



L'ÉVOLUTION RÉCENTE ET L'AVENIR DU MUTUALISME DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN FRANCE

DANIEL LE SCORNET*

En France, situation spécifique, trois acteurs - la mutualité, les institutions de prévoyance et les assurances - agissent dans le domaine du complémentaire au régime d'obligation de Sécurité sociale.

Il est d'usage d'envisager le complémentaire, parce qu'il semble être en position seconde dans le système de prise en charge, comme un enjeu secondaire.

En réalité, loin d'être secondaire, il joue, au contraire, un rôle premier pour l'évolution de l'ensemble du système de protection sociale et de santé. On oublie souvent de penser que les grands systèmes évoluent à l'identique : Santé, Éducation, Culture... Tous ces secteurs sont complexes, en crise et connaissent des problèmes d'efficience et de régulation. Après avoir longtemps cru que la commande étatique jouait le rôle de chef d'orchestre, on s'aperçoit à présent que chacun des acteurs présents dans le système a une position de stratège. Même s'il est apparemment marginal, ce qu'il fait peut être décisif sur l'évolution de l'ensemble. Dans le domaine de la santé, le fait que la mutualité puisse imprimer sa logique solidaire et sa politique d'action sur les risques - et non s'aligner sur les principes assuranciers - est déterminant pour tout le système : la mutualité tout comme les malades, les professionnels de santé, l'État, la Sécurité sociale...

LA PLACE DU COMPLÉMENTAIRE DANS L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE ET DE SANTÉ

Les missions du système de santé

Un système de santé vise à ce que les gens vivent le plus longtemps possible avec le minimum de handicap et une capacité de développer

* Président de la Fédération des mutuelles de France.

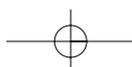
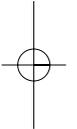
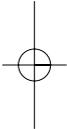


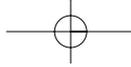
de nouvelles compétences physiques, cognitives, sensorielles et sociales. Il doit aussi contribuer à limiter les inégalités et si possible demeurer économe. Pour satisfaire à ces objectifs, le système doit répondre à des problèmes qui n'existaient pas auparavant : la durée de vie s'allonge, les grandes pathologies autrefois au pronostic court se chronicisent... Les facteurs génétiques et environnementaux peuvent maintenant interagir de façon très nouvelle. Tous les aspects de précocité d'accès à une réponse adaptée - on le voit pour le cancer, l'asthme ou le diabète - vont de plus en plus déterminer essentiellement l'efficacité et l'économie du système. Ainsi dans le cas d'une tumeur au sein, si elle est détectée lorsqu'elle est trop développée - ce qui est souvent le cas - la personne aura moins de chances de survie et une qualité de vie amoindrie. La force du système de santé aujourd'hui, et l'un de ses nouveaux objectifs, c'est la possibilité, de vivre avec une qualité de vie satisfaisante malgré la pathologie.

L'OMS a jugé notre système de santé comme le plus performant au monde... Même s'il existe un certain nombre de polémiques sur la pertinence des critères pris en compte, on peut admettre que la France ait effectivement l'un des meilleurs. Or, situation paradoxale les inégalités sanitaires et sociales s'accroissent dans notre pays et notre système si performant ne parvient pas à les réduire, il contribue même à les aggraver. La qualité de vie et de santé de l'ensemble de la population s'améliore, et dans le même temps les différences liées au statut socio-professionnel de la personne et à son environnement s'accroissent. L'avancée absolue est relativisée par ce constat. Le problème majeur auquel le système de santé doit répondre est d'arrêter cette dérive inégalitaire et de regagner une situation de droits de tous vraiment accessibles à tous... Où que l'on soit né, quel que soit son cursus, chacun doit avoir les mêmes chances de vie et de vie en qualité. Étant donné le rang de notre système, il doit agir en fonction de ce *leadership* : le devenir du système de santé français et sa façon de se réformer, vont jouer un rôle majeur pour l'humanité tout entière. Tout est lié et des enjeux qui peuvent paraître mineurs - ainsi la place de la mutualité dans le système - vont s'avérer primordiaux...

Enjeu de la prévention - complémentaire et supplémentaire

Basculer complètement sur une vision préventive constituerait le bon changement de logique du système de santé. Cela signifierait qu'il abandonnerait sa vision « assurancielles », au sens où la Sécurité sociale continue à se nommer et à se conduire comme « les assurances sociales ». Elle est - et à sa suite tout le système complémentaire - là pour intervenir une fois que le risque survient. Ainsi si l'on développe un cancer, la prise en charge sera intégrale quelle que soit l'origine sociale de la





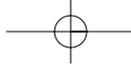
personne. On pourrait penser le système égalitaire. Sauf que ce ne sont pas les mêmes personnes qui développent des cancers, aux mêmes âges et lieux. Tous les facteurs en amont qui ont conduit la personne à développer un cancer - et qu'elle n'a pas pris en charge suffisamment à temps - traduisent cette profonde inégalité.

Au-delà du complémentaire, la part du supplémentaire vient creuser davantage encore les inégalités de prise en charge. Dépassements de tarifs, médicaments réservés aux plus aisés... seule une frange de la population peut accéder aux soins et services de haute qualité. Les molécules les plus actives et les plus efficaces, sont aussi les plus chères. Même si elles ont demandé d'importants efforts de recherche et développement, le coût du médicament - contrairement à ce qu'affirment les laboratoires - n'est pas tant lié à ces efforts de recherche, qu'à la rente que la prime à l'innovation brevetée lui confère très largement. Celui qui a la bonne molécule au bon moment sans concurrence, peut la vendre à un prix qui n'aura rien à voir avec ses coûts de fabrication, pour la fraction de la population solvable, même si elle n'est pas remboursée. L'exemple du Viagra est parlant. Cela risque de se généraliser pour bien des produits et des services. La formidable révolution du génie génétique nous autorise à espérer de grandes avancées thérapeutiques. L'un des grands enjeux sera de savoir si ces nouvelles molécules seront prises en charge par la Sécurité sociale, et à quel niveau.

Mimétisme et enjeu d'autonomie

L'un des enjeux majeurs de la mutualité est de dépasser son rôle jusqu'ici calqué sur celui de la Sécurité sociale. Elle n'intervient qu'en complémentaire mais rien ne l'oblige à rester dans ce champ. Elle pourrait par exemple mutualiser des molécules coûteuses, ou des séances de psychanalyse et s'intéresser à des problèmes non pris en charge en première intention. L'un des plus grands paris pour l'avenir de la mutualité sera d'avoir une politique autonome. Cependant la tâche est ardue pour ne pas conduire la Sécurité sociale à régresser et à lui laisser penser que là où les mutuelles agissent, elle peut démissionner.

Définies par des normes législatives et administratives, les grands organismes comme la Sécurité sociale obligatoire constituent les lieux les moins mobiles d'une société. Complémentaire et supplémentaire représentent à l'inverse les lieux les plus mobiles. Dans les secteurs porteurs, les entreprises, pour s'attacher le personnel qualifié, n'utilisent pas uniquement les rémunérations. Les personnes sont de plus en plus sensibles aux avantages globaux qu'on leur offre : régime maladie, prévoyance, intéressement... La forte pression sur les salaires due au chômage et la concurrence entre salariés, offre peu de perspectives de



différenciation de salaire. Par contre les accords groupes et complémentaires font que les statuts salariés sont de plus en plus inégaux : aucune comparaison possible entre les avantages sociaux offerts à une personne employée dans un grand groupe et ceux d'un salarié de PME...

Ces différences s'expliquent principalement par le système de financement de la Sécurité sociale encore trop attaché aux principes de 1945. Les cotisations sont encore trop liées à la seule masse salariale.

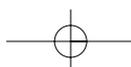
Citons deux exemples extrêmes : le secteur de la pétrochimie où la masse salariale représente moins de 5 % du chiffre d'affaire alors qu'elle atteint 60 à 75 % dans un hôpital... Toutes les entreprises où la part de la main-d'œuvre est très élevée sont par ce fait même surtaxées socialement. Il serait évidemment plus égalitaire, mais surtout plus dynamique pour le système de protection sociale, que les cotisations soient calculées en fonction de la valeur ajoutée ou des richesses réellement créées par l'entreprise...

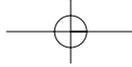
Une réforme sur cette question aurait des effets considérables sur « l'obligatoire », certes, mais aussi sur le « complémentaire ». Relativement peu contributeur au régime d'obligation, l'employeur dans la pétrochimie a alors la possibilité d'offrir à ses salariés des systèmes complémentaires de haute qualité, qu'il peut financer parfois intégralement (ou à 65, ou 50 %...). Les institutions de prévoyance - gérées paritairement - sont les opérateurs les plus bénéficiaires du champ. La personne isolée devra, quant à elle, payer intégralement sa cotisation pour des prestations de moins bonne qualité... Une modification du financement de la protection sociale placerait les employeurs dans une situation très différente car ils ne pourraient plus financer des systèmes de protection sociale très différents selon les branches. L'ensemble du complémentaire se retrouverait dans une logique nouvelle.

PLACE DU MUTUALISME DANS L'ENJEU DU COMPLÉMENTAIRE

Historique

La mutualité agit principalement dans le domaine de la santé aujourd'hui, même si le code de la mutualité ne spécifie pas qu'il s'agisse là du champ exclusif ou même majoritaire de ses actions. Ainsi le code parle de « l'épanouissement physique, intellectuel et moral de la personne ». La forme mutuelle semble d'ailleurs parfaitement adaptée à répondre à cet objectif vaste et ambitieux. On pourrait parfaitement agir dans le domaine de la formation, de la culture ou autre, mais pour des raisons historiques complexes, l'activité à 90 % de la mutualité est complémentaire de la Sécurité sociale.





L'ÉVOLUTION RÉCENTE ET L'AVENIR DU MUTUALISME
DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN FRANCE

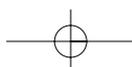
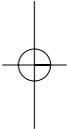
La mutualité a connu un développement prodigieux à partir de 1945. Elle comptait au lendemain de la seconde guerre 2 à 3 millions d'adhérents et atteint aujourd'hui plus de 30 millions. Cette évolution est à nuancer puisque si le nombre d'adhérents a crû jusqu'aux années 1980, il stagne, voire se réduit, depuis. Ceci s'explique par la concurrence d'autres intervenants : assurances et institutions de prévoyance, concurrence qui a permis un désengagement de la Sécurité sociale. En vingt ans, l'inflation des dépenses de santé non remboursées par la Sécurité sociale a augmenté bien plus rapidement que la part remboursée, elle-même explosive. L'accès à la cotisation mutualiste devient plus difficile pour les populations les moins aisées.

Or comment continuer notre mission de mutualité si les populations qui ont le plus besoin d'accès précoce et de qualité à la complémentarité maladie n'y accèdent pas ? La Fédération des mutuelles de France s'est battue pour la mise en place d'une aide à la mutualisation, dans un souci humanitaire et de solidarité rejoignant les valeurs mutualistes. L'idée de départ était celle d'un fonds d'aide à la mutualisation et l'on est finalement parvenu à la Couverture maladie universelle (CMU). Nous avons pensé - axe de débat toujours actuel dans le corps social - que la mutualité en tant que telle avait nécessité et légitimité de participer au financement de la CMU. Le financement s'opère à 50 % par l'État, et à 50 % par le complémentaire, la Sécurité sociale n'intervenant pas. Or la mutualité représentant 75 % du « complémentaire », elle finance donc largement la CMU.

L'atout solidaire

Le jeu entre les différents opérateurs du « complémentaire » est inégal. Pour qu'il ne le soit pas, il faudrait que tous les opérateurs accueillent l'ensemble des populations quels que soient leurs risques. Mais cette condition est contraire au fondement des techniques assurancielles de tarification en fonction du risque. Il ne s'agit pas d'un jugement moral mais technique. Dans le champ de la santé, nous militons pour des techniques solidaires et pour que la loi française interdise aux opérateurs de discriminer des populations en fonction de leur état de santé actuel ou à venir, et nous nous opposons donc également fermement aux tests génétiques prédictifs des risques de la personne.

Faire que la solidarité demeure une chance et non un handicap, au niveau national, et ceci même dans la situation actuelle de distorsion de concurrence que nous souhaitons mettre en cause. La bataille est en cours. Si le Code de la mutualité remanié récemment conserve cette interdiction de sélectionner sur des critères de santé, la non-discrimination n'est pas inscrite dans la loi pour l'ensemble des opérateurs.





La société du risque

Denis Kessler, secrétaire général et théoricien du Medef, mais également président de la Fédération française des sociétés d'assurance s'est penché sur les problèmes de rénovation sociale en affirmant que la grande question politique du siècle allait être celle de la gestion des risques. Il développe la thèse que, de ce fait et en tant que professionnels du risque, ce sont les assurances qui ont la réponse de la civilisation et sont donc les plus à mêmes de réguler le système. Le contexte actuel est en train de leur donner un démenti assez fort... Le paradoxe est intenable si ceux qui prétendent avoir trouvé des solutions de régulation reconnaissent ne pas pouvoir intervenir sur les questions fondamentales de la civilisation et développent de plus en plus l'idée du risque inassurable... L'assurance a ses limites historiques, car justement le grand problème n'est pas tant d'assurer *a posteriori* les risques pour les seules populations solvables, que de faire en sorte que ces risques ne se réalisent pas. Au contraire, la mutualité a devant elle une chance historique : si elle cultive ses modes propres de propriété, d'appropriation, de non-sélection et de non-exclusion, elle est mieux placée pour agir sur les facteurs de risque et de coût.

6

Freins à la tentation de la dérive assurancielle

Les assurances et institutions de prévoyance pratiquent des sélections à l'entrée. Cette tendance à la dérive « assurancielle » pourrait, si l'on n'y veillait pas, devenir aussi celles de certaines de nos mutuelles, lesquelles pourraient aussi sélectionner et bloquer à l'entrée. Certaines (y compris parfois les adhérentes au Code de la mutualité) pour rester compétitives, ont tendance à utiliser au maximum ce qui peut leur permettre une tarification différentielle notamment en fonction des âges et même, par là, des risques. D'où le risque de banalisation assurancielle de la mutualité.

Réaffirmer la non-discrimination comme une valeur fondatrice lors de la réforme du Code de la mutualité nous a permis de mettre un frein à cette dérive assurancielle. Les directives assurances auraient pu nous conduire à ce que la mutualité devienne une énième assurance. Enjeu complexe dont on continue à débattre en interne... Certains se demandent ce qui va distinguer le mutualisme, si l'on impose à tous les opérateurs les mêmes critères de non sélection et discrimination. La mutualité ne perdrait-elle pas alors l'avantage moral de pouvoir dire que les autres sélectionnent et pas elle ? Avantage purement rhétorique sur le marché : en effet, lorsqu'il faut contracter à l'échelle d'une entreprise ou d'une branche, même les organisations syndicales se soucient moins de solidarité que de défendre les intérêts des seuls salariés



concernés et de choisir les meilleures prestations au moindre coût... Comment sortir de cette vision très corporatiste du syndicalisme français, mais aussi du mutualisme, où l'intérêt du particulier prime sur le général si ce n'est dans une confrontation culturelle neuve entre syndicalisme et mutualisme ?

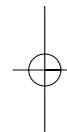
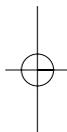
Au-delà du combat humanitaire, je suis également convaincu que la non-discrimination constitue la forme la plus économique pour la société de gérer son système de santé. Les personnes sélectionnées, exclues, échappent à un accès précoce de qualité, ce qui signifie qu'elles n'ont pas bénéficié davantage de la prévention, domaine où les inégalités sont les plus criantes. C'est ce public qui développera des pathologies plus lourdes, plus invalidantes, qui aura le moins de réserves physiques et mentales pour faire face à de nouveaux risques. Enfin cette mauvaise prise en charge des populations les plus à risque a non seulement des conséquences dramatiques pour elles, mais aussi pour l'économie d'ensemble du système. Car, en matière sanitaire et sociale, c'est la position du plus exclu, du plus malade, qui peut fragiliser l'ensemble d'une population, d'un système économique.

Le cache des critères physiques

Nous avons organisé un colloque (à Paris, le 17 mai 2001 sur « Les discriminations sur critères de santé et de handicap », avec la Fnath, Aides, l'Uniopss et Médecins du Monde) sur le thème de la discrimination. Les assurances se sont toujours dérobées à un débat public de cet ordre, alors même qu'elles font de la gestion des risques un critère politique fondamental. Tout autant que de vouloir modifier la loi, nous militons pour une autre approche sociétale de la place du plus faible - c'est-à-dire potentiellement chacun d'entre nous - face au système de santé, de prévoyance et d'emploi.

L'exemple du blocage à l'embauche sur des critères de santé me paraît éclairant des grands problèmes culturels de la société. On estime encore largement que de déclarer une personne « inapte » puisse être protecteur pour elle. Nous pensons au contraire que les évolutions socio-techniques doivent permettre à présent non de discriminer la personne mais de modifier les environnements de vie et de travail pour que le plus démuné d'entre nous puisse accéder à toutes les pratiques humaines.

C'est cela qui est sécuritaire pour l'ensemble des populations et pas seulement pour les personnes fragilisées. On cite souvent l'exemple du pilote d'avion qui, en cas d'accident cardiaque, met en jeu la vie de ses passagers. Mais est-ce que les avions tombent parce que les pilotes ont des arrêts cardiaques ? On doit trouver des ensembles socio-techniques suffisamment sûrs pour que si le pilote, pour une raison ou une autre



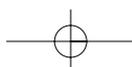
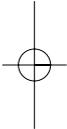


ne parvient plus à piloter son engin, il y ait sauvegarde de tous. Autre exemple, lors de l'explosion récente de l'usine à Toulouse, faut-il s'interroger sur l'aptitude physique des employés chargés de son entretien ? Certainement pas. Le hangar a explosé parce que l'ensemble socio-technique était très en-dessous des garanties de sécurité. La discrimination n'a pas de caractère protecteur pour la personne et la collectivité... Elle constitue de plus en plus un cache derrière lequel on se réfugie en prétendant avoir pris les garanties.

Qualité de vie et vie de qualité

L'un des atouts mobilisables pour la mutualité est de pouvoir faire intervenir les populations, tant collectivement qu'individuellement, sur les facteurs de risque et de coût. Pour réguler un système de santé, pour le rendre efficient, le principal moteur à actionner est celui de la démocratie. Cela nécessite déjà une véritable révolution en matière d'information préventive adaptée. Or on reste figé dans une prévention descendante de type « scolaire » : on va éduquer les gens à une bonne santé... Au regard des inégalités persistantes, on ne peut que constater que ce sont évidemment les mieux éduqués, les plus informés qui profitent le plus de cette éducation préventive. Les plus fragiles ou les plus rétifs culturellement à tel ou tel type de risques échappent à ce dispositif. Comment faire pour que l'ensemble des personnes et notamment les plus soumises aux risques d'entre elles participent ? Les aspects de démocratie participative deviennent la variable essentielle. Pour faire de la prévention, il faut que la personne elle-même intervienne dans le système puisque la prévention est liée à ses comportements propres et à la modification de son rapport à elle-même, à son propre corps, à son environnement...

On m'oppose à cela la thèse que « la santé est un besoin infini ». Dans un système aux ressources limitées comme le nôtre, on doit aussi faire cas des autres systèmes et besoins. Si on laisse gérer démocratiquement le système de Sécurité sociale, les gens - auxquels on ne peut faire confiance - vont peu à peu « grignoter » les ressources, et bientôt le PIB servira uniquement à payer la santé... Raisonnablement absurde que je combats, théoriquement, conceptuellement et philosophiquement. Car l'individu ne cherche pas à vivre à n'importe quel prix, n'exige en rien le risque zéro. On l'a vérifié dans les centres de fin de vie et de soins palliatifs. La personne ne demande pas l'acharnement thérapeutique ni de vivre éternellement. Elle souhaite ne pas souffrir, vivre sans perdre ses facultés cognitives le plus longtemps possible, mais surtout avoir une vie de qualité. Aucun de nous n'est prêt à sacrifier pour sa santé, au sens étroit du terme, d'autres aspects auxquels nous sommes fortement attachés : culture, travail, loisirs, liberté...





Nous sommes de moins en moins prêts à déléguer à des systèmes sur lesquels nous n'aurions pas prise, nos choix fondamentaux.

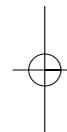
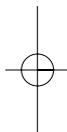
Agir sur le risque

La spécificité de la forme mutuelle française en santé mais aussi en matière financière par exemple réside dans sa capacité d'intégrer démocratie et gestion des risques. Pour agir sur le risque, encore faut-il l'identifier. Si on les inclut dès l'élaboration du système les personnes sont évidemment les mieux placées pour repérer les risques - évitables - de leur quotidien. Voilà pourquoi l'ensemble démocratique des mutualisés constitue un différentiel de compétitivité quasi infini si on cultive sa mobilisation et sa participation.

Lors d'une consultation classique, le médecin évacue le plus souvent toutes les questions afférentes à la connaissance de l'environnement de travail du patient, réservant ce domaine à la médecine du travail, et participant ainsi à la segmentation de la santé de la personne. Comment se dispenser pourtant, pour soigner une personne de renseignements précieux sur ses conditions de travail, les produits qu'elle manipule, les gestes qu'elle accomplit ? L'exemple des pathologies liées à l'amiante illustre ce propos : on s'est aperçu que les cancers liés à ce matériau incubaient lentement, que les femmes des malades développaient également des abestoses... Nous avons mis au pont un livret pour informer nos mutualistes concernés par un environnement d'amiante. Les mutuelles font ce travail de connaissance des environnements qui informent et renouvellent la clinique. Avec ces éléments, le praticien se montre plus efficace et recherche avec un appareillage et une méthodologie adaptés au risque potentiel, le type d'affections dont le patient peut probablement souffrir.

Les nouvelles données européennes

Les directives européennes sont désormais transposées à chaque pays et, à force de mobilisation, nous avons trouvé, avec Michel Rocard, un compromis assez novateur en la matière. Ce que demandait Bruxelles, c'est que les activités dites d'assurances de la Mutualité se situent dans les mêmes règles que celles de toutes les assurances européennes. Puisqu'il y a concurrence, encore faut-il qu'il n'y ait pas de distorsion entre les différents acteurs. En réformant globalement le Code de la mutualité en même temps que nous transposions les directives, nous avons réussi à conserver une spécificité mutualiste. Il devient même possible de la faire jouer nouvellement, tout en appliquant les règles du secteur assurantiel européen. La mutualité est qualifiée dans le marché





unique européen des assurances et en même temps la forme mutualiste est sauvegardée.

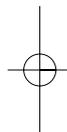
Ce code réformé a été voté en avril 2001, avec un délai d'un an pour le faire appliquer. L'engorgement législatif empêchant cette application, j'ai concouru à ce que la procédure par ordonnances nous permette d'échapper en avril prochain à la seule application, sèche, des directives assurances, ce qui aurait alors anéanti notre travail en nous transformant en énième compagnie d'assurances...

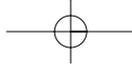
Mutualisation de la mutualité

Les enjeux actuels sont d'autant plus hauts qu'il y a à la fois aspiration à de nouvelles mutualisations - tous les phénomènes d'interdépendances se dressent partout - et processus international de démutualisation des formes mutuelles historiquement créées. Les grandes formes mutualistes américaines, anglaises... et autres ont été déjà fortement touchées.

En France, l'histoire de la mutualité est complexe et trouve sa source dans l'émergence, positive à l'époque, des corporatismes. Chaque corporation a développé sa forme mutuelle de façon relativement fermée par rapport aux autres types de population : on est donc loin d'une mutualisation généralisée, d'une entraide et réciprocité entre les différentes populations... Loin aussi d'un développement mutuel des différentes formes de mutualité : de santé et de prévoyance, de biens, de crédit, d'échanges équitables et réciproques. Il n'y a plus d'avantages pour les populations, les mutualistes et le système de santé à ce que ces formes soient aussi segmentées, corporatisées et aveugles les unes aux autres. Ce processus de solidarités trop partielles rejoint toute l'histoire du mouvement social français : formes et mouvements, tout en ayant en bouche le terme « Unité », ont une longue pratique identitaire de segmentations, de scissions. Or, notre système de santé - mais pas seulement lui - ne sera valide que si le plus fragile et exposé d'entre nous - ce que nous sommes tous à un moment et à un lieu donnés - y trouve réellement une forme de solidarité : pas seulement dans les formes obligatoires et publiques mais aussi dans les formes complémentaires et privées... La question de l'unification organique du mouvement mutualiste devient alors cohérente avec la capacité pour la mutualité de jouer un rôle régulateur et transformateur dans le système de santé...

Face à la menace de banalisation assurancielle, qui planait sur la mutualité, il nous fallait réagir : la mutualisation des mutualités se posait véritablement comme un enjeu d'intégrité. Pour permettre à toutes les populations d'entrer dans le système d'action sur le risque, le problème de la morphologie du mouvement devient essentiel. La réforme du code, *a priori* neutre sur cette question, peut être utilisée





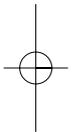
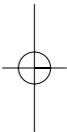
dans ses contraintes mêmes, notamment prudentielles. Elle invite à une cohésion neuve des formes mutuelles, permettant de poser le problème de diversité, de décentralisation - essentiels en mutualisme - sur une assiette solidaire très vaste.

Il y a un véritable enjeu en termes « d'esthétique » du social. La forme de structuration, de mutualisation que nous allons trouver déterminera largement les contenus. La mutualité actuellement est en quête de la bonne forme qui lui permettra de jouer son rôle. L'un des moyens d'assouvir cette quête est la mutualisation de la mutualité. J'ai observé lors de notre congrès récent (Paris, les 22 et 23 octobre 2001) en quoi les représentations traditionnelles pouvaient faire obstacle à cet impératif absolu de mutualisation de la mutualité et, par là, n'avoir aucune chance d'atteindre les objectifs et les contenus qu'on prétend pourtant vouloir privilégier. On ne peut pas trouver de nouvelles efficacités aux grands systèmes complexes de notre temps sans s'atteler à un grand travail sur les représentations héritées, sans les subvertir.

Séparation entre assurance et action sur le risque

Autre apport très neuf dans l'histoire mutualiste française, la réforme du code oblige - pour des raisons de distinction européenne - à différencier les activités dites d'assurance (risques, assurances maladies, indemnités journalières, prévoyance...) des activités d'action sociale de prévention et de réalisation. Une même entité ne peut plus gérer et confondre les deux. La logique mutualiste jusqu'à présent impliquait, au moins en théorie, l'inverse : de fonds d'assurance on faisait des fonds d'action sur le risque qui pouvaient réduire les coûts d'indemnisation finaux. L'Europe nous contraint à opérer la distinction. Les directives assurances sont fondées sur le principe simpliste, purement prudentiel, d'éviter que les fonds d'assurance ne soient utilisés pour faire autre chose que de l'assurance.

Tout en nous mettant en conformité avec la loi européenne qui a, on le sait, prééminence sur la loi française, nous avons cependant obtenu de ne pas perdre cette unicité de l'activité mutualiste. Une même personne juridique pourra regrouper deux entités distinctes, chacune étant agréée pour une activité spécifique. On les appelle mutuelles mère et sœur. Il n'y a pas déconnexion. On peut faire l'appel d'une seule cotisation ensuite répartie entre ces deux entités. Le mutualiste se retrouve toujours face à l'unicité des activités. On a réussi à faire accepter qu'il puisse y avoir des transferts financiers certes très réglementés - entre la mutuelle mère et sœur. Tout va dépendre de la capacité de la mutualité à faire de ces contraintes - réelles - de nouvelles opportunités. Car, pour la première fois dans l'histoire, ce nouveau code offre la possibilité de construire des mutuelles qui n'auraient pas



la prévention, la réalisation et l'action sur le risque comme activités secondaires, annexes, mais comme activités principales. Cela peut être une révolution et plusieurs sources de financement sont envisageables : les transferts financiers de l'activité d'assurance bien sûr, mais rien n'empêchera non plus si l'on pense que l'action sur le risque et la prévention sont déterminantes dans un système de santé, la participation des employeurs, des collectivités territoriales et bien sûr des personnes elles-mêmes.

C'est une nouvelle chance, car il faut bien avouer que, vu la guerre des tarifs régnant sur les activités d'assurance, les activités de prévention, de réalisation devenaient de plus en plus la partie congrue.

Comme pour les régimes obligatoires, la prévention, l'action sur les risques, sont en France pour l'instant sévèrement négligées. Leurs budgets représentent moins de 3 % des dépenses sanitaires et sociales globales. Il n'existe pas réellement de nomenclature des actes et services préventifs. Parent pauvre du système de protection sociale, la prévention est toujours perçue comme secondaire et additionnelle. La mutualité elle-même avait tendance à se consacrer exclusivement à l'assurance du risque. Les contraintes du nouveau code peuvent paradoxalement être un moyen d'inverser résolument la tendance et quitter les rivages... de « l'assuranciel » !

Les systèmes complexes, qu'ils soient économiques, éducatifs, sociaux, financiers, scientifiques, culturels, sanitaires, se trouvent tous interrogés sur leur efficacité. La commande centrale, qui minore ou exclut la plupart des acteurs, ne fonctionne plus. Sauf à assister à une véritable mort des solidarités, il apparaît que la culture des valeurs et des techniques mutuelles - celles permettant de faire de l'égalité dans l'inégalité, de développer l'autre comme condition de son propre développement, d'agir sur les facteurs de risques et les facteurs de coût et non seulement de les indemniser, de les extérioriser - devient primordiale. L'enjeu du mutualisme déborde celui du système sanitaire, tout en y trouvant une sorte d'épreuve de vérité. À quand de véritables assises et un investissement massif en recherche-développement sur les formes mutuelles ?