

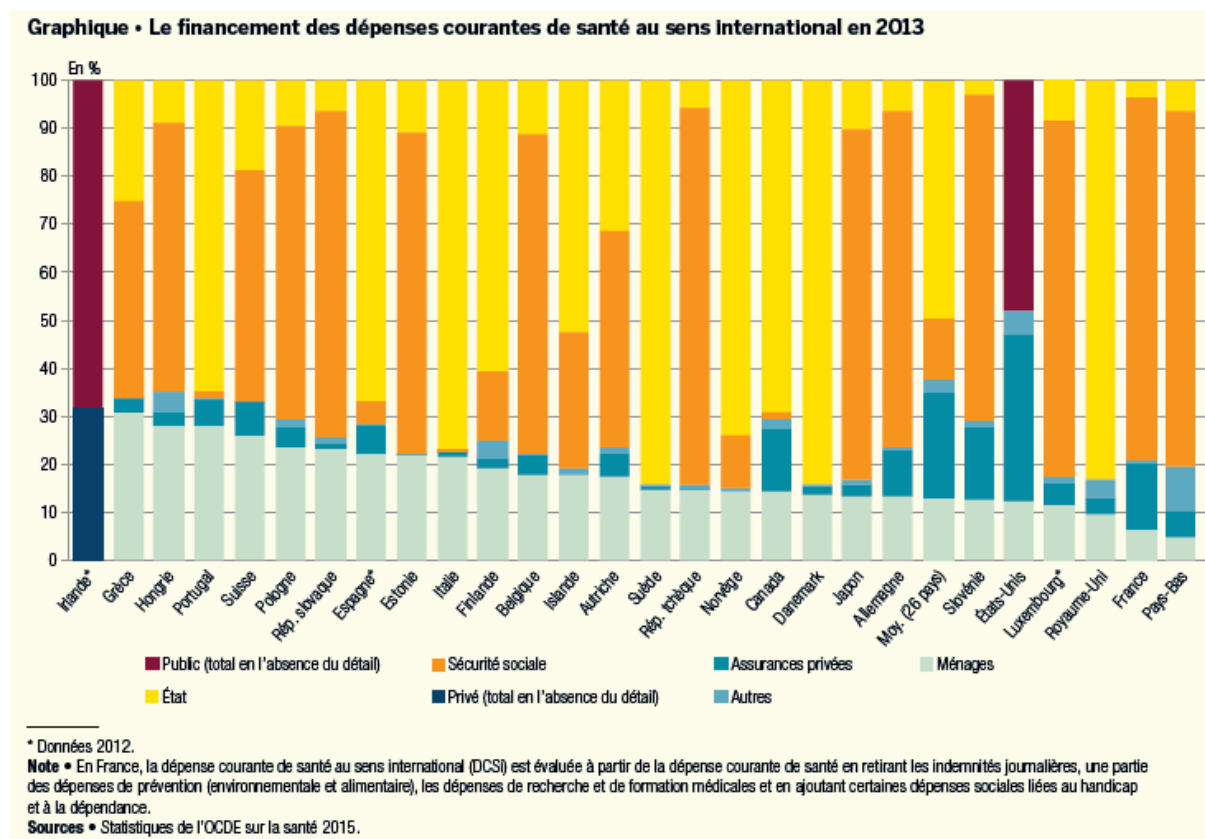
Le financement de la santé en France

En France, (comme dans les autres Etats développés), la majorité des soins ne sont pas directement payés par ceux qui en bénéficient mais assurés collectivement, c'est-à-dire objet de mécanismes de répartition qui permettent une redistribution entre malades et bien portants, riches et pauvres, etc. Bien sûr, tout le monde (ou presque) paie : les institutions ne font que redistribuer l'argent collecté auprès des assurés, contribuables, etc. mais la contribution de chacun n'est pas proportionnelle à sa consommation de soins. Principe fondamental de solidarité qui permet d'assurer l'accès aux soins de toute la population qui n'est pas, ou mal garanti dans les pays où n'existe pas d'assurance maladie obligatoire et où le marché joue un rôle important (nous y reviendrons).

Nous ne nous intéresserons ici d'abord aux institutions. Nous aborderons les aspects plus proprement financiers plus tard.

1. La part des différents acteurs :

En France, le financement de la demande de santé est très socialisé : la France se situait au 2^e rang mondial, en 2013, dans ce domaine : les ménages ne s'y acquittaient « directement », en effet, que de 8,7 % du total des dépenses de soins (16 Mds d'€ en 2014).



Source : *Les dépenses de santé en 2014, op. cit.* **Note** : les pays sont classés selon l'importance du reste à charge, de la gauche (le plus important), vers la droite (le moins important)

Comment se répartit la prise en charge entre les différents acteurs ?

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sécurité sociale*	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6
État et CMU-C organismes de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Organismes complémentaires**	12,8	13,0	13,2	13,3	13,4	13,6	13,7	13,7	13,5
dont mutuelles	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5	7,4	7,3	7,2
dont sociétés d'assurances	2,9	3,0	3,2	3,3	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7
dont institutions de prévoyance	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6
Ménages	9,0	9,0	9,3	9,2	9,1	9,1	8,9	8,7	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Y compris déficit des hôpitaux publics, régimes Alsace-Moselle et Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMEG).
 ** Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
 Sources : DREES, Comptes de la santé, base 2010.

Source : *ibid.*

La Sécurité sociale paye les ¾ des dépenses de santé, les mutuelles un peu plus de 7 %, les sociétés d'assurance (à but lucratif), 3,7 %, les « institutions de prévoyance » (CNP...), 2,6 % et l'Etat central, 1,4 %.

La « Sécu. » est donc, et de loin, le principal financeur, et sa part n'a pas varié depuis 10 ans. Elle assure **la protection « obligatoire »** (1er étage).

→ l'écrasante majorité des français sont en effet soumis à une affiliation automatique à un régime de Sécurité sociale, du simple fait de leur activité professionnelle, qui déclenche inscription et paiement de cotisations prélevées pour partie sur le salaire et complétées par l'employeur avant d'être versées aux URSSAF (Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, créées par les caisses) et autres organismes collecteurs.

→ il est impossible de s'y soustraire pour deux raisons :

1. il est nécessaire d'obliger « les imprévoyants à être prévoyants » ; sinon, ils risqueraient d'être incapables de faire face à leurs dépenses de santé, en cas de pathologie grave et seraient donc à la charge de la collectivité ;
2. l'obligation d'assurance permet une redistribution large et la baisse des cotisations que devraient acquitter les « mauvais risques » (ceux qui souffrent - ou souffriront de pathologies coûteuses, comme les fumeurs) en son absence.

La protection maladie obligatoire : le premier étage de la couverture santé

Jusqu'à peu, il existait trois grands régimes d'assurance-maladie, au poids très différent :

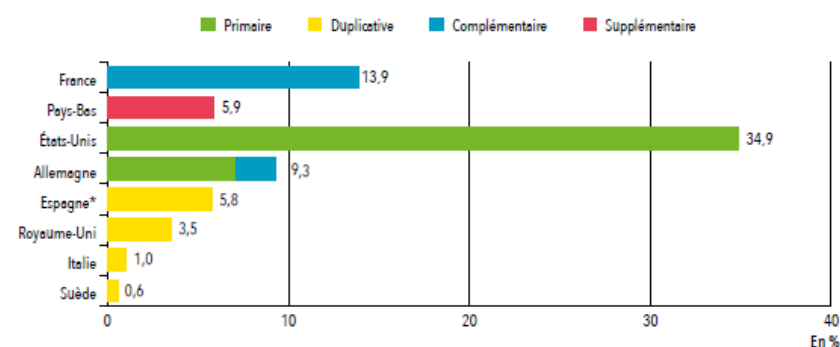
- Le régime général : c'est celui des salariés et des fonctionnaires (sauf pour les « indemnités journalières » (IJ), qui viennent remplacer le salaire en cas d'arrêt maladie, et ne sont pas comptées dans la CSBM), c'est-à-dire l'écrasante majorité des assurés. Il couvre plus de **90 % de la population** (près de 60 M° de personnes) et finance 86 % des dépenses de l'assurance obligatoire.
- La Mutualité sociale agricole : pour les agriculteurs (y compris salariés agricoles et de certains secteurs annexes) : en comptant les ayant-droit des agriculteurs (femmes et enfants), elle couvrait **3,3 M° de personnes** contre le risque maladie en 2014.

- Le **RSI** : c'est le régime social des « indépendants » (artisans, commerçants, professions libérales, chefs d'entreprises non-salariés) : il a été créé en 2008 par regroupement de régimes jusque-là distincts et couvre **4,8 M° de personnes pour l'assurance-maladie**. Cependant, son histoire a été marquée par de nombreux dysfonctionnements et il a finalement été décidé de le supprimer : depuis le 1^{er} janvier 2018, il a été remplacé par un organisme appelé « Sécurité sociale indépendants », appelé à se fondre progressivement dans le régime général, tout en conservant des structures distinctes (comme certaines mutuelles de la fonction publique – MGEN...)
- Pour être complet, il subsiste enfin des régimes spéciaux pour certaines professions, qui sont un héritage de l'histoire (ces régimes existaient avant la création des régimes obligatoires interprofessionnels et ont été conservés) : SNCF, RATP notamment. Rappelons que le « régime » des étudiants, qui vient de disparaître, n'en était pas vraiment un, puisqu'il était intégré financièrement au régime général, avec des prestations identiques, même si la gestion était déléguée à des mutuelles spécifiques.

La prévoyance « libre » (non obligatoire) ou assurance maladie complémentaire (AMC) : le deuxième étage.

En complément de la couverture assurée par les régimes de base, il existe un deuxième étage de prise en charge, **volontaire celui-là**, proposé par des institutions privées, à but lucratif ou non. Son existence se justifie par le fait qu'une fraction des soins n'est pas prise en charge par les régimes obligatoires : tm (« ticket modérateur », c'est-à-dire « reste à charge ») sur les médicaments et les actes médicaux, sur l'appareillage (soins dentaires, lunettes...) ; « forfait journalier » (pour les dépenses « hôtelières ») à l'hôpital... Globalement, il s'agit de sommes importantes : **13,5 % des dépenses de santé** (28 Mds d'€), en 2013. Ce marché est très développé en France, loin derrière les USA, mais plus que dans nombre de pays d'Europe :

Graphique 2 Part de l'assurance santé privée dans le financement de la dépense courante de santé au sens international en 2013



* Données 2012.

Champ > Dépense courante de santé au sens international.

Sources > System of Health Accounts, OCDE, calculs DREES.

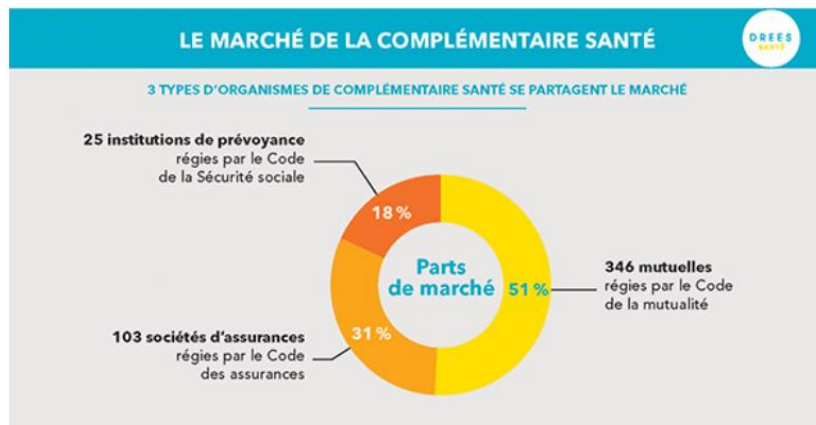
Source : *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, DREES, 2016

Note :

1. Primaire : en l'absence d'AMO
2. Complémentaire : part du risque non pris en charge par l'AMO
3. Duplicative : pour accéder à des prestations spécifiques (lits privés, accès direct au médecin...)
4. Supplémentaire : prise en charge de risques pas du tout couverts par AMO

Il s'agit d'un marché très concurrentiel, où les acteurs cherchent à attirer à eux les consommateurs de soins, en faisant de la publicité notamment.

Il est **dominé par les mutuelles** (51 % du marché), suivies par les sociétés d'assurance (privées, 31 %) et les institutions de prévoyance (18 %).



Source : DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Les chiffres clés*, 2019

Dans les faits, les organismes présentent des profils très différenciés : les mutuelles sont nombreuses et en général de petite taille, tandis que les sociétés d'assurance sont souvent de grands groupes, parfois multinationaux (AXA...). Pour les mutuelles, l'activité AMC est tout à fait centrale alors qu'elle est secondaire pour les sociétés d'assurance ; mais c'est un marché en croissance, et elles y gagnent des parts de marché...

Le marché de l'assurance complémentaire santé en France en 2013

	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Ensemble des organismes
Nombre d'organismes	96	28	481	605
Cotisations collectées (milliards d'euros)	9,2	5,8	17,8	32,8
Parts de marché	28 %	18 %	54 %	100 %
Proportion d'organismes de petite taille*	6 %	0 %	43 %	33 %
Part de la santé dans le total de l'activité assurantielle**	6 %	48 %	84 %	16 %

* La proportion d'organismes de petite taille est estimée sur le champ des organismes qui sont assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.
 ** Le total de l'activité assurantielle est calculé sur l'ensemble des organismes pratiquant des activités d'assurance et non sur les seuls organismes pratiquant une activité santé.

Lecture • En 2013, 481 mutuelles sont assujetties à la taxe CMU-C. Le chiffre d'affaires de ces mutuelles (cotisations collectées en affaires directes au titre des garanties de complémentaire santé) s'élève à 17,8 milliards d'euros, soit 54 % du chiffre d'affaires total en santé. 43 % des mutuelles peuvent être considérées comme étant de petite taille (chiffre d'affaires total inférieur à 6 millions d'euros, un tiers de l'ensemble des organismes ayant un chiffre d'affaires total inférieur à ce seuil). La santé représente 84 % de l'activité assurantielle des mutuelles.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU-C au cours de l'année 2013 (c'est-à-dire ceux pratiquant une activité de complémentaire santé), y compris mutuelles substituées.

Source • Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

Source : DREES, *Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013*, 2015.

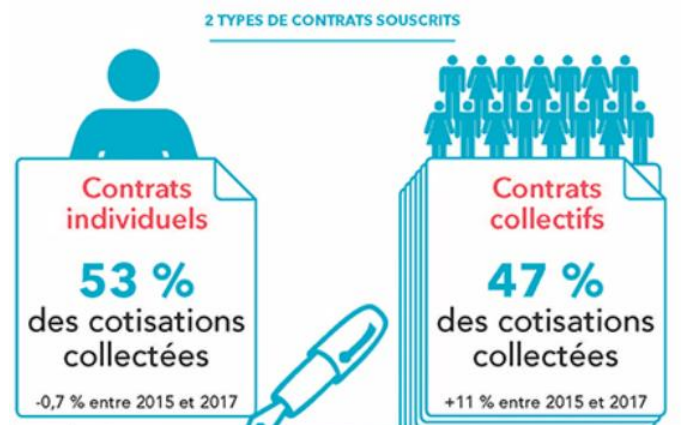
Depuis une loi du 1^{er} janvier 2016, toute entreprise du secteur privé (sauf les très petites) est tenue de proposer à ses salariés un contrat collectif (les entreprises souscrivent pour cela un contrat d'assurance

auprès d'un des acteurs du marché), prévoyant au moins le remboursement d'un panier défini de soins et financé au minimum à hauteur de 50% par l'employeur. Le salarié a l'obligation d'y souscrire, sauf cas particulier. Cette loi, qui confirme un accord interprofessionnel de 2013, a pour but de lutter contre le phénomène croissant des personnes sans couverture complémentaire (cf. infra). De fait, on a assisté depuis cette date à une forte diffusion de la couverture complémentaire d'entreprise pour les salariés du secteur privé :



Source : DREES, *op cit.*, 2019

Malgré cela, les contrats individuels continuent de représenter une (légère) majorité des cotisations consacrées à l'AMC, car toute une série de personnes ne sont pas concernées par les contrats collectifs (fonctionnaires, indépendants, salariés des TPE, retraités, particuliers employeurs, etc.)



Source : DREES, *op cit.*, 2019

Bien que libre, la protection complémentaire est une réalité tout à fait massive : **89 % des français** adhèrent¹, directement ou indirectement (ayant-droits), à un contrat « santé » proposé par une des institutions citées.

L'aide publique à la couverture des dépenses de santé : le 3^e étage

Malgré l'étendue des dispositifs de prise en charge, un certain nombre de français ne bénéficient pas de l'affiliation aux régimes obligatoires, soit parce qu'ils sont durablement privés de travail (cas des chômeurs de longue durée, ayant épuisé leurs droits), soit parce que, n'ayant jamais travaillé et n'étant

¹ DREES, *La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties* (édition 2016)

pas, ou plus, à la charge de leurs parents, il ne bénéficient pas des droits dits dérivés, qui s'attachent aux conjoints et ayants droit des assurés (cas des jeunes de moins de 25 ans, par ex.).

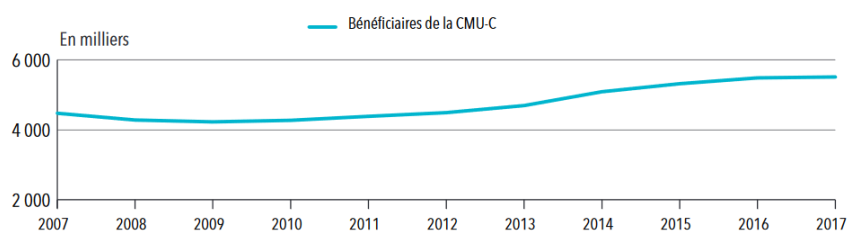
D'autres enfin, tout en bénéficiant des régimes de base, peinent à financer les primes demandées par les régimes d'assurance complémentaire pour compléter la couverture.

Pour toutes ces personnes, il existe des dispositifs spéciaux permettant de remédier à tout ou partie de ces manques... Il s'agit le plus souvent de programmes d'Etat, financés par une partie des cotisations acquittées par les assurés sociaux et diverses recettes².

Pour les personnes sans couverture de base, il existe depuis 2000 un dispositif de prise en charge : la CMU (Couverture Maladie Universelle), devenu le 1^{er} janvier 2016, **Protection universelle maladie (PUMA)** aux formalités simplifiées. La PUMA ouvre le droit aux mêmes prestations que les régimes de base. Elle s'adresse principalement (comme avant elle la CMU) aux bénéficiaires du RSA, aux chômeurs en fin de droits³, etc. Il y avait près de **2 M° de bénéficiaires (CMU)** en métropole en 2014 (347 000 ds les DOM-TOM).

Pour les bénéficiaires de la CMU et les personnes affiliées aux régimes de base mais dont les revenus sont les plus modestes (jusqu'à 746€/mois pour une personne seule) **et qui n'ont pas les moyens de souscrire un contrat d'assurance complémentaire**, il existe également, toujours depuis 2000, une CMU *complémentaire* (CMU-C), qui remplit la même fonction (remboursement du reste à charge de la Sécu). Cette CMU-C est financée principalement par une taxe sur les contrats d'assurance complémentaire et bénéficie à plus de 6 % de la population (**5 M° de personnes**).

Graphique 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C de 2007 à 2017



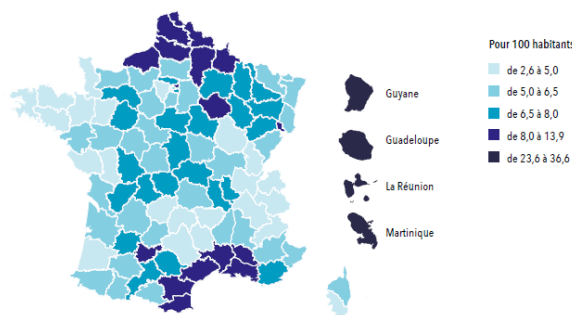
Note > Le nombre de bénéficiaires moyen par an est la somme des bénéficiaires enregistrés chaque mois de l'année divisée par 12.

Lecture > En 2017, 5,5 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMU-C.

Champ > France entière, tous régimes d'assurance maladie.

Sources > CNAMTS ; RSI ; CCMSA ; autres régimes d'assurance maladie obligatoire, calculs Fonds CMU.

Carte Taux de bénéficiaires moyen de la CMU-C en 2014



Champ > France entière, pour trois régimes d'assurance maladie, hors Mayotte.

Sources > CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE, calculs Fonds CMU.

² Prélèvement sur les primes des contrats d'assurance complémentaire, par ex.

³ Les chômeurs indemnisés, et ceux qui ne le sont plus depuis moins d'un an (à condition d'être inscrits à Pôle Emploi) restent couverts par le régime d'assurance maladie dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs.

Du fait d'un plafond de ressources assez bas, une partie de la population se trouve exclue du bénéfice de la CMU-C, tout en éprouvant des difficultés à financer une assurance maladie complémentaire. C'est pourquoi, depuis 2005, une aide financière publique (**Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé - ACS**) a été créée pour les personnes qui gagnent trop (plus de 1007€/mois pour une personne seule) pour avoir droit à la CMU-C mais dont les revenus restent modestes (1 M° de bénéficiaires en 2015). Ces deux dispositifs permettent à plusieurs millions de personnes supplémentaires de bénéficier d'une protection maladie complémentaire. Et les effectifs sont en hausse, du fait de la crise économique qui sévit depuis 2008 et de la montée du chômage et des phénomènes de précarité qui l'accompagnent.

NOTE : depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été fusionnées, pour devenir la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Cette CSS est gratuite pour les personnes dont le revenu est inférieur au plafond de l'ancienne CMU-C et payante pour les autres (le coût varie entre 8 et 30€/mois suivant l'âge de l'intéressé).

Avec la PUMA (ex CMU) et ces divers compléments, c'est théoriquement 100 % de la population résidant de façon régulière sur le territoire métropolitain, qui a droit à une prise en charge de ses dépenses de santé. Cependant, il existe, parmi les populations les plus pauvres et désaffiliées (sans domicile fixe, etc.) une *méconnaissance* des droits (il faut pouvoir accéder à une information parfois difficilement accessible) et une *difficulté* à les faire valoir dans certains cas... (se faire admettre en consultation médicale n'est pas toujours aisé pour ces populations). Restent, enfin, les personnes en situation irrégulière (« sans papiers »...) → pour eux, c'est l'AME...

- **L'Aide médicale d'Etat (AME)** prévoit la prise en charge *intégrale* des dépenses de santé pour les étrangers en situation irrégulière sur le territoire national (sans papiers) et tous ceux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent faire valoir le bénéfice d'un dispositif. Ces personnes ne sont donc pas, malgré cela, « sans droits » : c'est le dernier maillon de la solidarité, qui s'exprime au nom d'un principe « d'humanité » reconnu par la France (l'AME existe depuis 2000). L'AME fait l'objet de controverses et de polémiques depuis l'origine car certains lui reprochent :
 1. De coûter cher (943 M° en 2018) ;
 2. De constituer un appel à l'immigration clandestine (300 000 personnes, env., en auraient profité, toujours en 2018) ;
 3. D'introduire des discriminations « à l'envers », ses bénéficiaires étant dispensés des franchises et tickets modérateurs dont doivent s'acquitter les travailleurs réguliers cotisants. La portée de cette dernière critique est limitée par l'existence d'un plafond de ressources (le même que pour la CMU-C) : de fait, les bénéficiaires de l'AME sont des personnes sans ressources, qui n'auraient pas les moyens de payer ces franchises...

2. Un mode de financement original, qui a évolué pour répondre à diverses critiques

Après avoir vu quels sont les principaux acteurs de la prise en charge, passons maintenant au mode de financement des dépenses de santé, c'est-à-dire à la nature des ressources : afin de bien comprendre de quoi l'on parle, il est nécessaire de commencer par un petit rappel des différents choix possibles : cela suppose de ne pas se cantonner à la simple question des ressources, mais de s'intéresser à la **notion plus large de « système de santé »** : elle désigne l'ensemble des relations qu'entretiennent, dans un Etat donné, les acteurs de la santé.

Tout système de santé repose sur quatre piliers :

- Des producteurs de soins
- Des « consommateurs » (« patients », pour les professions de santé)
- Des « payeurs » (qui ne sont pas toujours les bénéficiaires des soins)
- Des régulateurs (qui s'assurent du bon fonctionnement du système)

Il faut, pour l'analyser, répondre à quelques grandes questions :

- Qui a droit aux prestations ? (tout le monde ?, les citoyens, les assurés, les pauvres ?)
- A quoi ressemblent les prestations ? (doit-on prendre en charge tous types de soins (ex. des soins de confort), en totalité ou pas ? via le système du tiers payant ou pas ?)
- Qui paye ? (malades, bien portants ?, riches et pauvres dans la même proportion ?)
- Qui gère ? (assurances privées, sociales, administration d'Etat ?)

Si tous les systèmes de santé comportent les éléments évoqués *supra*, tous n'apportent pas les mêmes réponses aux questions posées. On observe dans les faits une grande diversité organisationnelle et « philosophique ». On peut cependant, pour simplifier, distinguer trois grands types de systèmes.

Les grands systèmes de protection sociale et leur philosophie

Situation géographique	Anglo-saxon	Scandinave	Continental
Référence historique	Beveridge	Beveridge	Bismarck
Objectifs	Lutter contre la pauvreté et le chômage	Assurer un revenu à tous, redistribution égalitaire	Maintenir le revenu des travailleurs
Principe de fonctionnement	Sélectivité	Universalité	Contributivité
<i>3 façons de penser la protection sociale</i>			
Technique	Ciblage	Redistribution	Assurance sociale
Critères d'accès aux prestations	Le besoin, La pauvreté	La citoyenneté, La résidence	Le statut, L'emploi
Nature de la prestation	Sous condition de ressource, différentielle	Forfaitaire, services sociaux	Contributive, proportionnelle
Mode de financement	Impôts	Impôts	Cotisations sociales
Structure de décision et de gestion	État central	État décentralisé	« par les intéressés » Partenaires sociaux

Source : B. Palier, *Gouverner la Sécurité sociale*, Paris, PUF, 2002, p. 27.

Ce document montre une typologie plus large, celle des systèmes de protection sociale dans leur ensemble, mais on peut y retrouver l'essentiel des traits distinctifs des systèmes de santé.

Il y a d'abord les **systèmes nationaux de santé** (NHS britannique, par ex.), expression trompeuse, où l'essentiel de l'appareil sanitaire est intégré à l'Etat (hôpitaux public, médecins salariés), le financement y est assuré par l'impôt et les droits découlent de l'appartenance à la communauté nationale (élargie à l'ensemble de résidents, réguliers ou non).

Il y a ensuite les **systèmes libéraux** (USA) : assurances privées y tiennent place importante ; rôle des entreprises et du marché, pas de couverture nationale (jusqu'à *Obama Care*, 2012), sauf pour populations cibles (*Medicare* : personnes âgées ; *Medicaid* : pauvres). Historiquement, protection

publique réservée aux seuls pauvres et fortement stigmatisante : il s'agit d'encourager le retour au travail par tous les moyens (prestations basses, parfois en nature – principe de l'assistance.).

En France, le système de santé est fortement structuré autour des principes de l'assurance maladie, 3^e type de modèle (qu'on trouve également en Allemagne, par ex., et dans d'autres pays d'Europe ; de fait, ces systèmes sont également parfois qualifiés de « bismarckiens », du nom du chancelier Bismarck qui en est à l'origine dans les années 1880, en raison du rôle pionnier de l'Allemagne dans ce domaine) : il s'agit d'un modèle où la priorité était à l'origine de protéger les ouvriers dont le nombre était croissant du fait de l'industrialisation (XIXe-XXe siècle).

- Caisses d'assurances maladie, distinctes de l'Etat (administration), gérées par les représentants des bénéficiaires et de leurs employeurs, sous tutelle d'un Etat arbitre et garant intérêt général.
- Financées également par des cotisations acquittées par les travailleurs et leurs employeurs (ceux qui ont intérêt à la bonne santé des bénéficiaires).
- Indemnités journalières et remboursement des frais médicaux pour les assurés cotisants (et leur famille : modèle de la femme au foyer). Objectif : entretien de la force de travail.
- Nécessité d'avoir cotisé, donc d'avoir un emploi (certaines prestations – indemnités journalières – sont proportionnelles aux salaires : prestation conçue comme salaire de remplacement (« assurance salaire »).



- A cela il faut ajouter que, pour des raisons historiques, les producteurs de soins (médecins, hôpitaux) y sont en général autonomes (distincts de l'Etat central et des caisses), bien que financés par les caisses (l'assurance maladie s'est bâtie de manière indépendante des institutions et professions de soins). Et l'existence d'un secteur privé plus ou moins important.

Les différences entre les systèmes ne s'arrêtent pas là et portent notamment sur la performance sanitaire (les résultats) et le coût ; nous dirons un mot du second point *infra*.

Affiche présentant le mécanisme des Assurances sociales françaises (années 1930)

Notons aussi qu'aucun de ces systèmes ne se retrouve à l'état chimiquement pur. Tous empruntent à des degrés divers à l'un ou l'autre des autres modèles. De fait, depuis 30 ans, nécessité de s'adapter à mutations économiques et sociales a conduit à phénomène important d'hybridation. Ainsi, dans le cas de la France, il a toujours existé, en complément des assurances sociales, des dispositifs d'assistance publique, financés par l'impôt et d'autres recettes, pour les plus pauvres, ceux notamment qui ne travaillaient pas. Si on avait pu croire, un instant, pendant la forte croissance des 30 glorieuses, qu'ils allaient disparaître, le chômage de masse depuis 30 ans a rendu nécessaire de nouveaux dispositifs (RSA...).

Quel que soit le type de système, toutefois, « l'empreinte des origines » (*path dependency*) se fait sentir : cela signifie qu'une fois qu'on s'est engagé dans l'une ou l'autre voie, sur le plan institutionnel et philosophique, il est souvent difficile d'en sortir. Ainsi, en ce qui concerne les catégories indépendantes (agriculteurs, entrepreneurs...), l'extension s'est faite, en France, dans un cadre

fortement inspiré par celui des assurances sociales alors que les bénéficiaires n'étaient pas des salariés...

En France, on vient de le voir, le choix a été fait, historiquement, de faire financer l'assurance maladie par les cotisations des bénéficiaires et de leurs employeurs dans le cadre de régimes d'assurance maladie distincts de l'Etat, mais également à distance du secteur privé (au moins pour la couverture de base, la plus importante) :

Pourquoi ce choix ?



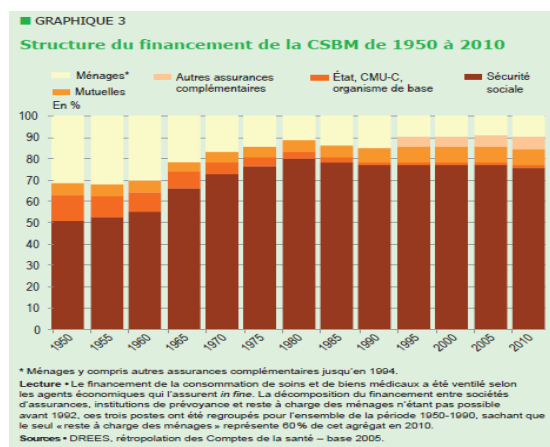
Affiche de 1947

- Il fallait protéger cette population, à un moment où les capacités d'intervention de l'Etat étaient faibles, contre les risques inhérents au salariat (précarité) et au travail industriel (dangerosité)...
- C'était aussi un « compromis de classe », qui permettait d'éloigner les ouvriers de la tentation révolutionnaire (partis socialistes), en complétant la citoyenneté politique par une citoyenneté sociale, tout en procurant des avantages au patronat dans la gestion de la main d'œuvre (fidéliser et entretenir celle-ci, à une époque où les ouvriers étaient aussi en même temps des paysans).
- C'était enfin un moyen de responsabiliser les acteurs et de compenser la faiblesse des rémunérations.

Un élargissement progressif

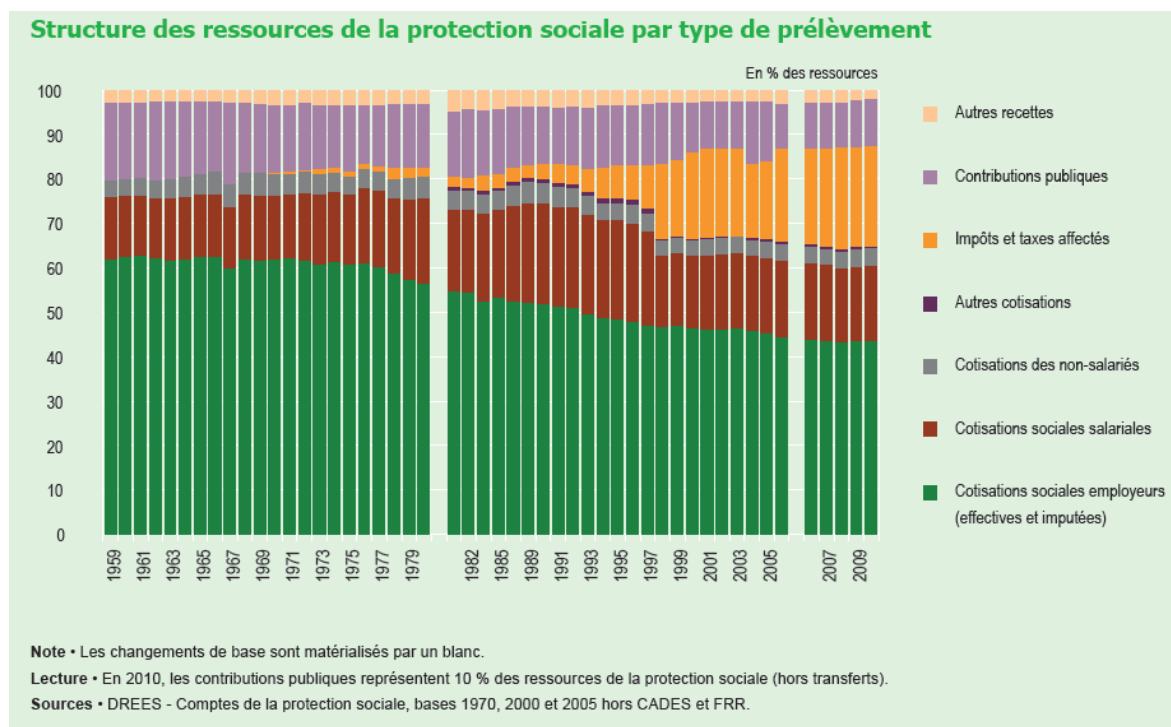
A l'origine (1930), l'assurance maladie était limitée aux seuls salariés de l'industrie et du commerce, dans la limite d'un plafond de salaire ; puis (1945), tous les salariés, y compris les fonctionnaires, sans limite de plafond ont été intégrés. Enfin, progressivement, tous les actifs (années 60...), puis tous les résidents (années 70...)... La conséquence a été que la Sécurité sociale (obligatoire) a pris une part croissante, au fil du temps, dans le financement de la dépense de santé : 51 % en 1950, 80 % en 1980, 76 % auj. (légère décrue).

L'évolution de la part de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense de santé



Source : 60 ans de dépenses de santé, INSEE, 2013.

Dans cet ensemble, les cotisations issues des salaires ont longtemps constitué la source quasi exclusive des recettes. C'était vrai pour l'assurance maladie, mais aussi pour la protection sociale dans son ensemble :



Source : *50 ans d'évolution de la structure de financement de la protection sociale*, INSEE, 2012

1. Cotisations imputées : ne donnant pas lieu à versement à un organisme de collecte (financement par l'Etat des pensions de retraite des fonctionnaires, notamment).
2. Contributions publiques : autres qu'impôts et taxes affectés (versement exceptionnels...)

La part de l'Etat était faible, car, comme on l'a dit, l'assurance maladie reposait à l'origine sur un compromis de classe entre employeurs et salariés : il était donc juste que ces derniers financent l'essentiel des dépenses ; les bénéficiaires étant limités aux seuls cotisants, il était difficile de demander aux autres (contribuables) de participer, à une époque où la responsabilité individuelle était la règle en matière sociale (influence du Code civil) et où les catégories indépendantes (bourgeoisie, paysans, entrepreneurs indépendants) devait payer leurs propres dépenses de santé. Dans les faits, le financement par l'Etat était réservé, dans le cadre de l'assistance publique (lois de 1893, 1905 et 1913), aux plus pauvres (accès gratuit aux hôpitaux).

De leur côté, les cotisations se partagent entre part « ouvrière », prélevée sur le salaire « brut », donc en théorie à la charge du salarié, et part « employeur », acquittée par ce dernier : une hausse de la première signifie une baisse du salaire net (celui perçu par le salarié) ; une hausse de la seconde, au contraire, signifie un alourdissement du coût du travail pour l'entreprise (salaire brut + charges patronales).

La part des employeurs est historiquement forte : pourquoi ?

- Les salaires ouvriers étaient faibles, à l'origine (au XIXe siècle ; jusqu'en 1945) : il paraissait difficile de leur demander d'accepter une baisse de leur rémunération pour financer un nouveau droit social, fut-il très utile.

- Les premières caisses d'assurance maladie étaient souvent le fruit d'initiatives patronales : volonté de garder la main sur institutions destinées à fidéliser main d'œuvre ; mais intérêt économique, aussi, pour employeurs, à bénéficier de main d'œuvre en bonne santé ;
- En 1945, il y a une volonté de punir le patronat (accusé d'avoir collaboré avec les Allemands), en le faisant payer.
- Dans années 60, croissance forte, enfin, a permis de financer un coût croissant par une hausse des salaires totaux (via l'augmentation de la cotisation employeur).
- Depuis les années 80, au contraire, les pouvoirs publics ont cherché à limiter la progression du coût du travail, dans un contexte de chômage de masse et de concurrence internationale accrue (cf infra).

La portée réelle de la distinction entre cotisation employeur et salarié est toutefois limitée

Une hausse de la cotisation employeur peut être compensée, dans certaines circonstances, par une hausse du prix des produits vendus par l'entreprise (si l'état du marché et de la concurrence le lui permettent, ou en période d'inflation, par ex.) : dans ce cas, le coût réel sera supporté par l'ensemble des consommateurs, parmi lesquels (dans quelle proportion ?) se trouvent aussi les salariés bénéficiaires... (→ phénomène d'« incidence fiscale »). Symétriquement, une hausse de la cotisation des salariés peut être compensée par des hausses de salaires directs, obtenues à l'occasion de négociations ou d'une grève, par ex. (les périodes de croissance sont favorables, de ce point de vue). Incertitude réelle donc, sur qui supporte le coût de cotisations employeurs ou salariés... (pour les employeurs, ce qui compte, c'est le *coût total du travail* ; pour les salariés, c'est le salaire *net* et les droits découlant du contrat de travail...)

Un mode de financement qui prête le flanc à diverses critiques

Tant que l'assurance maladie (et la protection sociale dans son ensemble) est restée limitée aux salariés, que la croissance a été forte et que donc les salaires, sur lesquels les cotisations étaient prélevés, ont progressé rapidement, alors que les taux de prélèvement restaient modestes, cela n'a pas posé trop de problèmes. Cependant, avec le temps, 3 types d'inconvénients sont apparus :

- Un effet anti-redistributif : jusqu'à la fin des années 60, les cotisations étaient plafonnées (pour limiter la charge pesant sur les salariés et laisser une place à la prévoyance libre) : en conséquence, le taux de prélèvement réel était moindre pour les bénéficiaires de hauts salaires. La consommation de soins, elle, n'était pas limitée.
- Une assiette trop limitée : ni les revenus du capital (loyers, dividendes, coupons, intérêts...), ni les revenus de remplacement (retraites...) n'étaient concernés par le financement. Or, ces derniers notamment, sont en pleine expansion depuis les années 80 et les retraités se vont vu accorder le droit plein et entier aux prestations en nature de l'assurance maladie. Même chose pour les chômeurs et personnes privées d'emploi ne cotisant plus... Dans la mesure où la santé devenait un droit reconnu pour tous, il paraissait logique que tout le monde – et tous les types de revenus – participent à son financement...
- Des effets pervers sur l'activité économique : prélevées sur les salaires, les cotisations sociales peuvent être considérées comme une sorte de taxe sur l'emploi, venant alourdir le coût du travail → dès lors, on leur reproche de décourager l'embauche des moins productifs (peu qualifiés) et d'alimenter le chômage de ces catégories ; en outre, elles s'incorporent dans les coûts de production (à la différence de la TVA, par ex.) et donc peuvent nuire à la compétitivité

des entreprises exportatrices dans un contexte d'ouverture accrue, d'abord vers l'Europe (à partir des années 1960), puis dans le cadre de la mondialisation (depuis les années 1990).

Pour répondre à ces trois critiques, des réformes ont été introduites, qui ont changé progressivement la donne :

- D'abord, les cotisations ont été progressivement déplafonnées (mouvement achevé dès 1984) pour la maladie afin d'accroître l'assiette et lutter contre les effets anti-redistributifs : la consommation de soins des ouvriers étant, comme on l'a, vu supérieure à celle des cadres (à caractéristiques égales) : l'assurance maladie a désormais un effet redistributif positif (même s'il reste modeste) : elle atténue les inégalités.
- Ensuite, les cotisations sur le travail ont été complétées par des taxes diverses, notamment sur des consommations et activités censées alourdir la dépense : taxes sur le tabac, sur la publicité pharmaceutique, sur l'alcool, sur les primes d'assurance automobiles. Surtout, a été créé en 1991 un impôt assis sur tous les revenus, **la CSG (Contribution sociale généralisée)**, qui est devenu progressivement une source importante de financement (c'est lui, pour l'essentiel, qui explique sur le graphique précédent la part croissante de la « bande » orange).

Voici la situation aujourd'hui :

	<i>Cotisations</i>	<i>CSG</i>	<i>impôts et taxes</i>	<i>produits divers</i>
Tous régimes obligatoires	84,9 Mds 47 %	62,7 Mds 35 %	28,1 Mds 15 %	5,1 Mds 3 %
Régime général	75,3 Mds 48 %	54,4 Mds 35 %	21,6 Mds 14 %	4,9 Mds 3 %

Source : P.- L. Bras, D. Tabuteau, *Les Assurances maladies*, PUF, 2012, p. 39.

- Enfin, les cotisations sur les bas salaires ont été allégées et transférées peu à peu sur la CSG pour aller vers une baisse du coût du travail non qualifié, qui soit sans effet sur les salaires nets : actuellement (1^{er} janvier 2019), dans le régime général, la cotisation (exclusivement à la charge des employeurs) s'élève 7 % des salaires, jusqu'à 2,5 SMIC. Au-delà, elle passe à 13 %.

Avec ces réformes, les principaux défauts du système de prélèvement ont été progressivement corrigés, sans disparaître totalement toutefois, de sorte que **la question d'aller plus loin se pose régulièrement** :

1. Ainsi en 2010, N. Sarkozy, alors président de la république, avait lancé l'idée d'une « **TVA sociale** » en lieu et place des cotisations sociales (avantage, elle n'est pas payée par nos clients étrangers et est donc neutre sur les capacités exportatrices ; inversement, elle touche les produits étrangers vendus en France, réduisant l'écart supposé de compétitivité avec les produits nationaux). Mais elle pèserait plus sur les consommateurs modestes, qui dépensent une part plus grande de leur revenu... Abandonnée, pour l'instant.
2. De même, il est régulièrement question de l'utilité d'**accroître encore les exonérations de charge** sur certains salaires : dans ce domaine, le débat se focalise sur le seuil à retenir pour

en bénéficiant, avec les effets induits en termes d'emplois (« effets d'aubaine » d'employeurs qui bénéficient de la baisse pour des embauches qui auraient eu lieu de toute façon), de rémunération (écrasement des salaires ?) mais aussi de productivité (substitution du capital au travail ; primes aux secteurs employant des non qualifiés) et pour les finances publiques (le manque à gagner pour la Sécurité sociale est comblé par l'Etat, ce qui accroît le déficit et la dette...)

Ces débats ne portent pas tant sur le volume des ressources disponibles pour l'assurance maladie que sur la meilleure façon de financer celle-ci, compte-tenu de son impact sur l'environnement économique. A long terme, on peut penser en effet que tous les moyens sont équivalents⁴, en raison des phénomènes d'incidence fiscale évoqués plus haut : si le financement par l'impôt (CSG ou autre) devenait majoritaire voire exclusif, on peut faire l'hypothèse qu'il engendrait une pression des organisations représentatives de salariés (syndicats) en faveur d'une compensation salariale... (neutralité fiscale de long terme).

Le « vrai » problème, est donc plutôt celui de la maîtrise des dépenses, donc du coût de l'assurance maladie.

(A suivre...) Pour compléter le cours, vous pouvez vous reporter aux documents disponibles dans la rubrique, sur Moodle).

⁴ G. Saint-Paul, « Les enjeux du financement de la protection sociale », *Droit social*, juin 2012 [repris ds *Problèmes économiques*, 3049, sept. 2012, p. 54 sq.