé, aient toute leur place dans cette approche. Ainsi, conditions de travail et de logement, transition écologique, politiques environnementales, infrastructures de transport, et éducation sont en lien avec la réflexion menée ici même si elles ne font pas l'objet de développements spécifiques ;
- c) La C.N.S. s'intéresse aux modalités financières de la solidarité, mais aussi aux autres formes de solidarité, en tant qu'elles contribuent à déployer et faire vivre le lien social, qu'il s'agisse des associations, des coopérations professionnelles ou des territoires, des aidants individuels ou des décideurs : nul n'est unique dépositaire et effecteur de la solidarité en santé.

Les propositions formulées ici portent sur les solidarités en santé : comment les faire évoluer dans un contexte de difficultés financières des institutions, de fragilité des représentations, de pluralité des besoins légitimes et reconnus ?

Ces dernières années, émanant du H.C.A.A.M., de la C.N.S.A. et de nombreux autres acteurs, ou plus récemment du [Haut Conseil pour le financement de la protection sociale](#), de nombreux avis, des contributions, des rapports..., ont fait des diagnostics et des propositions concernant le système de solidarités en santé. Ils portent le plus souvent sur les aspects financiers et leurs difficultés. Les membres de la Conférence nationale de santé ont exprimé <sup>4</sup> qu'ils étaient préoccupés des risques encourus par le système solidaire du fait des déficits. Ils ont aussi exprimé un doute majeur sur certains choix de gestion, notamment des solutions le plus souvent de court terme qui *in fine* vont fragiliser le système solidaire (qu'il s'agisse des transferts sur les usagers ou les assureurs, de la déconnection entre les prix facturés et les bases de remboursements, des prix libres des dispositifs médicaux ou de la croissance des dépassements d'honoraires), tandis que les choix d'efficience, l'évaluation du service rendu sont perçus comme étant insuffisants. L'attachement au double principe fondateur du système de solidarités de l'assurance maladie a été fortement confirmé. Constatant les apports d'autres formes de solidarité à la réponse aux

---

<sup>4</sup> Pour élaborer cet avis, la C.N.S. a réuni régulièrement en 2012 et 2013 un [groupe de travail spécifique](#) ; un questionnaire *ad hoc* a été élaboré et proposé à tous les membres de la Conférence ; les résultats à ce questionnaire ont été présentés en Conférence plénière.



besoins de santé, autour du soin, au sein des familles, dans des établissements dits « médico-sociaux », les membres de la C.N.S. ont souligné la faible reconnaissance des interventions, les difficultés de coordination, et les risques de rupture dans les filières de prise en charge qui en résultaient <sup>5</sup>. Ils ont aussi souhaité que les autres formes de solidarité puissent être prises en compte, et que les acteurs de proximité des solidarités, qu'ils agissent dans un cadre privé ou public trouvent leur place et qu'elle soit reconnue.

La C.N.S., dans cet avis, propose d'examiner dans quelles conditions ces principes et ces modalités peuvent fonder des décisions nécessaires aux évolutions et à des choix solidaires pour le système et les parcours de santé.

## **2. Les solidarités en santé s'appuient sur une « conception sociétale » partagée :**

### **2.1 La solidarité est au cœur du lien social, constituée des droits et devoirs réciproques :**

Que l'on se réfère à son contexte juridique (être obligé solidaire), mécanique (la solidarité des maillons de la chaîne) ou philosophique (doctrine du solidarisme), est solidaire « *in solido* » « *ce qui intervient pour le tout* », celui ou la partie, qui est responsable envers le tout. La solidarité, concept au demeurant assez spécifiquement français, renvoie ainsi à la fois à l'engagement par lequel deux ou plusieurs personnes s'obligent mutuellement, les unes pour les autres et chacune pour toutes, et aux droits qu'elles peuvent en attendre en retour. « *Mais pour tous au fond, et sous des noms divers, la doctrine est la même, elle se ramène clairement à cette pensée fondamentale : il y a entre chacun des individus et tous les autres un lien nécessaire de solidarité ; c'est l'étude exacte des causes, des conditions et des limites de cette solidarité qui seule pourra donner la mesure des droits et des devoirs de chacun envers tous et de tous envers chacun (...)* » <sup>6</sup>.

### **2.2 Liberté, Egalité, Fraternité, trois « philosophies du social » <sup>7</sup> non exclusives décrivent *in fine* un système de « solidarités » :**

De même que notre devise républicaine s'agence autour d'un triptyque, dont André MASSON souligne qu'il conduira dans les choix collectifs et individuels à s'appuyer respectivement plutôt sur le marché, l'Etat, ou la famille, notre système de solidarité est multiple. Les uns préféreront se référer à la responsabilité des agents, les autres feront appel à la responsabilité citoyenne, les troisièmes compteront sur la complémentarité, la générosité, l'entraide au sein des familles et des associations.

Aucun système ne fonctionne sur un seul principe. C'est bien autour de l'articulation de ces différentes « sphères de solidarité » que la C.N.S. se positionne.

La solidarité nationale sera alors l'organisation collective de ces droits et devoirs réciproques par les pouvoirs publics « *l'Etat dont la raison est d'établir la justice entre les hommes, a donc le droit et, par conséquent, le devoir, d'intervenir pour établir l'équilibre.* » <sup>8</sup>. La solidarité résultera de la façon dont sont constituées des ressources collectives, pour donner accès à des droits sociaux et des prestations. Elle dépendra aussi de l'ensemble des solidarités entre les personnes, au sein des

<sup>5</sup> Pour plus de développements, voir l'avis de la C.N.S. du 18 juin 2013 : « [Faire vivre les principes de solidarité dans le champ de l'autonomie](#) ».

<sup>6</sup> Léon BOURGEOIS : « Solidarité » p. 10. Armand Colin éd. 1896

<sup>7</sup> André MASSON : « Des liens et des transferts entre générations » éditions E.H.E.S.S. 2009

<sup>8</sup> Léon BOURGEOIS : *ibid.* p.37.



familles, des actions des réseaux, d'associations, de relations de proximité, mettant en œuvre et déployant ces liens sociaux.

### **2.3 Le double principe de solidarité de l'Assurance maladie : solidarité entre les revenus, solidarité entre « malades et bien portants <sup>9</sup> » est fondamental :**

Le [rapport du H.C.A.A.M. de janvier 2011](#) a confirmé les travaux de 2004 et rappelé le double principe fondateur de la solidarité nationale pour la maladie qui concrétise le « *droit à la protection de la santé* », érigé au rang de principe constitutionnel (11<sup>ème</sup> alinéa <sup>10</sup> du Préambule de la Constitution de 1946 repris par la Constitution de la Vème République du 4 octobre 1958).

⇒ « solidarité verticale » entre hauts et bas revenus,

⇒ « solidarité horizontale » entre biens portants et malades : les prestations sont versées en fonction de l'état de maladie et non du niveau de revenu de chacun.

Le rapport du H.C.A.A.M. rappelle ainsi clairement qu'« *Il ne s'agit pas d'aider ceux des malades qui n'arrivent pas à couvrir leur frais, mais d'aider les malades parce qu'ils sont malades et pour couvrir leurs frais. C'est le sens de « l'universalité » des prestations en nature, versées en fonction des frais de la maladie, et non de la situation de fortune du malade.*

*Ce choix fondamental, qui fait que la santé de chacun devient une fonction d'utilité collective, ne s'imposait pas. L'accessibilité financière pour tous aurait pu, par exemple, être garantie par la seule solvabilisation des bas revenus. Ce que faisant, on n'aurait pas répondu aux coûts objectifs de la maladie, mais à la plus ou moins grande difficulté personnelle de couvrir ces coûts ».*

Avec cette définition de l'universalité par le H.C.A.A.M., c'est la reconnaissance du risque ou du besoin lui-même qui déclenche l'intervention de la solidarité nationale, et non la situation économique des personnes qui est, elle, prise en compte dans le système de contributions, qu'elles soient sociales ou fiscales. Les ressources, des régimes quant à elles résultent « *des prélèvements indépendants de l'état de maladie ou du risque maladie* ».

Souvent résumé par l'idée que chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins, ce double principe prévoit que les financements sont une déclinaison de l'égalité devant les charges publiques, tandis que les prestations relèvent du principe de mutualisation des ressources collectives.

Ce double principe organise les conditions de financement et d'accès aux droits. Il a été traduit dans le système français par la construction de l'Assurance maladie.

---

<sup>9</sup> La formulation « entre malades et bien portants » peut aujourd'hui sembler inadaptée aux évolutions des situations individuelles, qu'il s'agisse des malades chroniques, ou des personnes en situation de handicap ; au-delà de l'idée normative du « bien portant », antagoniste avec l'état de « maladie », on note en effet la contradiction flagrante avec la situation de nombreux malades chroniques aujourd'hui, qui bien pris en charge se trouvent dans l'un et l'autre champ, montrant que l'état de santé est loin d'être binaire. On notera également que la solidarité en santé excède aussi les personnes et leurs états de santé pour s'attacher à élever le niveau global de santé ! La C.N.S. a cependant conservé cet intitulé qui exprime avant tout le principe de mutualisation, à l'origine des premiers régimes de protection collective, qu'ils soient obligatoires ou volontaires.

<sup>10</sup> « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».



### 2.3.1 L'exigence de mutualisation pour la maladie :

Cette exigence tient :

- a) **aux enjeux sociaux et financiers** qu'il s'agisse de la perte de revenus ou des coûts liés à « la maladie » ou aux besoins de soins dans les situations de handicap ou de perte d'autonomie. Dès les premières initiatives de mutualisations, dans les systèmes européens, il s'agissait de partager des ressources, pour pouvoir à la fois compenser les pertes de revenus et prendre en charge les frais de soins. Ce mouvement de mutualisation, montrant le besoin de solidarité que provoquaient les situations de maladie, avait été massif sur l'ensemble du territoire, mais il était très dispersé (+ de 3 000 sociétés de secours mutuels à la veille de la deuxième guerre mondiale). A la création de la Sécurité sociale, en 1945, les indemnités journalières représentaient plus de la moitié des prestations versées. Celles-ci sont restées liées aux activités professionnelles et la perte de revenu pour maladie (13Mds sur les 177Mds de prestations versées par la Sécurité sociale, soit 7,3 %) est un risque proprement assurantiel (au point que l'on évoque parfois leur transfert vers le secteur privé). Aujourd'hui, la compensation des coûts liés à « la maladie » représente 9,3 % des « dépenses pour les malades » ;
- b) **à la nature du risque** : la réponse aux besoins de santé ne se résume pas à des compensations de perte de revenus comme dans les autres branches, mais à la reconnaissance de l'égalité devant le risque de maladie. Le système de solidarités a en charge d'agir à la fois sur les inégalités de santé et sur les inégalités sociales de santé, pour réduire les inégalités évitables et compenser les inégalités inévitables <sup>11</sup> ;
- c) **aux conséquences collectives du risque en santé** : en amont des droits des personnes, le droit à la protection de la santé défini dans la Constitution a une dimension collective essentielle :
  - o le meilleur état de santé des citoyens est d'intérêt général, il est essentiel à l'emploi, à la cohésion sociale, à la capacité de former des projets individuels de vie ;
  - o l'Etat a en charge de lutter contre les risques sanitaires majeurs. Les actions de santé publique, de prévention en constituent la manifestation la plus visible ; l'action sur les déterminants des états de santé par la coordination des politiques publiques prend ici tout son sens ;
  - o les acteurs de santé, lorsqu'ils préviennent, traitent, ou accompagnent ont, au-delà de la santé des personnes pour lesquelles ils interviennent, leur part de responsabilité dans la santé de l'ensemble de la population.

La mutualisation des ressources est nécessaire pour répondre aux besoins :

- a) la mutualisation garantit que les financeurs ne feront pas de sélection des risques. Dans les systèmes déléguant la couverture des risques à plusieurs assureurs (Suisse ou Pays Bas, par

---

<sup>11</sup> L'I.R.D.E.S. par exemple met en évidence la contribution massive, et sous plusieurs hypothèses, du milieu d'origine aux inégalités de santé : les inégalités des chances représentent jusqu'à 46 % des inégalités de santé alors que celles liées aux comportements à risque ne dépassent pas 7 %, les inégalités résiduelles étant liées à l'influence de l'âge et du sexe. (F. JUSOT et coll « Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques » ? Economie et statistique mai 2013).



- exemple), cette mutualisation peut être organisée par des mécanismes de péréquation plus ou moins efficaces ;
- b) les cotisations et impôts finançant le système de santé sont obligatoires : la généralisation de la couverture s'est accompagnée de l'obligation. Toute remise en cause des prélèvements obligatoires remet *de facto* en cause la mutualisation, l'égal accès aux droits, la non sélection des risques ;
  - c) pour mettre en œuvre des politiques publiques de prévention et d'action sur les déterminants de santé, les pouvoirs publics s'appuient aussi sur des prélèvements obligatoires. Il leur revient de s'assurer de l'égal accès à ces actions, et de leur efficacité ;
  - d) l'accès au service public hospitalier, les conventions des professionnels avec l'assurance maladie, la définition de tarifs opposables doivent garantir l'accès aux soins de tous <sup>12</sup>. Ils émanent de cette mutualisation.

### 2.3.2 La proportionnalité des financements :

Dans la construction du système français, principalement sur la base des régimes professionnels, le financement par les cotisations est proportionnel aux ressources. Cette proportionnalité a été conservée lors de l'instauration de la Contribution sociale généralisée (C.S.G.) <sup>13</sup>. On pourrait aussi retenir un principe de progressivité, comme celui de l'impôt sur le revenu. **Plus que de la nature du financement, la solidarité nationale résulte de l'obligation de cotiser.** La remise en cause de la légitimité des prélèvements obligatoires fragilise, voire met en péril, le système solidaire, avancent les répondants au questionnaire de la C.N.S.

**Comme le souligne le H.C.A.A.M., le système de solidarités est construit dans le champ de la maladie sur 2 principes indépendants :**

- **Les prélèvements sont indépendants de l'état de maladie ou du niveau de risque ;**
- **Les prestations sont indépendantes du niveau de cotisations. « Ce sont les frais de la maladie qui sont l'objet de la solidarité, et pas le manque de moyens pour les couvrir. » (H.C.A.A.M. 2010).**

L'universalité et l'obligation, permettent en maladie à chacun de bénéficier des prestations quelles que soient ses contributions. En ce sens, la [loi de 1999 portant création d'une couverture maladie universelle](#) a excédé l'Assurance maladie de 1945. En déconnectant le bénéfice des prestations du paiement des cotisations <sup>14</sup>, en créant l'assurance sur base de résidence, on a donné à l'assurance universelle une base territoriale, au-delà de la base professionnelle qui était à l'origine des

---

<sup>12</sup> Paul SPICKER, Professeur de politique publique, à l'Université d'Aberdeen (Ecosse) explique que « *The NHS is seen by many people as the core of the 'welfare state'. People receive health care as a right. There is no right to health care on demand. The principal rights are a right to be registered with a general practitioner and the right to be medically examined...* » Le Système national de santé est considéré par beaucoup comme le cœur de l'Etat-providence. Les gens reçoivent des soins de santé comme un droit. Il n'y a pas de droit aux soins. Le droit essentiel est d'être inscrit auprès d'un médecin généraliste, et le droit d'être examiné par un médecin..., <http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/author.htm> (chapitre « Health Policy »)

<sup>13</sup> Il subsiste cependant différents taux de C.S.G., selon la nature (prestations et pensions, revenus d'activités, ou du capital), ou le niveau des revenus (plafonnement dans certains cas). L'alignement des taux de C.S.G. fait l'objet de propositions (voir notamment H.C.A.A.M. 2008).

<sup>14</sup> Sauf pour les indemnités journalières qui restent « contributives ».



assurances sociales et qui a prévalu tout au long de la construction de l'Assurance maladie<sup>15</sup>. La couverture en maladie relève désormais de la solidarité nationale, et a accru son universalité.

Cependant, au sein même de la prise en charge du risque maladie, les systèmes obligatoires n'épuisent pas complètement la problématique des solidarités en maladie. Des risques de fragilisation de la solidarité sont introduits par les systèmes assurantiels, concurrentiels, dès lors que ceux-ci appuient leur développement sur la segmentation des populations et la sélection des risques.

#### **2.4 Les compensations de la perte d'autonomie ou des situations de handicaps relèvent de principes de solidarité différents :**

En ce qui concerne, la perte d'autonomie et les situations de handicap, le H.C.A.A.M. rappelle que l'universalité des droits et le financement par des prélèvements obligatoires prévalent. On s'est cependant interrogé sur une déclinaison différente de cette universalité puisque :

- concernant les besoins de soins cliniques et techniques<sup>16</sup>, les forfaits de soins en établissements, les surcoûts liés à la plus grande complexité des soins, les prestations de nature « sanitaire », ainsi que les soins d'entretien accompagnant la perte d'autonomie relèvent de l'assurance maladie. La prestation de compensation du handicap (P.C.H.), conçue par la [loi de 2005](#) pour procurer aux personnes en situation de handicap les aides techniques et humaines nécessaires à cette compensation, relève de la même « logique », et illustre la vocation du système de solidarité à compenser les inégalités inévitables ;
- l'établissement du [Plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie](#) (A.P.A.) est « universel »<sup>17</sup>, mais le niveau de l'aide pour le financement des prestations de services et des besoins d'aide reconnus dépendra des ressources des personnes concernées.

De plus, bien que les principes d'obligation de contribuer (via l'impôt) et d'universalité demeurent, les mécanismes de financement et de gestion via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les collectivités territoriales, décrivent une situation spécifique. Deux raisons ont été avancées à ces différences :

- l'origine sociétale, intergénérationnelle et/ou familiale de ces solidarités : en contrepoint de l'Assurance maladie, la C.N.S. s'est interrogée sur les fondements de solidarité en jeu pour les risques de perte d'autonomie des personnes âgées et dans les situations de handicap. La maladie consacre les solidarités entre malades et bien portants, y compris, à travers la P.C.H., pour les personnes en situation de handicap. Mais, c'est plutôt dans le creuset des obligations familiales que se développent les solidarités avec les personnes âgées en perte d'autonomie ou pour leurs besoins de vie avec les personnes handicapées. Il est de la responsabilité des parents, aussi bien d'un point de vue civique et civil que social, de pourvoir à l'éducation de leurs enfants, et pour les familles (en retour de la dette vis-à-vis de leurs propres parents) de s'occuper de leurs « aînés ». Dans notre histoire des solidarités, l'apprentissage et le maintien de l'autonomie, relèveraient ainsi plutôt des solidarités intergénérationnelles et familiales. On

<sup>15</sup> Même si, à la différence d'autres systèmes comme le Royaume Uni qui ont d'emblée défini un principe d'universalité, notre Sécurité sociale a progressivement intégré les exploitants agricoles (1961), les travailleurs non-salariés (1967), généralisé (1978) puis créé le droit sur base de résidence (1999) : l'« universalité » a nécessité plus d'un demi siècle !

<sup>16</sup> Ces distinctions sont explicitées dans le rapport du H.C.A.A.M. « [Assurance maladie et perte d'autonomie](#) » juin 2011

<sup>17</sup> Selon les départements, l'intervention de certains professionnels spécialisés pourra donner lieu à facturation aux personnes.



pourrait ainsi « expliquer » que c'est toujours à la solidarité familiale de pourvoir aux frais d'hébergement des « aînés » en maisons de retraite ou en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.). A défaut, l'aide sociale départementale prend le relais mais récupérera sur succession. Il en est de même du devoir d'obligation alimentaire. L'aide à l'autonomie et la compensation des situations de handicap adossent ainsi notre système de solidarités à la dimension temporelle, intergénérationnelle, fondatrice du lien social ;

- un mouvement d'universalisation et d'institutionnalisation de ces prestations : au cours des dernières décennies, les évolutions sociétales, notamment de composition, voire de recomposition des familles, les conditions de vie et de logement, et l'extension des systèmes de protection ont contribué à un double mouvement de reconnaissance des besoins et d'universalisation des financements. Au-delà de l'aide sociale et des allocations compensatrices, la prestation spécifique dépendance (P.S.D.) puis l'A.P.A. dans le champ de l'autonomie des personnes âgées, la P.C.H. pour les personnes handicapées, ont fait émerger la définition des « plans d'aides personnalisés ». Leur mise en œuvre doit ainsi mêler étroitement la normalisation de la reconnaissance des besoins et la personnalisation des réponses.

L'universalisation des financements n'a en effet pas conduit à un système uniforme :

- la prise en compte des conditions de vie, des projets individuels de vie et de l'environnement sont déterminants, mais laissent aux M.D.P.H. des marges importantes d'appréciation. Pour l'A.P.A., les conditions d'éligibilité ainsi que les barèmes ont été progressivement uniformisés sur l'ensemble du pays. Il n'en est pas de même pour le handicap ;
- l'Allocation personnalisée à l'autonomie (A.P.A.) et la Prestation de compensation du handicap (P.C.H.) ne sont pas récupérables sur succession, contrairement à l'Aide sociale aux personnes âgées, bien que périodiquement cela soit l'objet de débats ;
- la coexistence des 2 domaines, d'autonomie des personnes âgées et des situations de handicap, est souvent vécue comme source d'inégalités de traitement entre les personnes, du fait de la « barrière d'âge » fixée pour l'obtention de certaines prestations après 60 ans. Comment en effet traiter équitablement ce qui relève de situations de handicaps et les incapacités inévitables liées au vieillissement ?

L'histoire de l'universalisation s'écrit donc comme la reconnaissance sociale, de différentes dimensions de la solidarité :

- ce mouvement des solidarités, permet de progressivement traduire dans nos institutions le **caractère temporel, intergénérationnel des solidarités**, ce que Léon Bourgeois désignait comme la dette entre générations. Notre système social a ainsi reconnu, hors de la famille et du caractère strictement privé des solidarités intergénérationnelles, la nécessité de pouvoir traiter également toutes les personnes concernées, quelles que soient leurs familles ;
- tandis que, en maladie, le très large principe de mutualisation, relève d'un principe de **répartition transversale des ressources au sein de la société**.



Faisant ce constat, la C.N.S. note que dans les évolutions à venir, il ne s'agit pas de faire relever toutes les solidarités du même système, des mêmes institutions, des mêmes modalités. En revanche, les réformes devront savoir tenir compte de cette richesse, autrement qu'en empilant des financements ou en les transférant d'une sphère à l'autre.

## **2.5 L'enjeu de la solidarité en santé : des sphères et des logiques de solidarités :**

L'enjeu apparaît alors plus clairement. Dans l'ensemble du système de santé, diverses sphères de solidarités publiques et privées coexistent et ne trouvent pas de coordination « naturelle » ; on pourrait même relever des situations de conflits, de ruptures, de transferts, portant préjudice au fonctionnement général de la solidarité en santé.

### **2.5.1 au sein du système « maladie » :**

au sein du système « maladie » : la prise en charge de la maladie relève de principes clairs mais qui ne sont pas à l'abri de remise en cause : qu'il s'agisse de la perte de légitimité des prélèvements obligatoires (« pourquoi payer pour les malades ? ») ou de la différenciation du droit aux prestations (par exemple selon des critères géographiques, professionnels ou économiques). Mais la construction s'est faite dans le sens du renforcement de la solidarité.

La construction n'a cependant pas été linéaire puisque, jusqu'en 1999, les taux de prestations et de cotisations des travailleurs indépendants étaient inférieurs à ceux des salariés. En 1988, l'affiliation automatique des bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (R.M.I.) à une prise en charge à 100 % (sur la base Sécurité sociale), avait introduit l'idée d'une modulation selon les ressources. Enfin, le maintien, en 1945, de la couverture plus élevée des salariés d'Alsace Moselle faisait perdurer une modulation « géographique » ou historique, des droits. La Loi de 1999 a d'une certaine façon fait progresser l'égalité en « alignant » les cotisations et prestations des travailleurs indépendants, et en créant un droit à la protection complémentaire sous condition de ressources (C.M.U.-C), tandis que le régime local d'Alsace Moselle est indépendant de l'Assurance maladie depuis 2005, et membre de droit de l'[U.N.O.C.A.M.](#) ;

De plus, il existe toujours des systèmes mutualisés, non obligatoires, relevant, même organisés, de systèmes privés de solidarités. Leur fonctionnement est régulièrement interrogé au regard des exigences de solidarité.

La coexistence de ces principes et de ces systèmes de couvertures publics et privés pose des problèmes d'efficacité globale, si les enjeux de pilotage ne sont pas partagés : par exemple, tandis que l'Assurance maladie cherchera à maîtriser des dépenses ou à améliorer l'efficacité de ses interventions, les assureurs complémentaires pourront, pour faire croître leur chiffre d'affaires, augmenter les niveaux de remboursements, les prises en charges de dépassements et accepter des prix ou des prestations écartées par l'Assurance maladie obligatoire (A.M.O.)

### **2.5.2 au sein du système « perte d'autonomie et situations de handicaps » :**

D'autres mécanismes seront en jeu, dans le système de santé, dès lors que l'on est dans la sphère de l'aide à l'autonomie ou de la compensation des handicaps ; relevant alors de mécanismes plus familiaux et intergénérationnels. Elles sont mises en œuvre par des acteurs de proximité, des collectivités locales, les aidants et les familles elles-mêmes.





D'un point de vue institutionnel, il conviendra alors de coordonner les financements, les professionnels et les acteurs dans l'intérêt des usagers, sans nécessairement vouloir tout ramener au même financement, ou à la seule responsabilité de l'Etat. Pourtant, la coexistence au sein des mêmes établissements de plusieurs sources de financement, est souvent loin d'être une reconnaissance de ce système pluri-solidaire et vient plus souvent pénaliser les familles en difficulté que les accompagner.

Malgré les nombreuses tentatives de coordination, y compris par la création de la C.N.S.A., ces solidarités différentes peuvent être génératrices de ruptures. L'étude des « parcours de vie » des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou des personnes en situation de précarité [notamment élaborée dans le cadre du [Programme régional de santé 2012-2016](#) de l'Agence régionale de santé (A.R.S.) et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) de Bourgogne] montre des ruptures comme :

- le recours systématique aux urgences hospitalières même dans les situations où cela n'est pas nécessaire ;
- la difficulté liée à l'avance des frais, la difficulté d'intégration dans le système de soins ;
- l'inadaptation des réponses aux troubles du comportement des personnes âgées, et d'une façon générale, pour les personnes, l'absence de fluidité entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale : fragilisation de l'autonomie dès que les personnes doivent être hospitalisées, professionnels à domicile mal adaptés aux personnes en situation de poly-pathologie etc... ;
- l'absence d'information consolidée et partagée sur l'état de santé de la personne à domicile alors que les intervenants sont multiples (notamment sociaux, médicosociaux, médicaux et paramédicaux).

Ainsi, la C.N.S. en s'attachant aux différents domaines de la solidarité en santé a aussi fait le constat que notre système était animé de principes et de fondements solidaires multiples, même si l'égalité de tous est garantie dans des institutions nationales. La reconnaissance de ces différences a paru essentielle à la C.N.S. pour construire ses propositions, notamment dès lors qu'elles concernent simultanément plusieurs sphères de solidarité, comme pour les « parcours de santé », ou relèvent de sphères bien identifiées de solidarité, soit dans le champ de la maladie, soit dans le champ médico-social <sup>18</sup>.

Se contenter d'actionner les principes de solidarités entre les revenus pourrait ainsi à la fois réduire les choix au seul principe de faire payer les riches et se priver de l'avantage social des autres formes de solidarités.

---

<sup>18</sup> Faire ce constat historique n'infère pas que les réformes à venir doivent s'y conformer, mais à tout le moins, en tenir compte : pouvoir envisager la complexité du champ de la santé à travers la diversité de son prisme solidaire.



### 3. Des difficultés et dysfonctionnements conduisent à s'interroger sur le devenir du système solidaire en santé :

Nul aujourd'hui ne saurait contester les acquis de notre système solidaire en santé. Qu'il s'agisse de l'effort collectif consacré à ces risques, et de leur conséquences sur les états de santé, le bien être, sans doute aussi la démographie favorable ; les résultats sont incontestés et partagés.

Ils ne doivent cependant pas masquer les difficultés.

#### 3.1 Les difficultés financières et les choix de pilotage mettent en péril le système solidaire :

Les membres de la C.N.S. mettent prioritairement en avant les difficultés tenant aux choix de pilotage du système et aux décisions de gestion. Sont en effet considérées comme des difficultés mettant en péril le système solidaire :

- les déficits récurrents des régimes obligatoires,
- les transferts sur les organismes complémentaires,
- les dépassements d'honoraires,
- la remise en cause des prélèvements obligatoires.

Les principaux obstacles tiendraient donc aux aspects économiques de la solidarité et à son pilotage plus qu'aux difficultés individuelles. Tous ces aspects relèvent plutôt des conditions financières de la solidarité : les déficits amènent à décider des baisses de prise en charge et des transferts sur le secteur privé où la solidarité n'est pas organisée.

Les déficits et les manques de ressources ont des conséquences pour la solidarité. Plusieurs mécanismes ont convergé depuis une quinzaine d'années, qui mettent en péril le système solidaire ; face à la croissance des besoins des malades chroniques, mais aussi devant des enjeux de coûts nouveaux de certains traitements, des choix ont conduit à un *partage implicite des responsabilités entre les « risques importants » qu'il s'agisse de la maladie ou des coûts des soins, et les « petits risques », dont on considèrerait que les personnes (ou leur complémentaire) pourraient faire face à plus de dépenses*<sup>19</sup> : pour les personnes qui ne sont pas en Affection longue durée (A.L.D.), en perte d'autonomie, ou connaissant un épisode hospitalier grave, la Sécurité sociale ne couvre guère plus de la moitié de leur dépense. Ceci, alors qu'émergent des doutes sur l'avantage individuel des solidarités. Ce qui sauve aujourd'hui le système solidaire pourrait bien être son versant le plus fragile et le plus subjectif de « l'aversion pour le risque »<sup>20</sup>.

- 1) Face aux déficits récurrents, la répétition de décisions de pilotage des régimes se traduit de plus en plus par *des renvois à la sphère non solidaire de la dépense de santé* :
  - a. *les modalités de fixation et les évolutions collectives des tarifs des professionnels et parfois des structures* aboutissent trop souvent à des décisions individuelles de prix et de facturation selon des considérations qui relèvent des ressources individuelles des patients (ou leur niveau de couverture complémentaire), et qui le plus souvent créent de l'exclusion des soins et des disparités insupportables entre les professionnels. Les

<sup>19</sup> Dès 2002, le ministre de la santé faisait savoir qu'il n'y avait pas de problème de déremboursement : « les mutuelles paieraient ... ». Le coût de la cotisation complémentaire fait depuis partie des débats récurrents de fin d'année.

<sup>20</sup> En quelque sorte, l'assuré se dit : « Je continue d'accepter les prélèvements parce que l'accident n'est pas toujours pour les autres, et je suis tout à fait certain de vieillir. »



différences de prix ne sont établies ni par les évaluations de service rendu, ni par un marché ;

b. *les baisses de remboursement reviennent à transférer les prises en charge aux assureurs complémentaires*, et leur financement par les cotisations ou primes des assurés. Ces transferts posent 2 problèmes au-regard de la viabilité du système de solidarité :

- ✓ les niveaux de couvertures dépendent de leur prix, et donc de la capacité financière des assurés. Or, la définition des contenus de garantie en fonction des clientèles et de leurs risques, incite à l' « auto-sélection » <sup>21</sup> : elle constitue un puissant levier de sélection, permet la segmentation du marché et une gestion contraire à la mutualisation ;
- ✓ les transferts posent un problème d'efficacité globale : la concurrence incite à offrir toujours plus, sans aucune garantie de mieux. Le H.C.A.A.M. a ainsi pu souligner les conséquences inflationnistes sur les prix des services du niveau des garanties complémentaires (en l'occurrence l'optique, en 2009). Les transferts tirent ainsi vers le haut à la fois les coûts des assurances complémentaires, et les prix des services. Ils conduisent en retour à faire ressortir une intervention relative insuffisante des régimes obligatoires, et créent de l'exclusion des soins. La C.N.S. souligne l'importance pour les usagers de pouvoir accéder à une complémentaire de qualité, mais souhaite qu'elle s'inscrive dans des règles de solidarités et de régulation, et soient développés au bénéfice des usagers.

2) L'absence de principe dans les choix publics interroge aussi sur *la capacité du système solidaire à respecter ses propres principes* : de nombreuses caractéristiques techniques des décisions de remboursement ou de gestion conduisent notamment dans le domaine des biens médicaux à maintenir au remboursement des biens ou services de santé obsolètes voire dangereux, ou à « négocier » des prix constituant des rentes pour les producteurs <sup>22</sup>.

### **3.2 L'inorganisation des « parcours de soins » et des « parcours de santé », les conflits de territoires et de compétence, créent des blocages pour les usagers :**

Les obstacles à l'accès aux droits persistent <sup>23</sup>, les difficultés financières ou organisationnelles d'accès aux soins et aux services, se multiplient : nécessité d'avancer les frais, opacité des tarifs et coordinations quasiment inexistantes dans le « parcours de soins » conduisent les personnes jusqu'à la porte d'entrée la plus chère pour le système : l'urgence hospitalière. Pour les patients, l'absence de coordination, les ruptures dans les « parcours de santé » et les modes de solidarités continuent de rester des difficultés majeures : on cherche encore à s'inscrire de préférence dans une filière « maladie » où les prises en charge notamment en établissement, seraient meilleures. Enfin, on constate toujours des différences d'un territoire à l'autre. Ce n'est ni la qualité des

<sup>21</sup> L'assuré choisira son niveau de couverture en fonction de son risque estimé et connu de lui seul. Ce faisant, il « révèle » le risque à son assureur.

<sup>22</sup> Comment par exemple justifier aux cotisants et aux malades qu'à la différence des U.S.A. ou de la Grande Bretagne, en France, on refuse la prescription d'un médicament anti-cancéreux efficace dans la prise en charge de la D.M.L.A. (50 € l'injection), et on maintient la prise en charge de la spécialité à 895 € l'injection, hissant du même coup le Lucentis® en haut du palmarès des remboursements (+ 27% en un an) ! L'essai (GEFAL), a pourtant récemment confirmé l'équivalence d'efficacité entre le ranibizumab et le bévacizumab, sans différence statistique sur la tolérance.

<sup>23</sup> [Odenore \(Observatoire des non-recours aux droits et services\)](#), *L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2012



professionnels, ni l'exercice de leurs missions qui sont en cause, mais leur organisation et la circulation des personnes et parfois des financements.

Les hospitalisations potentiellement évitables sont élevées dans les zones [défavorisées] où le taux de chômage et le pourcentage de population sans diplôme sont forts et, à l'inverse, elles sont faibles dans les secteurs favorisés où le pourcentage de cadres et le revenu imposable par personne sont élevés. Ces liaisons sont renforcées avec les indices redressés selon l'âge et le sexe. Emmanuel Vigneron, in *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*, page 128, Elsevier Masson, 2011.

Les difficultés sont souvent désespérément récurrentes et bloquantes : plus de 10 ans après la Loi « C.M.U. », 8 ans après celle qui définit aujourd'hui l'A.C.S. (Aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé), les conditions d'accès aux droits restent trop compliquées<sup>24</sup>. Les restes à charge (R.A.C.) se sont empilés, les tarifications opacifiées. Tous ces facteurs fragilisent à la fois la solidarité bien portants/malades, et les solidarités de proximité !

Ainsi, la C.N.S.A. s'est saisie des difficultés rencontrées par les 8 millions d'aidants, pour rechercher comment les politiques publiques pourraient pallier leurs difficultés, accompagner leurs contributions souvent quotidiennes aux solidarités, les reconnaître, leur donner en toute transparence une place dans les « parcours » des personnes concernées.

Quant aux conditions mêmes de bon fonctionnement d'un système solidaire, la faiblesse de la démocratie sanitaire, l'absence d'évaluation, l'affaiblissement du service public, doivent être corrigés. Tous contribuent pour les malades et les usagers, au bon fonctionnement et à la qualité de service.

### **3.3 Les politiques concernant les restes à charge (R.A.C.) remettent en cause les principes fondateurs du système solidaire :**

Ces dernières années, la charge financière a été accrue pour les personnes en fonction de leurs recours aux soins et, plus largement, de leurs besoins de santé et non de leurs revenus : dépassements d'honoraires et taux d'efforts inégaux des personnes malades ou en perte d'autonomie, franchises. En 2011, en médecine de ville, alors que les tickets modérateurs représentaient 6,4 Mds€, les dépassements d'honoraires s'élevaient à 6,3 Mds€, dont 3,9 Mds€ pour les soins dentaires, les franchises et participations des assurés étaient de 641 M€. Le poids total des R.A.C. était de 31,5 % des honoraires perçus. Concernant le médicament, ils s'élevaient à 23,5 % dont 5Mds€ de TM et 617M€ de franchises ; pour la L.P.P., les R.A.C. étaient de 59,8 %, soit près de 6Mds€.

Dans le domaine de la maladie, des séries de décisions, visant à alléger les finances des régimes obligatoires ont en effet créé des situations rendant difficile l'accès aux soins pour certaines catégories de malades ou d'assurés. On a systématiquement fait porter les nouvelles charges sur

<sup>24</sup> En 2006, 7 % des français déclarent n'avoir aucune complémentaire santé. Ce sont notamment : 14,4 % des personnes vivant dans des ménages disposant de moins de 800 € par mois et 18 % des chômeurs, ce qui s'explique par le fait que l'accès à une couverture complémentaire passe souvent par l'entreprise et sur les 6 millions de personnes qui pourraient prétendre à la C.M.U., 20 % n'en disposent pas : désocialisées, elles n'ont pas connaissance du dispositif ou ne le demandent pas. in *Les inégalités face à la santé*, François HADA et Christophe RICARDO, Jean-Jaurès fondation – citant Bidéman KAMBIA-CHOPIN, Marc PERRONNIN, Aurélie PIERRE, Thierry ROCHEREAU *Les contrats complémentaires individuels : quels poids dans le budget des ménages ?* in *Enquête sur la santé et la protection sociale 2006*, Rapport I.R.D.E.S. n° 1701, avril 2008.



les malades à qui des participations sont demandées à l'occasion de leurs recours aux soins : participations forfaitaires, complexité et opacité des tarifs d'honoraires, et plus récemment, franchises médicales. Comme l'exprimaient des usagers à [A.T.D. quart Monde](#) : « *qu'au moins l'hôpital ne nous endette pas !* ». Dans le secteur médico-social, plus une personne est en perte d'autonomie, plus son besoin d'aide est élevé, plus son reste à charge sera important. De plus, les coûts des services d'aides à l'autonomie sont de plus en plus élevés (souvent rédhitoires pour les usagers<sup>25</sup>) conduisant les gestionnaires à diversifier les sources de financements, créant des droits d'accès<sup>26</sup>, selon les revenus ou les gestionnaires et des inégalités selon les territoires. Le système est touché dans ses principes d'équité et de solidarité même :

- l'accès aux soins que le tarif national conventionnel devrait permettre est bafoué par des écarts de restes à charge sur les actes de spécialistes en cabinet, qui s'étalent de 8,20 € en Moselle à 37,70 € à Paris<sup>27</sup> ;
- le recours à l'hôpital public devient incertain, par l'augmentation des forfaits journaliers et la facturation de suppléments de chambres, par le développement de l'activité privée des praticiens hospitaliers et par la liberté laissée aux établissements sur les « tarifs journaliers de prestations » pour accroître les recettes (les R.A.C. en hospitalisation publique, complémentaires + ménages ont augmenté de 67 % de 2004 à 2011 pour une croissance globale de 25 %) ;
- la solidarité malades/bien portants est fragilisée par l'introduction des mécanismes de « responsabilité individuelle » (franchises et participations).
- la solidarité entre les revenus est affaiblie dès lors que :
  - tous ne peuvent attendre de leurs cotisations ou contributions de bénéficier des mêmes services (coûts variables des services d'aides à la personne selon les territoires, non disponibilité d'offres en tarifs opposables sur tous les territoires, etc.) ;
  - les niveaux de couverture sont *in fine* définis selon la capacité à payer (garantie complémentaire).

La C.N.S. s'interroge sur les conséquences cumulées de toutes ces (apparemment petites) fragilisations.

### **3.4 Les inégalités sociales de santé et les inégalités de territoire sont un défi à la solidarité :**

Les constats concernant les inégalités sociales de santé se répètent. Parfois les écarts se creusent. Sur le plan géographique, malgré la mission explicite confiée aux A.R.S., la C.N.S. s'interroge sur leur capacité à réduire les inégalités de territoires. « *Les inégalités territoriales de santé (ITS) sont profondes dans la France d'aujourd'hui. Bien sûr elles existaient déjà, mais elles s'aggravent notamment sous l'effet de la crise économique, qui frappe inégalement les territoires, et sous l'effet de la concentration de l'offre de soins dans certaines zones. Les ITS constituent une forme insidieuse et silencieuse des inégalités sociales de santé. De nombreux habitants vivent en marge*

<sup>25</sup> Sondage T.N.S./Sofres pour la F.H.F. mai 2013 : 87 % de la population souhaite que les pouvoirs publics plafonnent les prix d'hébergement en **maison de retraite**.

<sup>26</sup> Les lits « réservataires » des caisses de retraite, ou de financeurs privés.

<sup>27</sup> C.I.S.S., U.F.C. que choisir, Santéclair, bilan publié en mai 2013 - Observatoire des dépassements



*des centres et, donc, du dynamisme socioéconomique et des revenus qu'il génère : zones rurales reculées, centres et banlieues déshérités... Aux problèmes de l'accessibilité économique se mêlent ceux de l'accessibilité géographique.* <sup>28</sup>”

C'est pourquoi, la C.N.S. exprime à nouveau son attente que la santé soit mieux intégrée aux politiques locales <sup>29</sup> et que les outils soient harmonisés. Les Contrats locaux de santé (C.L.S.), les plans de régionaux de santé sont des instruments qui, s'ils sont articulés aux autres schémas régionaux, peuvent concourir à la réduction des inégalités. En tout état de cause, au sein du système de santé, l'harmonisation inter-régionale doit être envisagée dans une perspective de réduction des inégalités. Il serait ainsi souhaitable d'intégrer cette préoccupation dans l'acte III de la décentralisation.

### **3.5. La problématique de l'articulation des principes de solidarité :**

L'articulation au sein du système maladie de l'organisation universelle et obligatoire de la solidarité nationale avec des mécanismes volontaires ou négociés (individuels ou collectifs), le partage des responsabilités entre le système de l'assurance maladie et les organismes complémentaires, mutualistes, paritaires ou assurantiels, peuvent à terme fragiliser, le système de solidarité en santé. La C.N.S. a ainsi considéré que, non pas leur situation concurrentielle et de marché, mais l'absence de règles de solidarités s'imposant aux organismes complémentaires pouvait, compte tenu de leur importance désormais reconnue, « mettre en péril » le système lui-même.

En effet, la prise en charge à 80 % d'une hospitalisation laisse un reste à charge important pour l'utilisateur, et s'il est pris en charge à « 100 % » de la base reconnue par la Sécurité sociale, tout séjour se traduira par des facturations de forfait. Par ailleurs, pour de nombreuses prestations, la prise en charge dépendra surtout du niveau de couverture privée, donc de la capacité à payer son contrat.

Les dispositifs d'aides pour les plus démunis ont dû désormais être complétés de complémentaires organisées, négociées spécifiquement pour répondre à leurs besoins, et de mutualisations *ad hoc*. Les solidarités dans le domaine de la maladie nécessitent d'être renforcées par des innovations en mobilisation de proximité (territoriales ou de problématiques de santé), au sein d'associations, et de réglages entre les acteurs. Le « Laboratoire d'usages », à l'initiative d'A.T.D. Quart-Monde rassemblant associations, institutions, mutuelles et chercheurs en est une illustration : il s'agit de déployer des recommandations de bonnes pratiques en direction du système de soins, d'assurance publique et privée, mais aussi des usagers.

L'examen attentif de notre système de solidarités en santé montre en effet que même au pays du solidarisme, de la Sécurité sociale universelle, les conditions d'accès aux soins, les principes de mutualisation, le bénéfice des droits, et les devoirs de chacun doivent sans cesse être revisités.

La C.N.S. ayant fait le constat que notre système mettait en œuvre plusieurs principes de solidarités, s'interroge sur les situations d'inégalités entre les territoires qu'il s'agisse de la coordination des réponses aux personnes malades, ou plus spécifiquement de la prise en charge de la perte d'autonomie : les conditions sont universelles, mais les besoins et les richesses sont

<sup>28</sup> Emmanuel VIGNERON, in *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*, 4<sup>ème</sup> de couverture, Elsevier Masson, 2011.

<sup>29</sup> E. Vignerou, *ibid.* page 90.



inégales<sup>30</sup>. Les évolutions prochaines doivent pouvoir répondre de façon adaptée aux besoins, en tenant compte à la fois des principes de solidarité et du refus des inégalités devant la maladie. A défaut, l'idée que « tout doit être payé par la sécu », pourrait reprendre vie.

#### 4. Orientations de la C.N.S. pour une évolution solidaire du système de santé :

Le double principe de solidarités « horizontale » et « verticale » qui prévaut dans le système d'assurance maladie est exemplaire. Au-delà, de son caractère fondateur, la C.N.S. considère qu'il peut continuer de guider les choix publics. Il permet en effet d'articuler les instruments d'actions et de redistribution sur les inégalités de revenus, et de concrétiser la volonté de garantir l'accès aux soins et la volonté d'efficience pour les risques liés à la maladie.

La réponse solidaire aux besoins ne saurait donc être ni la mutualisation entre malades, ni une réponse en fonction des ressources, ni la prise en charge de toute dépense indistinctement. *L'enjeu est de faire évoluer la réponse à des besoins reconnus dans un cadre organisé et régulé.*

Les services aux personnes dépendantes ou handicapées, souvent rendus dans le cadre de solidarités plus interpersonnelles voire familiales, relèvent de mécanismes de financement universels mais, malgré la C.N.S.A., d'organisations encore dépendantes des acteurs, des volontés locales, et de missions ou administrations empilées voire juxtaposées (A.R.S., conseils généraux, M.D.P.H., Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, ...). La difficulté de trouver des solutions satisfaisantes pour la réforme de l'A.P.A. et l'aide dans les situations de « perte d'autonomie » pourraient relever de cette contradiction mal appréhendée.

Quelles sont les conséquences des principes de solidarités ? Quels sont les critères communs qui pourraient permettre d'évaluer les choix futurs ? Quels sont dans 3s domaines « critiques » les propositions de la C.N.S. ?

##### 4.1 En maladie, le double principe de solidarité peut guider les réformes à venir :

###### 4.1.1. Les conséquences du double principe :

Tous payent parce que chacun a droit et la mutualisation entre « malades et bien portants » (ou plus largement entre tous « quels que soient leurs degrés d'autonomie ou de maladie ») constitue la base de la solidarité en santé. Ce principe **conduit à réaffirmer que :**

- a) *les participations financières des usagers indexées sur leur état de santé et leurs besoins devront être révisées* : les franchises, les participations obligatoires, mais aussi les forfaits journaliers hospitaliers qui peuvent atteindre des montants importants sont concernés. La question est également à considérer dans le domaine de l'accompagnement médicosocial.

La réforme des participations des usagers devraient ainsi être envisagée de telle sorte qu'aucune personne malade ou en besoin d'accompagnement ne puisse se trouver sans réponse à ses besoins de santé pour raison financière.

<sup>30</sup> Les dépenses d'A.P.A. varient entre 8 % et 46 % des dépenses d'action sociale selon les départements. Là encore, tout dépend de la proportion plus ou moins forte de personnes âgées dans les départements (de 14 % de « plus de soixante ans » dans le Val-d'Oise à près de 30 % dans la Creuse). in *Les finances des Conseils généraux face au défi de la dépendance*, Luc BROUSSY, La revue politique et parlementaire, 5 avril 2012, Société



- b) *l'accès aux prestations dépend des besoins des personnes et non de leur niveau de revenu ou de leur capacité de paiement :*

La C.N.S. rappelle que l'avance des frais, intrinsèquement liée au mécanisme du paiement à l'acte, devrait être reconsidérée, notamment dans une logique de forfaitisation des prises en charge dans les parcours de soins et de santé.

La C.N.S. souligne également les conséquences délétères des prix ou honoraires libres sans qu'une transparence sur les prix, les conditions de qualité et le service rendu ne permettent aux usagers de se diriger dans le système.

#### **4.1.2 La solution de « bouclier sanitaire » constitue une solution paradoxale et périlleuse pour le système solidaire :**

La proposition de bouclier sanitaire, émise initialement par le Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, M. Martin HIRSCH, visait à plafonner les restes à charge en maladie des personnes aux bas revenus. Cette idée était aussi reprise dans un rapport public puis une proposition de loi, et chemine selon les vents des influences, pour proposer qu'une modulation des restes à charge, qu'une réforme des remboursements selon les revenus.

Comme le rappelait un communiqué C.I.S.S./A.F.M. en 2009 : *« C'est sur la diversité de ses solidarités que repose la cohésion de notre système de protection sociale. Aujourd'hui, le principe de solidarité des riches à l'égard des plus pauvres semble prendre le pas sur les autres solidarités. Une telle érosion représente, à nos yeux un grave danger pour l'avenir de notre système d'assurance maladie. L'érosion progressive du principe fondateur qui est que l'on reçoit selon ses besoins et pas selon ses revenus ».*

La proposition présente l'avantage indéniable de sembler répondre à des préoccupations immédiates de sur-restes à charge, mais pour qu'elle soit pertinente et efficace, il faudrait que le dispositif s'applique sur ce qui crée les inégalités les plus fortes de restes à charge et de renoncement aux soins. Des propositions très différentes ont été faites, sous le même vocable, visant par exemple à introduire une réforme du système des A.L.D. <sup>31</sup>.

Chiffrant les effets d'une double réforme « ambitieuse » sur les T.M. (franchise au premier euro et plafonnement du T.M. au-delà), P.-Y. GEOFFARD et G. de LAGASNERIE <sup>32</sup>, montrent que sous divers scénarios, elle créerait entre 73 et 80 % de « perdants », ce qui *a contrario* démontre l'ampleur du problème d'équité, mais amène à s'interroger sur l'acceptabilité. Ils notent aussi qu'un même effet redistributif pourrait être obtenu par l'introduction de progressivité dans la C.S.G.

Que le système de participation des assurés, surtout renforcé des franchises et participations obligatoires, non assurables, pèse de façon très inéquitable sur les assurés et les malades doit être pris en compte. D'une certaine façon, la C.M.U.-Complémentaire créée en 1999 visait déjà à organiser la prise en charge des T.M. et forfaits journaliers des assurés les plus pauvres.

<sup>31</sup> R. BRIET et B. FRAGONARD 2007 : Mission Bouclier sanitaire, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000602/0000.pdf>

<sup>32</sup> P.-Y. GEOFFARD et G. de LAGASNERIE « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par micro-simulation ». Economie et Statistique n° 455-456, 2012 – éd. I.N.S.E.E. 2013.





La C.N.S. constate que le risque de telles réformes pourrait être de figer les mécanismes de formation des R.A.C., d'autant que ni les dépenses hospitalières, ni les dépassements d'honoraires ne sont aujourd'hui envisagés dans ces projets. Elle remarque aussi qu'une telle approche ne saurait agir sur les facteurs sociaux ou comportementaux déterminant des inégalités sociales en santé.

Faut-il maintenant introduire dans le système d'assurance maladie un coin qui pourrait être définitif ? La C.N.S. s'interroge en effet sur les conséquences d'un système de « bouclier » qui, plafonnant les R.A.C. des personnes les plus pauvres, lierait définitivement pour tous le niveau de prestations au niveau de revenu. N'y-a-t-il pas aussi un risque qu'en retour, se plaçant définitivement dans une logique assurantielle individuelle, les assurés les moins malades demandent à contribuer à hauteur de leurs besoins ?

Au regard du fonctionnement de notre système solidaire, la C.N.S. souhaite que donc soient expertisés les risques, pour le système solidaire, de telles hypothèses et de leurs conséquences sur l'universalité. Aucune brèche ne doit être ouverte dans le principe de l'universalité. Prendre le risque d'une « Sécurité sociale à deux vitesses », fragiliserait irrémédiablement les capacités collectives de négociation et d'action de l'assurance maladie.

La C.N.S. considère ainsi qu'il est urgent d'agir sur les niveaux et les modalités de R.A.C., de réformer, de supprimer la taxation des malades mais elle souhaiterait que les finalités soient précisées :

- s'il s'agit de réformer, d'alléger les charges pesant sur les malades les plus pauvres, la réforme devrait porter sur les mécanismes de formation des R.A.C.<sup>33</sup>, et de leur prise en charge par les organismes complémentaires, dans une perspective solidaire. La C.N.S. souhaite également que dans le champ des prestations, les modalités de participations des usagers soient réexaminés au regard des enjeux d'équité et de solidarité ;
- s'il s'agit d'ajuster les ressources de l'assurance maladie et des régimes de solidarité, des hypothèses ont été avancées, concernant les taux de C.S.G.<sup>34</sup> ou la fiscalité des pensions. Elles s'attachent à améliorer l'égalité devant l'impôt. Evoluer vers la progressivité de certains prélèvements viserait aussi, outre des enjeux d'équité, à améliorer le rendement de ces prélèvements. La C.N.S. rappelle à cet égard que la visibilité de la mutualisation c'est-à-dire la transparence et la justice des financements garantit la confiance, donne leur légitimité aux prélèvements obligatoires et permet le bon fonctionnement de la solidarité.

#### **4.2 Solidarités nationale et de proximité, solidarités publiques et privées : les solidarités en santé doivent se renforcer mutuellement :**

Une société solidaire s'appuie sur les diverses formes de solidarités qui peuvent s'exprimer. Le modèle français repose sur la complémentarité entre les générations et entre les populations d'aujourd'hui. La C.N.S. y reste attachée.

<sup>33</sup> Pour complexe qu'elle soit, la question de l'opposabilité tarifaire est aujourd'hui fondamentale dans le débat public sur l'assurance maladie. La part observée de la liberté tarifaire dans le reste à charge permet aussi de dire que, tant qu'il n'y sera pas apporté des réponses, les mécanismes de type 'bouclier' se heurteront, en tout état de cause, à une objection radicale. » H.C.A.A.M., Rapport annuel 2011, page 125

<sup>34</sup> Voir notamment Rapport annuel 2012 sur les Loix de financement de la sécurité sociale



Il est aisé de constater que malgré les prestations de compensation des handicaps et des surcoûts liés à la perte d'autonomie, malgré la prise en charge des coûts liés aux soins, les aides familiales et sociales sont essentielles parce qu'il s'agit de la vie elle-même et de l'accompagnement de proches familiaux ou de voisinage. Les diverses solidarités qui s'exercent se renforcent mutuellement.

C'est aussi avec l'évolution des problématiques intergénérationnelles que le système de santé doit désormais évoluer. Celui-ci est en effet à la fois confronté au vieillissement de la population, et aux difficultés des jeunes générations qui, du point de vue du système de santé, se traduisent par des questions spécifiques, concernant leur couverture sociale, obligatoire et complémentaire et leurs accès aux soins. Les enquêtes montrent qu'ils ne sont pas les moins concernés en termes de solidarités mais affichent souvent leur totale incompréhension du fonctionnement du système. Les risques de rupture existent (« pourquoi payer pour les autres ? ») si leurs propres besoins ne sont pas pris en compte.

Les associations de malades ont, depuis une trentaine d'années, modifié la perspective, créé d'autres formes d'environnement humain auprès des personnes malades ou dépendantes. Leur reconnaissance, notamment dans la loi de 2002, et leur participation à l'organisation collective des soins, ont permis l'émergence d'une démocratie sanitaire que l'assurance maladie n'avait pas mise en place. Alors que se construisait, au sein du système de soins, pour et avec les malades, le lien entre la maladie (ses lieux, ses savoirs, ses murs) et l'extérieur (la non maladie, le déni, les certitudes), elles ont brisé l'étanchéité entre les solidarités sociales de proximité, d'entourage et celles nationales du système d'assurance sociale universel.

Ce n'est pas pour autant que les différentes sphères de solidarité doivent désormais être confondues. La C.N.S. propose ainsi qu'au sein du système de santé coexistent sans se mélanger l'entraide et la mutualisation, la proximité et l'universalité.

Les propositions de la C.N.S. s'inscrivent dans une triple démarche :

1. s'attacher à un positionnement « stratégique » de redéploiement des solidarités ;
2. respecter des critères fondamentaux associés à l'exercice de la solidarité
3. mettre en œuvre 3 priorités :
  - construire des parcours de santé solidaires pour améliorer la coordination des solidarités en santé ;
  - définir des conditions de solidarité pour les organismes complémentaires, pour consolider les solidarités dans le champ de la maladie ;
  - reconnaître les aidants, les former et les indemniser pour reconnaître leur contribution solidaire dans le champ de l'aide à l'autonomie et du handicap.

#### **4.3 Redéployer les solidarités en santé :**

Devant la question de savoir s'il faut se situer dans une perspective de réduction, de redéploiement (pour faire face aux besoins de demain), ou d'extension (quitte à rechercher au sein du système global de solidarité nationale des arbitrages en faveur de la santé) du système de solidarités en santé, la C.N.S. souhaite que l'on se situe plutôt dans une perspective de



redéploiement, celui-ci devant répondre à des critères traduisant les préoccupations d'efficience. ***Dans un contexte de contrainte financière, de dette sans cesse alourdie, l'enjeu est de mieux distribuer plutôt que de distribuer plus.***

La question pourrait être très concrètement débattue, au vu des résultats du sondage F.H.F./T.N.S. qui établit en mai 2013 que « 47 % des Français sont favorables en 2013 à ce que la solidarité nationale finance le grand âge ».

#### 4.4 Des principes d'action pour redéployer les solidarités :

La C.N.S. est « réaliste » : la difficulté de l'exercice est bien de trouver les moyens d'agir en préservant les solidarités dans un univers contraint. Il s'agit donc de redéployer les solidarités, les financements et les ressources en respectant des principes d'action.

- **l'équité vis-à-vis des personnes qui permet de répondre à chacun selon ses besoins, et l'égalité de traitement entre les territoires.** La C.N.S. constatant les inégalités qui perdurent souhaite que les solidarités en santé soient pleinement intégrées dans l'acte III de la décentralisation. Elle pourrait progressivement contribuer à une organisation de la subsidiarité et à une meilleure prise en compte de l'ensemble des choix de santé dans les instances régionales et locales ;
- **l'efficacité et l'efficience, qui doivent s'exprimer dans le système particulier de la maladie et des soins par une amélioration de la pertinence des actes et des remboursements ;**
- **l'évaluation des services rendus**, qu'il s'agisse des services professionnels ou d'assurance ;
- **la transparence**, notamment d'information.

Ces critères permettent de conforter les contributions de chacun dans la mesure où les dépenses engagées sont justifiées et évaluées.

#### 4.5 Trois « domaines critiques » témoins du devenir des solidarités en santé :

La C.N.S. confirme donc que deux idées force se dégagent. Elle propose de mettre sous « observation » trois domaines critiques pour la solidarité :

- le système de santé est « pluri-solidaire » : plusieurs principes et sphères de solidarités sont en jeu. Notamment, les solidarités intergénérationnelles et les solidarités familiales gardent toute leur place. Loin de vouloir tout ramener aux principes de l'assurance maladie obligatoire (« solidarités verticales » selon les revenus et « horizontales » entre malades et bien portants), il importe d'articuler et faire vivre les principes de solidarité au regard des différents risques liés à la personne. Ce choix doit prévaloir pour une meilleure coordination des intervenants et des financements dans les parcours de santé, il doit se concrétiser **dans les parcours de santé solidaires** en donnant toute leur place aux **engagements des patients** et dans la meilleure **reconnaissance des aidants**. *L'enjeu est double : reconnaître les contributions aux solidarités et agir sur les points saillants de rupture et de conflits de solidarité au sein même des parcours ;*
- au sein du système des soins et de la maladie, plus spécifiquement, la coexistence de la solidarité nationale et de l'intervention d'organismes de marché doit être prise en compte



pour améliorer la solidarité globale. L'enjeu est de créer de meilleures conditions de fonctionnement du système solidaire en maladie, en limitant ce qui revient à un conflit d'intérêt collectif. Le système obligatoire et universel doit piloter et maîtriser ses évolutions, tandis que les organismes de marché recherchent leur développement. Des « **conditions de solidarité** » pour les organismes complémentaires de marché, compatibles avec cette situation de marché, au bénéfice des consommateurs comme des assurés sociaux et citoyens, pourraient ainsi être envisagées.

#### 4.5.1 Construire des parcours de santé solidaires :

Renforcer les solidarités en santé en rendant possibles les « parcours de santé » de qualité répond à 2 finalités : une meilleure coordination autour et avec les personnes, et une meilleure organisation des services rendus. Les principes de solidarité qui sont à l'œuvre sont bien sûr l'égalité entre tous, l'efficacité et la pertinence des actions. Les parcours de santé solidaires rassembleront donc des malades et usagers acteurs de leur santé, des acteurs associatifs mobilisés et facilitateurs, des professionnels coordonnés (santé, social, médicosocial), et des financeurs efficaces et coordonnés.

Les enjeux de solidarités des parcours de santé portent donc aussi bien sur le panier de biens et de services, sur la façon dont les professionnels coopèrent pour leur organisation, sur leur financement et leur évaluation, ainsi que, fondamentalement, sur la participation des personnes concernées à la construction de ces parcours.

Les parcours de santé comprennent les parcours de soins et d'accompagnement médicosocial, mais s'enrichissent en donnant une place bien plus importante à la prévention et à la promotion de la santé qu'elles n'ont aujourd'hui en France. Des ressources de prévention au bénéfice de ceux qui en ont le plus besoin est un puissant facteur de réduction des inégalités de santé. Une telle stratégie de prévention est au cœur de « parcours de santé » véritablement solidaires. Ainsi, la médecine du travail, la médecine scolaire et la médecine de P.M.I. (protection maternelle et infantile) doivent pouvoir être prises en compte et associées à l'élaboration des « parcours de santé ».

Trois domaines sont principalement concernés par le déploiement des « parcours de santé » et « de vie » : la vie des malades chroniques, l'aide à l'autonomie des personnes âgées, et la compensation des situations de handicaps. Ils relèvent aujourd'hui de plusieurs systèmes institutionnels, dont la bonne coordination est essentielle à des parcours de santé réussis. La responsabilisation de chacun constitue l'un des enjeux essentiels des parcours solidaires de demain.

**Des patients acteurs :** les parcours solidaires se construisent à partir de la prise en compte effective des besoins des personnes ; ils sont constitués des réponses aussi bien financières, que professionnelles et d'entraide qui leur sont apportées.

**Des professionnels coordonnés :** les « parcours de santé » considérés du côté de l'offre impliquent la coordination nécessaire entre les acteurs et les prises en charge. Mais, le succès thérapeutique et la réalisation des objectifs de santé (autonomie, qualité de vie) dépendent à bien des égards des conditions de vie et de l'approche globale qu'on leur accorde.



La coordination ne suffit pas à elle seule à construire des parcours solidaires. En effet, la solidarité doit être au cœur de l'action des professionnels de diverses façons : par la perception que leur intervention contribue à un objectif commun, l'optimisation des parcours des personnes auprès desquelles ils interviennent, optimisation dont ils sont, avec d'autres, responsables. La responsabilité partagée des professionnels à l'égard des personnes et plus globalement à l'égard des populations (responsabilité populationnelle) est un des leviers essentiels des parcours solidaires. Coordination et responsabilité partagée doivent aller de pair au sein d'une réelle coopération. Une autre dimension de la solidarité est celle de la pertinence des actes, trop souvent réduite à la dimension de l'efficacité alors que l'usage adapté du système de santé correspond à une démarche de solidarité (la réponse apportée doit être adaptée aux besoins de la personne dans le souci de la juste utilisation des ressources communes).

**Des acteurs associatifs mobilisés et facilitateurs** : parmi les acteurs, les associations de malades et usagers conçoivent et mettent en œuvre des actions avec et pour les personnes concernées en lien avec ces besoins. Elles visent au renforcement des capacités des personnes à être actrices de leur « parcours de santé », notamment par l'échange de savoir et de soutien « entre pairs ». L'importance de ces actions d'accompagnement (soutien à l'observance, aux soins et à la qualité de vie, soutien social et à l'accès aux droits, travail à l'amélioration de l'organisation des soins, promotion de la santé, ...), d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique est aujourd'hui reconnue, parfois légalement ([loi dite H.P.S.T. du 21 juillet 2009](#), par exemple).

Ces actions permettent également de constituer des observatoires des besoins et des problèmes vécus et d'initier la construction de solutions et de plaidoyers contre les discriminations, en faveur des droits des malades et usagers, du maintien ou de l'amélioration de certains services publics ou parapublics. Les associations de personnes concernées participent aux travaux de recherche, de recommandations d'experts, d'organisation de la prise en charge et à l'élaboration des politiques de santé publique liées aux parcours de soins et de santé.

**Des financeurs efficaces** : pour que la coopération devienne un principe d'organisation des services de santé, la C.N.S. souligne l'importance de mieux coordonner également les financeurs (publics et privés, nationaux et locaux). La coordination des financements est essentielle au bon fonctionnement des parcours de santé ; en effet, la multiplicité des financeurs : Etat, assurance maladie obligatoire et complémentaire, C.N.S.A., conseils généraux, ... présente une réelle difficulté d'articulation. Par ailleurs, si la logique de proximité doit prévaloir, ce doit être dans des cadres garantissant l'égalité sur le territoire et à l'échelle nationale.

La solidarité en santé doit permettre de contribuer à construire l'équité réelle d'accès à la santé en fonction des besoins et des vulnérabilités, partant du principe premier d'égalité des droits qui à lui seul ne permet pas de réduire les inégalités de santé. L'élaboration de « parcours de santé » prendra en compte les vulnérabilités (populationnelles, situationnelles) et les périodes où les risques de rupture sont les plus grands. La C.N.S. souhaite qu'à travers une politique de parcours de santé, on s'engage dans une véritable démarche de réduction des inégalités évitables, au regard de l'universalité des droits. L'anticipation et la prévention, la mobilisation des professionnels au regard de ces moments à risques doivent également faire l'objet de davantage d'action collective et de recherches en économie de la santé, afin que les bénéfices individuels rejoignent l'intérêt collectif par la réduction globale des coûts.

*Au final, les parcours de santé solidaires ne se déploieront qu'en intégrant fortement les notions de coopération, responsabilité, prévention et participation des personnes.*



#### **4.5.2 La reconnaissance de la place des aidants dans les parcours de santé solidaires est une composante indispensable de la complémentarité des solidarités :**

La C.N.S., souhaite que la place des aidants dans les parcours de santé fasse l'objet d'une attention particulière. Il s'agit à travers leur reconnaissance, de les traiter de façon plus équitable et transparente et d'améliorer ainsi leur qualité de vie, celle des aidés, ainsi que la pertinence de leur action.

Trois aspects devront être envisagés.

- leur formation : la C.N.S. pense que, contrairement au rapport sur « [L'adaptation de la société au vieillissement de sa population](#) »<sup>35</sup>, la formation des aidants est un élément essentiel permettant un bien meilleur vécu des aidants et facilitant la mise en œuvre des solidarités, dont la société ne peut se passer surtout en période de crise économique généralisée ;
- leur accès à l'information : comme le soulignait la C.N.S.A.<sup>36</sup>, les aidants sont détenteurs de certaines informations. Ils peuvent aussi souhaiter être impliqués dans les échanges autour de la personne aidée. Le partage d'information entre professionnels et aidants doit se faire dans le respect de la volonté des aidés ;
- un statut des aidants a été évoqué : La C.N.S. souhaite que la question soit approfondie, dans le cadre de la réforme des parcours : droit à la retraite, congé d'aidant, indemnisation sont autant de questions à envisager à l'instar d'autres pays européens.

#### **4.5.3 Définir des conditions qui permettraient d'étendre la solidarité aux financements complémentaires :**

Pouvoir inclure dans le système de solidarités en santé les organismes complémentaires est apparu comme une nécessité, non seulement du fait de leur poids dans la dépense, mais aussi du rôle qu'ils sont désormais amenés à jouer pour permettre l'accès aux soins, et contribuer à l'organisation des « parcours de santé ». En effet, de plus en plus, les assureurs complémentaires revendiquent leur part dans la gestion des risques, notamment lorsqu'ils sont premiers financeurs<sup>37</sup>. Que les couvertures complémentaires soient parties prenantes de la solidarité étend les périmètres de solidarité, contraint à envisager des redéploiements (dans le cadre des transferts de charge par exemple) qui en respecteraient les principes, créent pour ceux-ci un cadre d'exercice et de développements spécifiques. C'est bien un nouvel ensemble de droits et devoirs qui pourraient être définis.

La situation concurrentielle des organismes amène un cadre spécifique. Sont sans doute proscrites des règles qui pourraient soit conduire à neutraliser la concurrence elle-même (définir les mêmes conditions économiques pour tous, en brider le fonctionnement par une mutualisation totale), soit contourner les règles européennes de régulation des marchés et de protection des consommateurs. En revanche, l'existence d'aides publiques autorise les pouvoirs publics à fixer des contreparties d'intérêt général, et dans ce cadre rechercher la préservation des solidarités.

<sup>35</sup> In « [L'adaptation de la société au vieillissement de sa population](#) », Luc BROUSSY, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, janvier 2013, page 159 - disponible sur le site internet de la Documentation française.

<sup>36</sup> [Rapport annuel de la C.N.S.A.](#) 2012

<sup>37</sup> Didier BAZZOCCHI et Marianne BINST : « *La gestion du risque en assurance santé : fin de la récré !* » Risques n° 93-2013



Relevant la multiplicité des systèmes et des opérateurs, la C.N.S. souhaite que ces contreparties s'appliquent dès lors que des financements collectifs, sociaux ou fiscaux sont mobilisés : aides fiscales, subventions des collectivités, aides publiques, financements par les régimes de base.

La C.N.S. note également que les évolutions des connaissances et de la gestion individuelle des risques, au travers soit des modalités de médecine personnalisée, soit des capacités de dépistage voire de « prédiction » des risques, fait peser sur la solidarité en santé des risques accrus dès lors que les financements ne sont pas mutualisés de la façon la plus large, que la sélection des risques est possible, que les garanties sont définies individuellement.

La C.N.S. souhaiterait donc que l'on puisse mieux articuler le développement de la complémentaire santé avec le pilotage des régimes universels, garantir aux consommateurs la transparence du marché et permettre la plus large mutualisation entre malades et bien portants. L'enjeu est notamment de couvrir les nouveaux besoins sans pour autant créer des effets d'aubaines. Par exemple :

- les conditions de la mutualisation entre malades et bien portants pourraient s'attacher à neutraliser toutes les formes de sélection des risques au sein des organismes et leurs modalités de segmentation des contrats ou des populations assurées (notamment entre contrats collectifs et individuels, selon les niveaux de garantie). On pourrait rechercher des mécanismes de mutualisation (par exemple entre les organismes ou au sein d'une population) pour que la bonne couverture des uns ne se traduise pas par l'exclusion des autres ;
- la compréhension et la connaissance des offres devrait constituer une condition de bon fonctionnement du marché : la solidarité pourrait ainsi être améliorée par une information facilitant l'accès aux services rendus et leur évaluation a priori (labellisation) ou *a posteriori* (mesure des services rendus) ;
- la transparence des informations économiques autre critère de bon fonctionnement d'un marché, devrait être améliorée, portant sur les conditions tarifaires et leur évolution.

Enfin, considérant l'ensemble des domaines de solidarité en santé, la C.N.S. note que les assureurs sont amenés à intervenir sur les risques liés à la santé hors du strict champ de la maladie ; des risques « longs », relevant des problématiques générationnelles. Les enjeux de solidarité incluant les organismes assureurs devraient ainsi être pris en compte dans les réflexions à venir sur la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie.

## **5 La réussite du redéploiement des solidarités en santé relève tout autant de responsabilités individuelles que de responsabilités collectives :**

La C.N.S. a pu constater que l'évolution du mode d'exercice des solidarités amène fréquemment à s'interroger sur la répartition des responsabilités tant au niveau individuel qu'au plan collectif. Même si des travaux montrent qu'en santé, les comportements et les choix individuels pèsent de peu de poids au regard des facteurs collectifs et environnementaux, la C.N.S. considère que les risques de rupture de solidarités, de déconstruction de ces différentes facettes du contrat social sont réels, que les raisons en soient économiques et financières ou sociales et éthiques. Le devenir du système de solidarités en santé de demain ne relève pas seulement de quelques décisions dans un bureau parisien : il relèvera de la responsabilité de chacun et de tous.



### 5.1.1 Responsabilités individuelles :

- l'éducation à la santé, les actions de prévention et de promotion de la santé doivent permettre de donner à chacun les moyens de gérer ses états de santé et de prendre conscience que son état de santé individuel impacte l'état de santé de la collectivité (vaccinations, bon usage du médicament dont les antibiotiques, addictions, infections nosocomiales, intégration des personnes en situation de handicap, ...)
- dans un système confronté à des difficultés de financement, la responsabilité économique de chacun, usager ou professionnel, est citoyenne. Les ressources communes, aussi bien que celles des usagers ne permettent à quiconque d'exercer un droit de tirage voire d'adapter les prix aux couvertures ou à la situation des personnes ;
- les prélèvements obligatoires garantissent les ressources des systèmes de couverture en santé, et la lutte contre la fraude est une nécessité.

### 5.1.2 Responsabilités collectives :

- la dette sociale accumulée, qui continue de peser sur les générations, grève lourdement les marges de manœuvre des politiques de solidarité. L'apurer est une priorité absolue du système aujourd'hui ;
- l'organisation de la prévention, l'éducation à la santé et au bon usage du système de santé doivent être prioritaires ;
- le système de santé (les acteurs) doit à la fois pouvoir trouver les ressources conformes à ses décisions collectives et prendre des décisions qui correspondent à ces ressources : tout accroissement du périmètre de la solidarité doit se traduire par une nouvelle recette ou la réduction d'une prise en charge antérieure ; mais les réformes des financements doivent continuer de s'appuyer sur le principe selon lequel chacun contribue selon ses ressources. Ainsi des taux de C.S.G. définis selon les niveaux de ressources (et non la nature des ressources) et une plus grande progressivité y seraient conformes ;
- le système de santé doit prendre dans son système prestataire les décisions qui garantissent la solidarité en fonction des besoins : réponses aux besoins des personnes, amélioration de cette réponse (conditions professionnelles, territoriale et humaine) ; notamment, la C.N.S. considère comme prioritaire d'agir sur les prix des biens et services dont les différences ne sont justifiées par aucune qualité ;
- le système doit associer solidarité des financements et solidarité des pratiques <sup>38</sup> ;
- le système crée des droits et doit donner les moyens de faciliter l'accès et l'exercice des droits.

---

<sup>38</sup> [Avis du 02.04.13 sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé : « Comment sortir plus forts de la crise ? »](#)





*Instance de démocratie sanitaire, la C.N.S. souhaite se mobiliser et être consultée sur la mise en œuvre des principes de solidarités dans les futures décisions de politique de santé (stratégie nationale de santé, loi de santé publique) ; elle s'attachera à faire vivre les principes énoncés ci-dessus dans ses futurs avis. Elle se saisira le cas échéant dans les 3 domaines critiques énoncés.*

**Rapporteur(e)s :**

**Christine MEYER-MEURET**, membre de la Commission permanente, du Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociales

**Franck BARBIER**, membre de la Commission permanente, du Collège des représentant(e)s des usagers du système de santé

**Françoise TENENBAUM**, membre de la Commission permanente, du Collège des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie

**Liste des personnes auditionnées par le groupe de travail** (par ordre alphabétique) :

**Mme Huguette BOISSONNAT-PELSY**, responsable du département santé à A.T.D. Quart-Monde, membre du collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociales de la C.N.S.

**M. André MASSON** – C.N.R.S. – E.H.E.S.S. et Paris Jourdan Sciences économiques (P.j.S.E. Paris) - en assemblée plénière de la C.N.S. – 29.11.12 -

**Mme Bernadette MOREAU**, Directrice de la compensation à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (C.N.S.A.)

**Mme Marie REYNAUD**, Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

**Mme Adeline TOULLIER**, Responsable nationale Soutien juridique et social à AIDES

[dernière modification le 27.06.13]



# Avis du 18.06.13 « Pour une évolution solidaire du système de santé »

Ministère des affaires sociales et de la santé  
Direction générale de la santé  
Secrétariat général de la Conférence nationale de santé  
14 av Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.  
Tél : 01.40.56.53.72 –  
courriel : [cns@sante.gouv.fr](mailto:cns@sante.gouv.fr)  
site internet : [www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html](http://www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html)