

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNEE 1994



THESE N° 231

**PLACE ET PERSPECTIVES D'AVENIR
DES MUTUELLES
ET COMPAGNIES D'ASSURANCES
DANS LE SYSTEME SANTE**

THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 1994

par

Emmanuelle ESPIEUSSAT

née le 9 Janvier 1969 à Brive (Corrèze)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur Gérard HABRIOUX **PRESIDENT**
Madame Martine LARTIGUE, *Maître de Conférences* **JUGE**
Monsieur Jean-Pierre BOUTEILLE, *Attaché de Cours* **JUGE**
Monsieur Gérard LUC, *Pharmacien* **JUGE**

U N I V E R S I T E D E L I M O G E S

F A C U L T E D E L I M O G E S

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur RABY
ASSESEURS : Monsieur le Professeur GHESTEM
Monsieur DREYFUSS, Maître de Conférences

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEUR DES UNIVERSITES

BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE
BERNARD Michel	PHYSIQUE BIOPHYSIQUE
BOSGIRAUD Claudine	MICROBIOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE, CHIMIE THERAPEUTIQUE
CHULIA Albert	PHARMACOGNOSIE
CHULIA Dominique	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
GHESTEM Axel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
GUICHARD Claude	TOXICOLOGIE
HABRIOUX Gérard	BIOCHIMIE
LEFORT DES YLOUSES Daniel	PHARMACIE GALENIQUE
NICOLAS Jean Albert	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE PARASITOLOGIE
LOUDART Nicole	PHARMACODYNAMIE
PENICAUT Bernard	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
RABY Claude	PHARMACIE CHIMIQUE ET CHIMIE ORGANIQUE

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

REMERCIEMENTS

A mes parents qui ont su m'encourager tout au long de mes études.

Qu'ils reçoivent ici, le témoignage de ma sincère reconnaissance et de ma
profonde affection.

A ma famille.

A mes amis.

A toute l'équipe de la pharmacie LUC.

A Karine,

que je remercie tout particulièrement pour sa patience

et sa disponibilité.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Gérard HABRIOUX,
Professeur des Universités de Biochimie.

Monsieur, je vous remercie pour la confiance que vous m'avez manifestée,
votre gentillesse en toutes circonstances et l'exemplarité de
votre enseignement.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A MON JURY DE THESE

Madame Martine LARTIGUE,

Maître de Conférences en Pharmacodynamie

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury.

C'est en rendant hommage à vos qualités pédagogiques
que je vous demande de trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Monsieur Jean-Pierre BOUTEILLE,

Pharmacien, chargé de cours de droit à la faculté de pharmacie.

Vous avez spontanément accepté de participer au

jury de cette thèse. Veuillez trouver ici

l'expression de mes vifs remerciements et de ma respectueuse considération.

Monsieur Gérard LUC,
Pharmacien à Tulle (Corrèze).

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Qu'il me soit permis de vous exprimer mon profond respect et ma grande reconnaissance pour m'avoir accueillie amicalement dans votre officine et m'avoir enseigné de bonnes pratiques officinales.

A CEUX QUI M'ONT AIDE DANS L'ELABORATION
DE CETTE THESE.

Monsieur René TEULADE,

Ancien Ministre des affaires sociales.
Président d'honneur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.
Président de l'UNMRIFEN

Monsieur Daniel ORLUC,

Agent d'assurance UAP.
Président de la FNSAGA.
Président de la commission des agents du Bureau International des Producteurs
d'Assurance

Monsieur ALFARE,

Directeur de la mutuelle de la Corrèze

Monsieur MONTACUTELLI,

Service des relations internationales de la CPAM de Limoges

Tous les professionnels que j'ai eu le plaisir de côtoyer
au cours de la réalisation de ce travail.

PLAN

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : Définition de la protection sociale

I - 1 - DEFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE

I - 1 - 1 - Approche globale

I - 1 - 2 - Panorama du système français de protection sociale

I - 1 - 2 - 1 - La protection sociale obligatoire

I - 1 - 2 - 2 - La protection sociale obligatoire conventionnelle

I - 1 - 2 - 3 - La protection sociale non obligatoire

I - 1 - 2 - 4 - Autres garanties

I - 2 - HISTORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE

I - 3 - LES SYSTEMES BISMARCKIENS ET BEVERIDGIENS

I - 3 - 1 - Le système Bismarckien

I - 3 - 2 - le système Beveridgien

I - 3 - 3 - Le système français : entre Bismarck et Beveridge

DEUXIEME PARTIE : LES SYSTEMES DE SANTE DANS LA CEE

II - 1 - INTRODUCTION

II - 2 - LES GRANDES DATES DE LA CEE

II - 3 - DESCRIPTION DES SYSTEMES DE SANTE DANS LA CEE

II - 3 - 1 - Les pays ayant subi l'influence du modèle Bismarckien

II - 3 - 2 - Les pays ayant subi l'influence du modèle Beveridgien

II - 4 - TYPOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALISEE

II - 5 - ROLE DES MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES DANS LA PROTECTION PRIVEE

II - 5 - 1 - Exemples de "Mutuelles"

II - 5 - 2 - Compagnies d'assurances

II - 5 - 2 - 1 - Dans la CEE

II - 5 - 2 - 2 - En France

**II - 6 - DEPENSES, FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE
ET ETAT DE SANTE DES POPULATIONS EN EUROPE**

II - 6 - 1 - Dépenses de santé

II - 6 - 2 - Financement

II - 6 - 2 - 1 - Impôts

II - 6 - 2 - 2 - Cotisations sociales

**II - 7 - DEGRE DE SATISFACTION DES CONSOMMATEURS ET
CONTRIBUABLES**

TROISIEME PARTIE : ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE EN FRANCE

III - 1 - GENERALITES

III - 2 - CONSTATATIONS

III - 2 - 1 - Couverture complémentaire

III - 2 - 2 - Consommation médicale

III - 2 - 3 - Situation professionnelle

III - 3 - DIFFERENCES JURIDIQUES ET HISTORIQUES ENTRE MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES.

III - 3 - 1 - Mutuelles

III - 3 - 1 - 1 - Aspect juridique

III - 3 - 1 - 1 - 1 - Définition du code de la Mutualité

III - 3 - 1 - 1 - 2 - Principes

III - 3 - 1 - 1 - 3 - Champs d'application

III - 3 - 1 - 1 - 4 - Contraintes

III - 3 - 1 - 2 - Historique

III - 3 - 2 - Sociétés d'assurances

III - 3 - 2 - 1 - Aspects juridiques

III - 3 - 2 - 1 - 1 - Définition de l'opération d'assurance

III - 3 - 2 - 1 - 2 - Types d'assurances

III - 3 - 2 - 1 - 3 - Les différents prestataires

III - 3 - 2 - 1 - 4 - Contraintes

III - 3 - 2 - 2 - Historique

III - 4 - NIVELLEMENT DES DISTORSIONS DE CONCURRENCE ACTUELLES EN FRANCE

III - 5 - QU'EST CE QUI VA DIFFERENCIER MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES ?

III - 5 - 1 - Le service

III - 5 - 1 - 1 - Délais de remboursement

III - 5 - 1 - 2 - Les prestations

III - 5 - 1 - 3 - Primes ou cotisations

III - 5 - 1 - 4 - Tiers payant

III - 5 - 1 - 5 - Contrats de groupe

III - 5 - 2 - Fidélisation de la clientèle

III - 5 - 2 - 1 - Relations plus personnalisées avec la clientèle

III - 5 - 2 - 2 - Action sanitaire et sociale

III - 5 - 3 - Leur philosophie

III - 6 - INITIATIVES EUROPEENNES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

III - 6 - 1 - Initiatives européennes

III - 6 - 2 - Perspectives d'avenir

CONCLUSION

GLOSSAIRE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

"Au dessus de ceux-là (une foule innombrable d'hommes semblables) s'élève un pouvoir immense et tutélaire, qui se charge seul d'assurer leur jouissance et de veiller sur leur sort. Il est absolu, détaillé et doux."

C'est ainsi qu'Alexis de Tocqueville définissait la protection sociale.

Je rajouterais, que c'est aussi un monde immense, complexe, évolutif, fortement différencié entre les pays et à l'intérieur même des pays, qu'il est difficile de cerner en quelques pages. Mon étude se limitera donc à l'assurance maladie et plus particulièrement à la place et aux perspectives d'avenir des mutuelles et sociétés d'assurances dans le système santé européen.

Le bien-être individuel, collectif fait partie des objectifs de toute société. Mais il est difficile d'aborder ce sujet sans le lier aux dimensions démographiques, culturelles et économiques. La problématique sociale est notamment indissociable de la réalité économique, actuellement fortement marquée par le chômage dans chacun des pays européens.

C'est dans ce contexte difficile, qu'une harmonie, fondée sur des termes d'efficience et d'équité doit être construite.

Car la protection sociale est "l'Honneur de l'Europe" comme l'affirmait Béatrice CLOTHCHE, directrice générale de la Sécurité Sociale en Belgique.

PREMIERE PARTIE

LA PROTECTION SOCIALE

I - 1 - DEFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE (1, 2, 3, 4, 5)

I - 1 - 1 - Approche globale

Il n'existe pas de définition universellement admise de la notion de protection sociale.(1)*

Cependant, il est possible d'établir une définition de principe selon laquelle, la protection sociale recense l'ensemble des mesures obligatoires et facultatives qui ont pour objet de couvrir la population contre les risques sociaux et économiques. Elle doit en conséquence prémunir chacun contre des risques communs aux membres de la collectivité.

. Risque social (1, 3, 4)

La notion de risque social recouvre toute une série d'événements qui affectent la vie des individus comme la maladie, la vieillesse, la maternité, le décès, les accidents du travail, l'invalidité et le chômage.

On peut les répertorier en deux groupes :

- ceux qui diminuent les ressources individuelles :

Les événements susceptibles d'affecter les revenus normalement tirés d'une activité professionnelle sont la maladie, l'invalidité, la maternité, le chômage et le décès.

- ceux qui augmentent les dépenses individuelles :

Les revenus ne sont ni supprimés, ni diminués mais leurs titulaires doivent faire face à des charges exceptionnelles telles que l'achat des médicaments, l'hospitalisation, les charges familiales.

I - 1 - 2 - Panorama du système français de protection sociale (1, 4)

La protection sociale en France s'organise autour de quatre pôles :

- la protection sociale obligatoire
- la protection sociale obligatoire conventionnelle
- la protection sociale non obligatoire
- autres garanties (aide sociale)

I - 1 - 2 - 1 - La protection sociale obligatoire

Elle est représentée par la Sécurité Sociale, c'est à dire le conglomérat de différents régimes en France.

Art LIII.I du code de la Sécurité Sociale (5)

"Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain . Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille."

"Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail, maladies professionnelles, allocations vieillesse ainsi que le service des prestations familiales".

Pour pouvoir verser ces prestations, la Sécurité Sociale fait appel aux techniques de prévoyance collective obligatoire.

La protection sociale obligatoire recouvre l'ensemble des régimes légaux, garantissant leurs ressortissants contre les risques :

- Maladie, maternité, invalidité, décès, et maladies professionnelles
- Accident du travail
- Vieillesse
- Charges familiales.

Ces régimes sont repartis en plusieurs catégories : (1)*

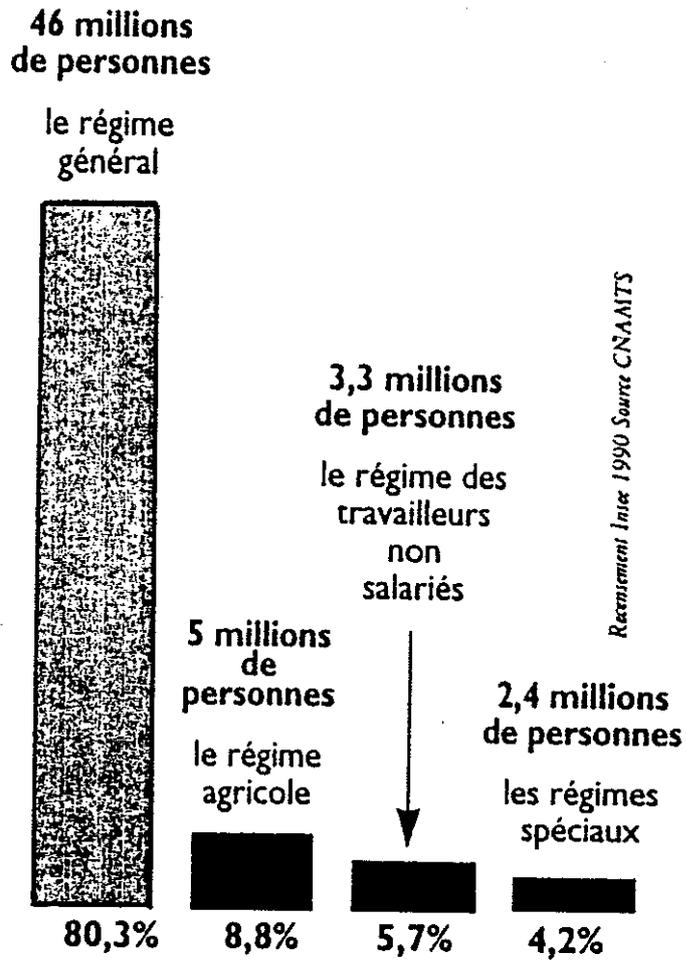
- le régime général : Il assure une protection aux salariés ne relevant pas d'un régime spécial. L'assurance maladie comporte des prestations en espèces (indemnités journalières) destinées à compenser la perte de salaire. Les prestations en nature concernent le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation.

- les régimes spéciaux : Les assurés relevant de certains régimes spéciaux sont rattachés au régime général pour les prestations en nature de l'assurance maladie, par l'intermédiaire de mutuelles (fonctionnaires, agents EDF...). D'autres disposent d'une organisation propre, totalement indépendante (SNCF, RATP, Mines, marins...).

- le régime des travailleurs non salariés, non agricoles.

- le régime agricole (MSA : Mutualité Sociale Agricole)

FIGURE 1 : La sécurité sociale en France - les principaux régimes (36)*



I - 1 - 2 - 2 - La protection sociale conventionnelle (4)

Elle comprend :

- Les ASSEDIC (Allocations Spéciales aux travailleurs Sans emploi De l'Industrie et du Commerce) qui gèrent les indemnités liées à la perte de l'emploi. Elles datent du 31 décembre 1958.

- les régimes complémentaires obligatoires comme la Sécurité Sociale légale. Parfois, la protection sociale obligatoire est dérisoire et représente juste un caractère alimentaire. "Or le droit de la Sécurité Sociale, prenant en compte ses propres lacunes, a fourni un cadre juridique aux démarches entreprises par les salariés et employeurs pour compléter les prestations du régime général."

. Mise en place des grands régimes complémentaires de retraite.

. Développement plus récent d'une prévoyance.

1. Régimes de retraite complémentaire obligatoires.

Le 14 mars 1947 est créée l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraites des Cadres) qui constitue le régime de retraite et de prévoyance obligatoire des cadres.

Le 8 décembre 1961 est créée l'ARRCO (Association des Régimes de Retraite Complémentaire des salariés non cadres).

La loi du 29 décembre 1972 rend obligatoire l'assujettissement de tous les salariés, y compris agricoles à un régime complémentaire de base (4)*

2. Régime complémentaire de prévoyance

L'Article L 131.1 du code du travail stipule que les entreprises peuvent se voir imposer le versement de prestations minimales s'ajoutant à celles du régime général. Cela se fait dans le cadre d'accords collectifs, conventions collectives avec les mutuelles, assurances et "L4" (article L732.1 du code de la Sécurité Sociale).

Le monopole des mutuelles et "L4" pour la gestion de toute forme de protection sociale complémentaire au plan des entreprises fut largement respecté dans le cadre des retraites mais par contre, les compagnies d'assurances n'acceptaient pas d'être tenues à l'écart de la prévoyance.

Ex : . AGRR (Institution de retraite complémentaire) propose un régime de prévoyance (PRIMAMUT)

. Le 10 décembre 1977, un accord interprofessionnel impose aux entreprises le versement d'indemnités complémentaires en cas de maladie ou accident. (4)*

. Complémentaire décès, invalidité obligatoire pour les pharmaciens.

I - 1 - 2 - 3 - La protection sociale non obligatoire

Elle permet d'améliorer la protection sociale obligatoire par adhésion à une mutuelle ou à une compagnie d'assurance sous la forme :

- d'une garantie collective obligatoire
- d'une garantie collective facultative
- d'un contrat individuel

I - 1 - 2 - 4 - Autres Garanties

L'aide sociale qui recouvre l'ensemble des interventions des collectivités publiques au profit des plus défavorisés. Le 29 novembre 1953, l'expression d'aide sociale, à été substituée à celle d'assistance. (4)*

FIGURE 2 : Les trois piliers de la protection sociale (10)*

1er pilier La Sécurité Sociale de Base

2ème pilier Les régimes complémentaires professionnels

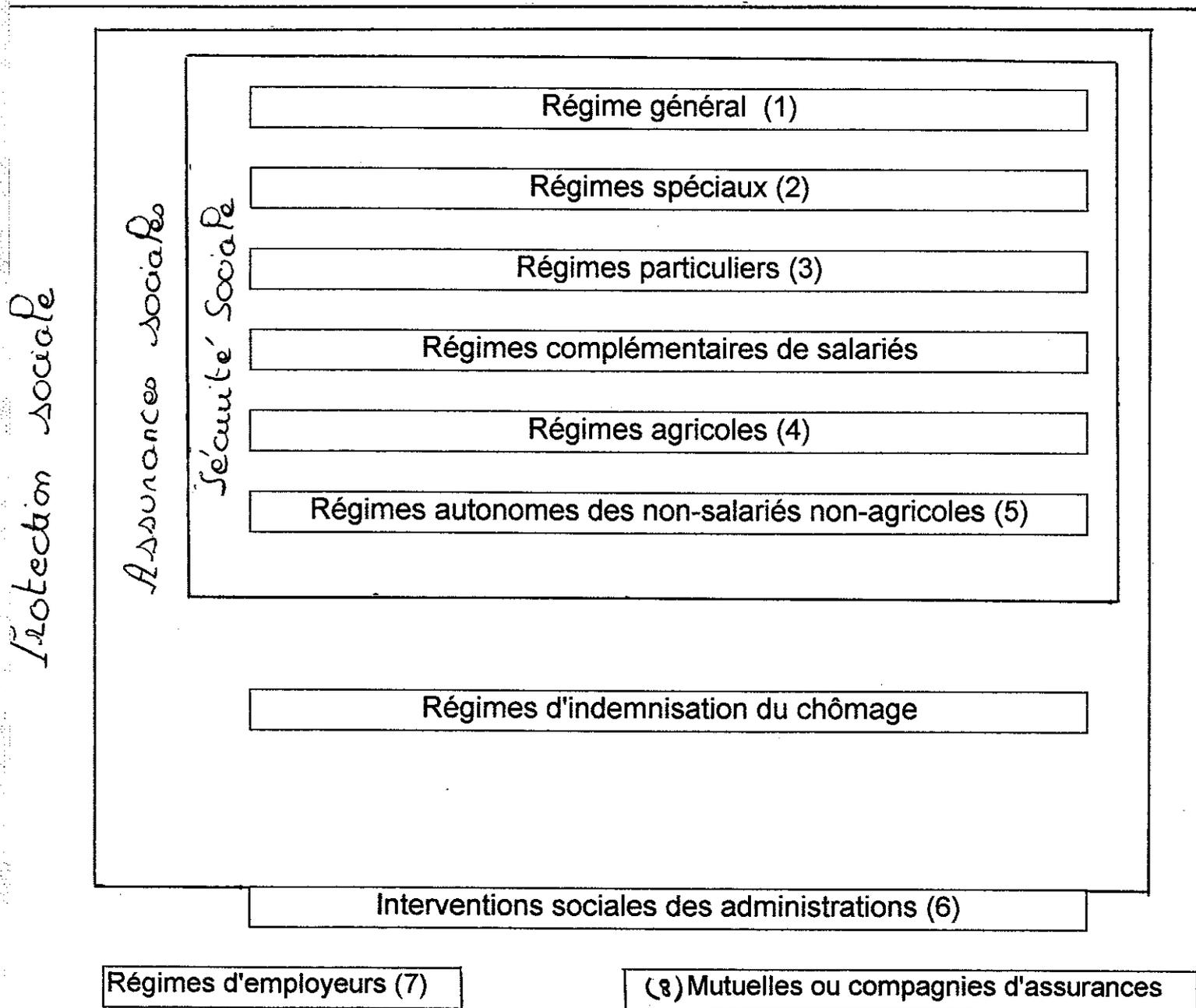
. à adhésion obligatoire AGIRC - ARRCO

. à adhésion facultative (ex : Plan d'épargne retraite)

3ème pilier Efforts individuels

* annexe 1

FIGURE 3 : Les trois rectangles de la protection sociale en France. (41)*



- (1) Salariés du commerce et de l'industrie.
- (2) Salariés : SNCF, RATP, militaires, Banque de France, Mines, marins.
- (3) Salariés : Fonctionnaires, EDF/GDF ; non salariés : étudiants.
- (4) Exploitants, salariés.
- (5) Professions indépendantes : industrielles, artisanales, commerciales et libérales.
- (6) Interventions sociales des administrations publiques : aide sociale de l'Etat et des collectivités locales (départements et communes) ; aide aux chômeurs : fonds de solidarité (RMI), fonds national pour l'emploi ; aide au logement.
Interventions sociales des administrations privées : activités d'associations à but non lucratif, financées par des contributions volontaires (Croix-Rouge, Secours Populaire, Secours Catholique...).
- (7) Prestations prévues dans les conventions collectives de branches ou les accords d'entreprises (compléments familiaux, indemnités de licenciement...).
- (8) Réglementées par le Code de la mutualité (but non lucratif, une voix pour chaque adhérent...) et financées par des cotisations volontaires.

I - 2 - HISTORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE (1, 4, 7, 9, 10, 14)

En Judée, 1 000 ans avant J.C, les ouvriers du temple de Salomon constituèrent une association d'entraide ; dans la Grèce classique, les artisans d'un même métier étaient organisés en sociétés de secours mutuels.(4)

a_ la famille, les institutions charitables et l'Etat

Dans les sociétés à prédominance rurale, la protection contre le risque s'opère dans des structures telles que la famille, les corporations, compagnonnages, confréries et un rôle subsidiaire est exercé par l'Eglise pour les plus miséreux. (1)

La loi des Poor Laws anglaise de 1601 confère un droit à l'assistance à tout citoyen habitant d'une paroisse et à cette dernière l'obligation de l'assister sous forme de travail s'il est valide. S'il refuse, il est alors passible d'une peine d'emprisonnement. (7)

Un jugement du Parlement (Speenhamland Parliament Act) reconnaît le droit à un revenu de subsistance "dépendant du prix du blé et du nombre d'enfants". Cette expérience suscitera bien des controverses notamment chez les économistes britanniques, A. Smith, David Ricardo qui pensent que les "Poor Laws" en favorisant la natalité provoquent la baisse des salaires. (7)

Puis les Poor laws sont abolies car elles étaient un frein à la mobilité des travailleurs.

Avec la révolution industrielle, la solidarité s'effondre et fait apparaître la classe ouvrière réduite à la misère, décrite par Zola et Dickens. (4)

Le chômage, les bas salaires ne permettent plus l'épargne et la bourgeoisie refuse d'organiser un minimum de protection.

Cette promotion de l'individualisme aboutit en 1791 en France, à la loi Le chapelier, interdisant toute corporation, association professionnelle. Cette loi prive le mouvement ouvrier de tout moyen d'action, le travail est assimilé à une marchandise. (4)

b - caisses de secours mutuels

Les travailleurs en dépit des interdictions essaient de constituer des caisses de secours mutuels. Ces sociétés seront rendues légales en France par la loi du 15 juillet 1850.

Le 1er Avril 1898, intervient la nouvelle loi mutualiste qui ne se contente plus d'assurer des secours temporaires mais constitue des pensions vieillesse, assurances vie, décès ou accidents (9).

c - Assurances Sociales

C'est donc la situation des ouvriers qui a donné naissance à la "Question Sociale" et a fait apparaître les mouvements syndicaux. Mais un siècle sépara la déclaration des droits de l'homme en 1793 en France et leur première application par Bismarck en Allemagne en 1881 avec la naissance des assurances sociales, ancêtres de la sécurité sociale moderne (7).

Dès la fin du XIXe siècle, de nouvelles formes de protection apparaissent. Les accidents du travail sont couverts en France par la loi du 9 avril 1898. Elle repose sur le principe de la responsabilité de l'employeur.

Mais pendant cette période seuls les travailleurs accéderont à l'assurance sociale et souvent de façon volontaire. En 1914, rarement plus de 10% de la population est protégée sauf en Angleterre, Allemagne où 40% des travailleurs le sont. (7)*

En France, ce sont les lois du 5 avril 1928 et 30 avril 1930 qui donneront naissance aux assurances sociales au profit des seuls salariés de l'industrie et du commerce (1).

Le versement des allocations familiales est rendu obligatoire par la loi du 11 mars 1932.

Puis, une théorie générale complète de la protection sociale apparaît en Grande-Bretagne avec le rapport Beveridge.

d - Sécurité Sociale en France

En France, en 1945, le plan de Sécurité Sociale se propose de garantir des revenus suffisants à toute la population pour assurer sa subsistance. L'idée était d'instaurer un régime unique, mais des régimes privés ont survécu parce que cela correspondait à la demande des salariés. (10)

Parallèlement à la Sécurité Sociale, existent des assurances volontaires et des mutuelles. Ce mode de protection s'exerce au profit des risques non pris en charge par la Sécurité Sociale.

C'est à l'occasion de l'élaboration de la constitution de la IVème république (1946) que le droit à la protection sociale reçut consécration institutionnelle. Le préambule de 1946 reste d'actualité sous la Vème république (1)*.

**PREAMBULE DE LA CONSTITUTION DU
27 OCTOBRE 1946**

X et XIe alinéas

" La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement".

"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."

De cette évolution, ont émergé deux systèmes de santé importants qui sont la base de nos systèmes actuels ; il s'agit :

- du système Bismarckien (Allemagne)
- du Système Beveridgien (Royaume -Uni)

Le premier est fondé sur la solidarité entre les membres d'un groupe professionnel, le second sur la solidarité entre les citoyens qui aboutit à la Sécurité Sociale Nationale.

FIGURE 4 : Developpement de la Securite Sociale en France (1)*

Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle

- Protection dans le cadre de la famille, confrérie
- Intervention de l'Eglise
- Intervention de l'Etat
- Institution d'un régime de pensions pour "les gens de la mer" sous le régime de Louis XIV

Après le XVIIIème siècle**1) jusqu'à la fin du XIXème siècle**

- 1791 : Loi le Chapelier : suppression des corporations
- Révolution industrielle : naissance d'une nouvelle catégorie sociale : le Salarié.
- Instauration de "la prévoyance collective volontaire".
- 1852 : Décret sur les sociétés de secours mutuels
- 1893 : Loi sur l'aide médicale gratuite.

2) fin du XIXème siècle

- 1898 : Loi sur les accidents du travail
- 1898 : Liberté de constitution des sociétés de secours mutuels
- Extension de la prévoyance collective obligatoire contre les autres risques.

A partir du début du XXème siècle

- 1905 : Echec sur les retraites paysannes et ouvrières
- 5.04.1928 et 30.04.1930 : Naissance des Assurances Sociales (revenus inférieurs à un plafond)
- 11.03.1932 : Loi sur les Allocations Familiales.
- Après la 2nd guerre mondiale : Rapport Laroque.
- 1945 : Ordonnance du 4 octobre instituant la Sécurité Sociale.
- 1946 : Prise en compte du droit à la protection sociale dans le cadre de la Constitution de la IVème république.
- 1958 : Reprise dans le cadre de la constitution de la Vème république.

I - 3 - LES SYSTEMES BISMARCKIENS ET BEVERIDGIENS

* le système Bismarck dit "d'Assurances Sociales" repose sur l'assurance professionnelle obligatoire, activité dont la protection sociale est la contrepartie et à laquelle s'impose le versement des cotisations définies en fonction des salaires.

* le système Beveridge dit "de Sécurité Sociale "ou "Système National" repose sur la solidarité entre les citoyens ; il est financé par l'impôt. Les droits sociaux sont définis par rapport aux besoins et non aux revenus.

Aucun de ces deux modèles ne se retrouve à l'état pur aujourd'hui dans les deux pays qui en sont les fondateurs : l'Allemagne pour le système Bismarckien, le Royaume-Uni pour le système Beveridgien.

I - 3 - 1 - Le système Bismarckien (7, 8, 10, 11, 12)

La loi de 1883 rend obligatoire les assurances maladies pour les ouvriers touchant de bas salaires. (7)

Ce système allemand deviendra le "précurseur de la Sécurité Sociale à l'Européenne" qui allait se mettre en place un peu partout dans le monde au XXe siècle.

Ce système s'organise autour de 3 principes :

- Assurances organisées dans un cadre professionnel
- Autonomie et autofinancement des institutions par rapport à l'Etat
- Gestion par les assurés et leurs employeurs

Le fondement de ce système repose sur le lien entre prestations et activités salariées.

Une autre spécificité du système allemand, est sa mission de prévention. On assiste à une volonté de prévenir les risques plutôt que d'en réparer les dommages.(8)

Ces caisses autonomes, issues des lois Bismarckiennes couvrent toute la population qui travaille ; les allemands qui ne travaillent pas sont couverts par des cotisations publiques versées par les länder (10).

* rappel historique : (7, 8)

L'assistance des pauvres, à l'origine était assurée par l'Eglise. Au début du XIXe siècle, elle est transférée à des associations de communes. Puis des caisses de secours apparaissent.

L'industrialisation et la salarisation font émerger la "question sociale".

Pour détourner la classe ouvrière de la tentation révolutionnaire, Bismarck fait adopter ses premières "réformes sociales". Il introduit la notion d'assurances obligatoires (15 Juin 1883 : loi sur l'assurance maladie).

Le 19 juillet 1911 est adopté le Code Impérial des assurances sociales. Cette législation sociale exclut les employés dont le salaire annuel est supérieur à 2000 DM.(8)*

Cette expérience influencera divers pays : Danemark, Suède, Italie, Autriche, Hongrie, Tchécoslovaquie. Le Royaume-Uni s'en inspirera également entre 1906 et 1911, les Pays Bas entre 1913 et 1930 et la France dès 1928-1930 (7)■.

A la fin du XXe siècle, cette logique ne subsistera plus pour l'assurance maladie qu'en Allemagne, Autriche, Bénélux et France, car un autre système commence à naître, au Royaume-Uni. Beveridge dans son rapport publié en 1942, critiquera le système allemand le jugeant trop complexe avec sa multitude de caisses, et trop limité par son plafond d'affiliation.

I - 3 - 2 - Le Système Beveridgien (7, 8, 10, 12, 13)

Le Royaume-Uni s'est doté d'un système légal d'assurances sociales avec un retard d'un quart de siècle sur l'Allemagne. Mais il est vrai que les mutuelles tenaient beaucoup de place dans l'organisation de la protection sociale au XIXe siècle.

Un seul Nom, celui de Beveridge suffit à évoquer la législation sociale d'après-guerre. Il critique les assurances sociales qui ne concernent que les salariés et n'envisagent pas les charges familiales.(8)

Le rapport partait de l'idée qu'une société vivant en paix, où toute la population travaillerait, ne devait plus souffrir du besoin, de la maladie, de la dépendance et de la déchéance.(7)

La prise en charge des conséquences des risques sociaux, individuels ou collectifs sont alors du ressort de la collectivité. A la place d'une mosaïque d'aides, ce rapport propose un système général de sécurité sociale. Celui-ci s'organise selon quatre principes : (12)

- l'universalité de la couverture étend la protection à toute la population, sans tenir compte des clivages socioprofessionnels.
- offre une garantie quel que soit le risque.
- l'unicité de ce système repose sur une gestion centralisée.
- l'uniformité des prestations pour tous, quel que soit son statut.

Ce rapport débouchera finalement sur cinq grandes lois : (8)*

- 1946 : la loi sur l'assurance nationale qui unifie tous les régimes d'assurances existants.

- 1946 : la loi sur le service national de santé qui instaure un système de santé très complet fournissant à chacun des services médicaux gratuits.

- la loi sur les accidents du travail et maladies professionnelles, régime financé indépendamment du régime général.

- 1948 : loi sur l'assistance
- 1945 : loi sur les allocations familiales

Le service national de santé instauré en 1946 est un système très complet, financé par l'impôt et fournissant à chacun des services médicaux gratuits. Sa gestion et son administration sont confiées au même ministère de l'Assurance Nationale.

Ce système sera reconnu officiellement en 1948 avec le vote des premiers impôts.

Mais cette solidarité ne doit pas inciter les personnes à augmenter les risques. De plus, tout n'est pas parfait et l'on assiste au développement des assurances maladies privées et des systèmes de retraites complémentaires pendant les années Thatcher.

Ce système après 1945 sera adopté par la Norvège, la Suède, la Finlande, le Danemark, l'Irlande et par les pays méditerranéens (Grèce, Espagne, Portugal) autour de 1980.(7)*

Aujourd'hui, le système Beveridge n'est pas cité comme modèle car les prestations sont minimales, par contre il constitue un moyen assez efficace pour freiner les dépenses de santé.

I - 3 - 3 - Le système Français : entre Bismarck et Beveridge (2, 7, 13, 14)

A vouloir à la fois l'assurance professionnelle indépendante et une couverture universelle fondée sur la solidarité nationale, les français ont élaboré un système hybride très complexe. Le système souffre d'un excès de centralisation et d'une dilution des responsabilités.

En France coexiste un système type Beveridge pour les hôpitaux publics, placés sous la tutelle de l'Etat dont les médecins sont salariés et, financés par un budget global et un système de type Bismarck pour les cliniques privées et les médecins de ville payés à l'acte, organisé par convention entre les assurances maladie et les professions médicales (7)■.

* page 29 ■ page 186

Avant 1945, la protection en France était liée à l'activité du travailleur, construite sur des bases professionnelles.

Le rapport Beveridge 1942 aura une influence considérable et inspirera les législateurs français de 1945.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 sur la Sécurité Sociale prévoit donc une harmonisation des régimes existants. Mais cette union paraît lointaine puisque les régimes spéciaux continuent d'exister. D'où la loi du 24 décembre 1974 qui institue un système français caractérisé par la juxtaposition de régimes à base socioprofessionnelle : le régime général des travailleurs salariés ; les régimes spéciaux des fonctionnaires, militaires de carrière, marins... ; le régime agricole (exploitants et salariés) ; le régime des travailleurs non salariés (commerçants, artisans, membres des professions libérales) (14).

L'assurance maladie est décentralisée en 16 caisses régionales, 129 CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public. Les caisses subissent la tutelle des DRASS (Direction Régionale Des Affaires Sanitaires et Sociales), structures décentralisées du ministère des affaires sociales (2).

Le système français est donc, certainement l'un des plus complexe. Il associe du côté du financement, un régime général d'assurance maladie reposant sur le principe du partage des dépenses, auquel s'ajoutent des assurances complémentaires, et du côté de l'offre des soins, un régime où se côtoient les prestataires libéraux et publics. Il y a donc une sorte de contradiction entre les principes socialistes du régime national d'assurance maladie et les principes de l'entreprise privée pour "la médecine libérale". Ce mariage a été qualifié "d'union coûteuse" car il incite à développer les services médicaux. (14).

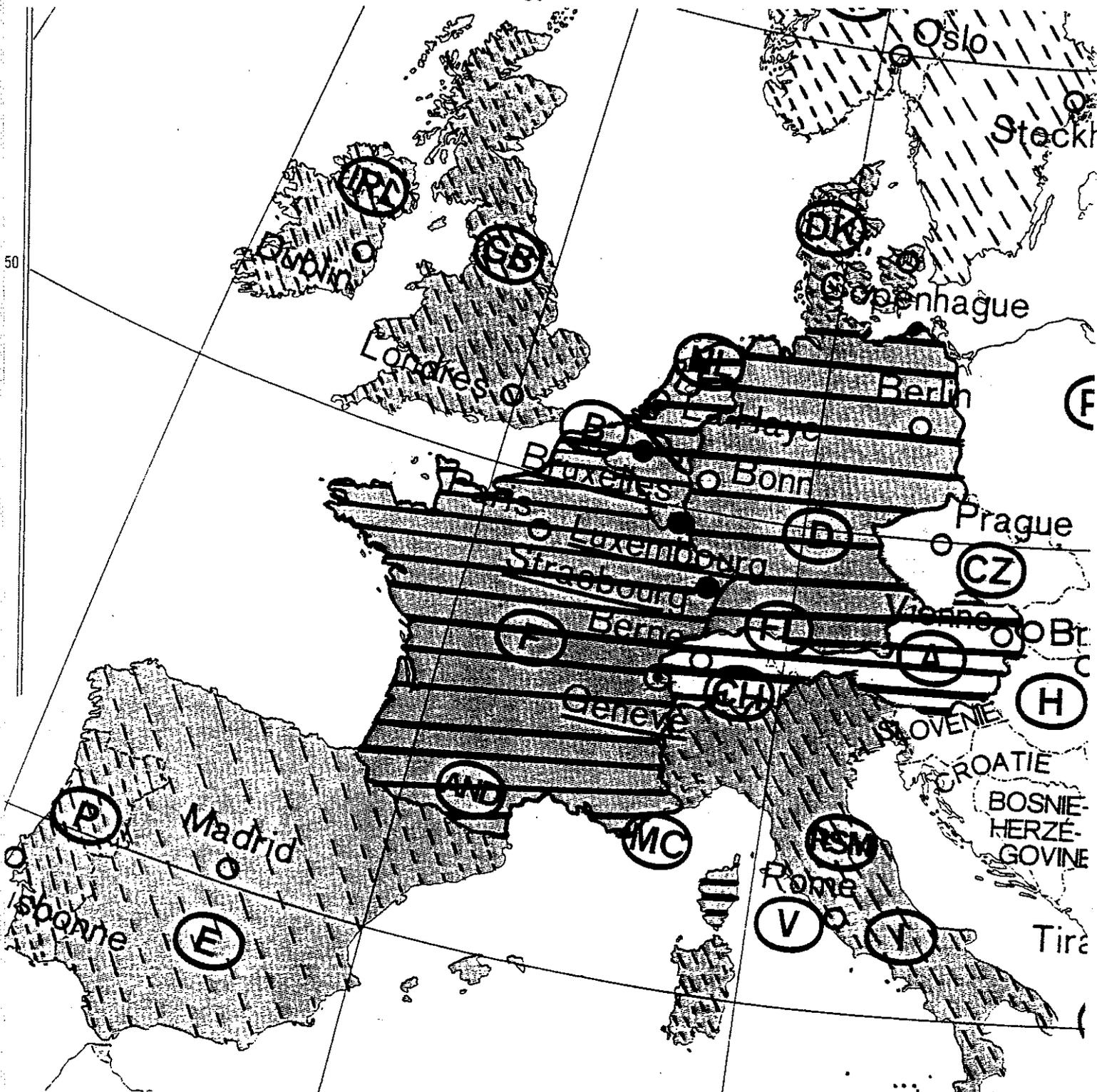
Cette réflexion, nous amène donc à comparer les différents systèmes existants aujourd'hui en Europe du point de vue, dépenses de santé, financement, état de santé des populations.

COMPARAISON DES SYSTEMES BISMARCK, BEVERIDGE, FRANCAIS

Pays qui s'en inspirent aujourd'hui	Caractéristiques	
<p>Allemagne Belgique Pays-Bas Luxembourg Autriche</p>	<p>- leurs bénéficiaires étaient initialement les ouvriers de l'industrie dont les salaires étaient inférieurs à un plafond d'affiliation. - Caractère obligatoire pour les catégories bénéficiaires. - les cotisations sont proportionnelles aux salaires. - les cotisations sont partagées entre salariés et employeurs. (partiales) - décentralisation et autofinancement des caisses : généralement des mutuelles.</p>	
<p>Royaume-Uni Norvège Suède Finlande Danemark Irlande Grèce Espagne Portugal Italie</p>	<p>- principe de généralité : toute la population entre dans l'assurance nationale - principe d'uniformité : les prestations ignorent la situation professionnelle des intéressés et elles sont les mêmes quel que soit le risque privé de revenu personnel. (ex : à 65 ans tous les britanniques auraient droit à la même pension forfaitaire). - repose sur un système de santé étatisé, financé par l'impôt. - assure des soins médicaux gratuits. - budget voté par le parlement, donc gestion nationalisée.</p>	
France	<p><u>Beveridge :</u> - Art L III du code de la Sécurité Sociale : principe de solidarité nationale - La loi du 22 mai 1946 portait généralisation de la sécurité sociale et prévoyait l'assujettissement obligatoire aux assurances de tout français résidant sur le territoire français <u>Bismark :</u> - Echéec des perspectives d'absorption des régimes spéciaux par le régime général (art 61 du décret du 8 juin 1946). - A la fin de la Vème république, le système de Sécurité sociale français est une mosaïque complexe de régimes juxtaposés, le régime général occupant une place déterminante. - Echéec de la caisse unique, chargée de la gestion de tous les risques. 3 caisses ont fait place à l'ancienne caisse nationale : . Vieillesse . Maladie . Famille - Les caisses sont des organismes de droit privé chargées de la gestion d'un service public.</p>	

DEUXIEME PARTIE

LES SYSTEMES DE SANTE DANS LA CEE



LES SYSTEMES DE SANTE EN EUROPE



type BISMARCK (Fr, Bel, Pays-Bas, All, Autriche, Suisse)



Type BEVERIDGE (Irl, RU, Port, Esp, Dk, Grèce, Norv, Suède, Finlande)

II- 1 - INTRODUCTION (15)

Le projet d'achèvement du Marché Intérieur va entraîner des évolutions importantes en matière de libre circulation des biens, des services et des capitaux, mais également en matière de protection sociale, puisque cette dernière est fortement liée à la politique et à la conjoncture, que ce soit en termes de possibilités de financement de ses dépenses, de volume des biens auxquels elle doit répondre, ou d'incidences sur la croissance et la compétitivité.

Ainsi, la question de l'avenir de la protection sociale en Europe doit tenir compte de deux types de considérations. On observe, en premier lieu, la remise en cause de la protection sociale EN EUROPE. Ceci est lié à plusieurs catégories de facteurs : réexamen de l'incidence du poids des prélèvements sur l'économie ; discussion des fondements mêmes de la protection sociale dans un contexte de mutations profondes touchant le travail, la famille, les hiérarchies de valeur ; montée de nouveaux besoins liés notamment à des problèmes démographiques ; à l'élévation du chômage et à l'apparition de situations de précarité. On prévoit, en second lieu, la réinterrogation de la protection sociale A CAUSE DE L'EUROPE, la mise en place de L'Acte Unique entraînant des conséquences sur la protection sociale, notamment en matière de volume des prestations servies ou de volume et modalités de financement arrêtés.

A travers leurs disparités, les systèmes de protection sociale des pays européens doivent faire face aux même types de défis :

* le Défi financier :

La crise économique entraîne l'augmentation des dépenses (allocations chômage, retraites anticipées) et d'autre part freine les capacités de financement.

* le défi culturel :

L'importance accordée à la solidarité et à sa mise en oeuvre institutionnelle fait partie aujourd'hui du patrimoine culturel européen. Mais est ce que efficacité et solidarité, ne peuvent pas paraître parfois contradictoires ?

Mon étude se limitera ici à l'examen de situations nationales car jusqu'à aujourd'hui, l'harmonisation européenne a surtout porté sur la libre circulation des marchandises, capitaux et personnes mais peu sur la protection sociale. Cela est dû en partie au souci des gouvernements de garder dans la souveraineté nationale, un domaine aussi important du point de vue politique et social. Cependant une réflexion et une action communautaire vont devenir dans ce domaine de plus en plus nécessaires. (11).

II - 2 - LES GRANDES DATES DE LA CEE (6)*

- 1957 : Traité de Rome créant la CEE (Communauté Economique Européenne) avec six pays : France, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Italie, RFA. Il avait inscrit parmi ses règles la libre circulation des hommes, des marchandises.

- 1962 : Echec d'une conférence pour promouvoir l'harmonisation des régimes de protection sociale.

- 1973 : Entrée du Royaume-Uni, Irlande et Danemark

- 1981 : Entrée de la Grèce

- 1986 : Entrée de l'Espagne et du Portugal
- 1986 : Signature de l'Acte Unique prévoyant d'ajouter à la libre circulation des travailleurs et des marchandises, celles des capitaux et des prestations de services. Il a marqué la volonté communautaire de concrétiser rapidement le Marché Unique.
- 1991 : Adoption du traité de Maastricht.
- 1992 : Signature le 7 février du traité de Maastricht sur l'union européenne créant d'ici à 1999 une union économique et européenne.
- le 1er janvier 1993 a marqué l'avènement du Marché Unique Européen concernant 320 millions d'habitants.

II - 3 - DESCRIPTION DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DE LA CEE

II - 3 - 1 - Les pays ayant subi l'influence du modèle Bismarckien

Organisés sur des bases socioprofessionnelles, ces systèmes juxtaposent de nombreux régimes gérés par de multiples caisses indépendantes.

Le financement est assuré par des cotisations prélevées sur les revenus.

Les traits communs à ces pays sont les suivants :

- l'accès aux spécialistes n'est pas filtré sauf pour les Pays Bas et la Belgique.
- les malades choisissent librement leur médecin.
- les professionnels de santé sont rémunérés à l'acte.

France (2, 13, 14, 16,34)Organisation :

Son système repose sur la Sécurité Sociale créée par l'ordonnance du 4 octobre 1945, conçue par Pierre Laroque. 99 % de la population est couverte par le régime d'assurance maladie obligatoire. L'assurance sociale couvre plus de 70 % des dépenses de santé, les mutuelles 6 %, le secteur public 4%, les assureurs privés 2%, ce qui laisse environ 17 % à la charge des ménages.(13)*

Financement

Il est assuré par des cotisations salariales et patronales, elles varient selon le régime mais sont toutes fonction du revenu. Depuis 1991, un impôt appelé CSG (Contribution Sociale Généralisée) à été institué. Pour la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), la cotisation de l'employeur était en juillet 1992 de 12, 6 % et celle du salarié 6,8 % du montant total du salaire sans plafonnement des rémunérations. (13)▪

Assurance complémentaire

Les mutuelles et les assureurs privés ne jouent qu'un rôle de complément dans l'assurance maladie : Ils couvrent le ticket modérateur, certains dépassements d'honoraires.

Les mutuelles reposent sur le principe de la solidarité alors que les assureurs privés prélèvent des primes forfaitaires en fonction du risque et des prestations servies.

Allemagne (6, 8, 12, 13, 23, 34)Organisation

Le système décentralisé de Sécurité Sociale allemande date de 1881. En Allemagne occidentale, environ 85 % de la population est assurée à titre obligatoire et environ 13 % à titre volontaire auprès de caisses obligatoires d'assurance maladie (Ceux dont le salaire dépasse le plafond). Le reste de la population adhère à une assurance privée. (13)*.

Il existe environ 1100 caisses autonomes d'assurance maladie, qui mettent en oeuvre recommandations et directives fédérales.

Financement

Environ 60 % des dépenses de santé sont financées sur les cotisations obligatoires et volontaires à l'assurance maladie obligatoire et environ 21 % sur le produit de l'impôt, tandis que 7% correspondent à l'assurance privée et environ 11 % à des dépenses non remboursées, payées en totalité par les patients (13)▪.

Assurance complémentaire (13)•

Environ 10 % de la population est entièrement couverte par une assurance privée. La couverture est assurée par quelques 45 assureurs à but essentiellement non lucratif.

Un petit pourcentage d'allemands souscrit une assurance privée supplémentaire pour compléter les prestations offertes par le régime obligatoire.

Belgique (6, 13, 23, 34)

. Organisation

Le système belge d'assurance maladie obligatoire date de 1944 et a été généralisé en 1963. L'assurance maladie obligatoire s'articule autour de 1745 caisses mutuelles fédérées en quatre organisations. L'une d'elles, l'Alliance des mutualités Chrétiennes, couvre la moitié de la population belge. Chaque assuré s'inscrit auprès de la mutuelle de son choix. Elles ne se font pas concurrence sur les cotisations mais sur les services complémentaires, la proximité géographique, la rapidité de traitement des dossiers. La concurrence est vive néanmoins car leur gestion dépend du nombre d'adhérents.

Il existe deux catégories de prestations appelées "grands risques" ou "petits risques". La quasi totalité de la population bénéficie du système d'assurances sociales obligatoires. (34) Le régime général couvre les "grands risques" et les "petits risques" alors que le régime des travailleurs indépendants ne couvre que les "grands risques".

. Financement

63 % par des cotisations perçues en partie auprès des employeurs et des travailleurs (régime général) ou régime des indépendants. 34 % proviennent de subventions des autorités nationales ; 3 % de sources diverses.(34)

. Assurance complémentaire

On peut distinguer 3 catégories d'assurances complémentaires :

- . celles vendues par les mutualités pour couvrir les "petits risques" des travailleurs indépendants (70 %).
- . Les assurances-groupes vendues par les compagnies d'assurances aux entreprises privées.
- . Les assurances complémentaires individuelles.

Pays-Bas (6, 13, 23, 34)

Organisation :

Le système de santé tend depuis 1987 (rapport Dekker) à un régime uniforme d'assurance maladie nationale obligatoire, complété par un régime d'assurance volontaire complémentaire.

Mais actuellement, il repose sur 4 régimes principaux :

- L'assurance maladie générale pour les risques exceptionnels (AWBZ) étendue à toute la population.
- l'assurance maladie obligatoire des salariés, auprès de caisses d'assurance maladie qui couvre 65 % de la population, dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond.
- L'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires (6 % de la population), patients assurés auprès d'une caisse privée.
- Les assurances privées couvrant les hauts revenus ou les travailleurs indépendants (13, 34).

Donc l'ensemble de la population est obligatoirement assurée pour les risques chroniques et 30 % souscrivent des assurances privées pour les risques aigus.

Financement

Il repose essentiellement sur les cotisations employeurs / salariés provenant d'assurances sociales et d'assurances privées, auxquelles s'ajoutent d'importants débours des ménages.

Assurance complémentaire

Les travailleurs indépendants et les salariés (revenus supérieurs à un certain plafond) choisissent de s'assurer volontairement auprès d'une des 70 compagnies d'assurance maladie privées (13)*

* page 97

Les personnes affiliées aux caisses d'assurances maladies peuvent souscrire une assurance volontaire supplémentaire. (rare).

II - 3 - 2 - Les pays ayant subi l'influence du modèle Beveridgien

Trois types de Services Nationaux de santé apparaissent : (12)

- Le Service National de Santé (NHS) au Royaume -Uni.
- Le service national de santé catégoriel au Danemark et Irlande.
- Le service national de santé des pays méditerranéens.

Ces systèmes ont des caractéristiques communes :

- Toute la population est protégée et une grande partie des services de santé sont gratuits.
- Leur organisation est très centralisée.
- Le budget est voté chaque année par le parlement et il provient de l'impôt.

Le NHS (National Health Service) au Royaume Uni (13, 23, 26, 34)

Organisation

Le Service National de Santé (NHS) à été instauré en 1948, complété par un service privé restreint. La totalité de la population est assurée sans condition d'activité.

Un seul organisme (Department of Health and Social Security) est compétent pour l'ensemble des risques sur tout le territoire. (13, 23)

11 % de la population a recours à une assurance maladie privée proposée par des assureurs sans but lucratif. La moitié de ces assurés est couverte par une assurance-groupe financée par les employeurs.(13)

. Financement :

Ce système est financé par l'impôt (79 % des dépenses), les cotisations d'assurance nationale (16 %) , le prix payé par les patients et autres paiements (5 %). (13)*

. Assurance complémentaire

Des assurances complémentaires privées existent, elles sont souvent financées par les entreprises, à l'intention de leurs cadres et leur permettent d'accéder aux médecins et hôpitaux hors NHS.

Les travailleurs indépendants ont également recours à ce type de couverture.

Irlande (12, 13, 23, 34)

. Organisation

Le système national de santé Irlandais géré par 8 administrations régionales a été mis en place en 1970 et modifié en 1991.

Depuis 1991 il existe deux catégories de patients :

- catégorie I : les titulaires du Général Médical Service : "GMS" , c'est à dire 37 % de la population , qui ont droit à la gratuité totale.
- catégorie II : elle regroupe les titulaires de revenus moyens (48 %) et les populations les plus aisées (15 %), qui gardent à leur charge certains honoraires médicaux.

. Financement

Le service de soins de santé est financé à 94 % par l'impôt et 6 % par un système de cotisations sociales. (12)■

. Assurance complémentaire

La principale assurance complémentaire est de type mutualiste : VHI (Voluntary Health Insurance Board). Elle permet de compléter la prise en charge des patients regroupés dans la seconde catégorie. 30 % de la population a contracté cette assurance, qui peut couvrir des spécialistes privés ou compléter les prestations du régime obligatoire.

Quelques sociétés d'assurance maladie privées proposent également des couvertures complémentaires. (13* , 23)

Danemark (12, 23, 34)

. Organisation :

L'ensemble de la population danoise est couverte par le système national de santé sans condition d'activité. Un seul organisme est compétent : "l'office national de sécurité sociale de COPENHAGUE".

Les assurés peuvent choisir entre deux catégories :

- catégorie I : regroupe 95 % de la population et assure la gratuité des soins.
- catégorie II : 5 % de la population, qui est libre de choisir son médecin mais paye la part des honoraires qui excède le montant supporté par le régime public de la catégorie I.

. Financement

Il est assuré par l'impôt.

. Assurance complémentaire

Les 13 caisses mutuelles qui géraient l'assurance légale avant 1973, se sont regroupées pour assurer la protection sociale complémentaire similaire au VHI Irlandais. (12)

Espagne (6, 13, 23, 34)

Organisation

Dans les années 1980, les principales réformes ont consisté à étendre l'assurance maladie obligatoire à la quasi totalité de la population (Régime obligatoire étendu aux travailleurs indépendants en 1984) (13, 34). Avant les réformes 80, la branche santé du système de sécurité sociale est dominée par l'INSALUD (Instituto National de la Salud) qui couvre 83 % de la population et par divers régimes obligatoires destinés aux fonctionnaires, proposés par des mutuelles.(13). Les travailleurs indépendants étaient libres de choisir une assurance privée. Les salariés du secteur public devaient obligatoirement être assurés, mais ils pouvaient s'affilier à une assurance privée ou à l'INSALUD (13).

Actuellement, ce système de santé à été étendu à toute la population. (34)

- 93 % sont couverts par la Sécurité Sociale.
- 5 %, dont les fonctionnaires de l'administration centrale sont couverts par des mutuelles.
- 0,5 % relèvent de l'assistance publique.

Financement

Il est assuré par des cotisations patronales et salariales. La contribution de l'Etat en 1990 s'élevait à 8 % (13)*.

Assurance complémentaire

Depuis 1984, l'assurance maladie volontaire a pris un caractère de plus en plus complémentaire sauf pour les salariés du secteur public. 10 % des espagnols ont à la fois une assurance obligatoire et une assurance privée (13)■.

Aujourd'hui, face à l'insuffisance des remboursements et des investissements du système national de santé, une grande partie des espagnols a recours au secteur privé. Or sur ce terrain, les mutuelles sont dominées par les assurances privées.(6)

* page 114 ■ page 114

Italie (6, 12, 23, 26, 34). Organisation

Depuis 1978, il existe un système nationalisé : SSN (Servizio Sanitario Nazionale) qui couvre toute la population. Il a succédé à un système fondé sur la mutualité. (23)

. Financement

80 % des dépenses sanitaires sont financées avec des ressources publiques (cotisations et impôts) ; environ 20 % des dépenses sont privées puisque financées par le consommateur ou les compagnies d'assurances. (12)*

. Assurance complémentaire

On a assisté au développement de l'initiative privée pour pallier les insuffisances du secteur public.

Les assurances complémentaires au régime obligatoire existent, mais cette couverture reste marginale.

Portugal (6, 23, 26, 34). Organisation

Le 15 septembre 1979, est né le SNS (Système National de Santé) fondé sur un service généralisé, universel et gratuit. Il couvre 90 % de la population. (34)

. Financement

Il est assuré essentiellement par des cotisations des salariés (8 % sur les salaires) et des employeurs (21 %). (34)

* page 36 - 37

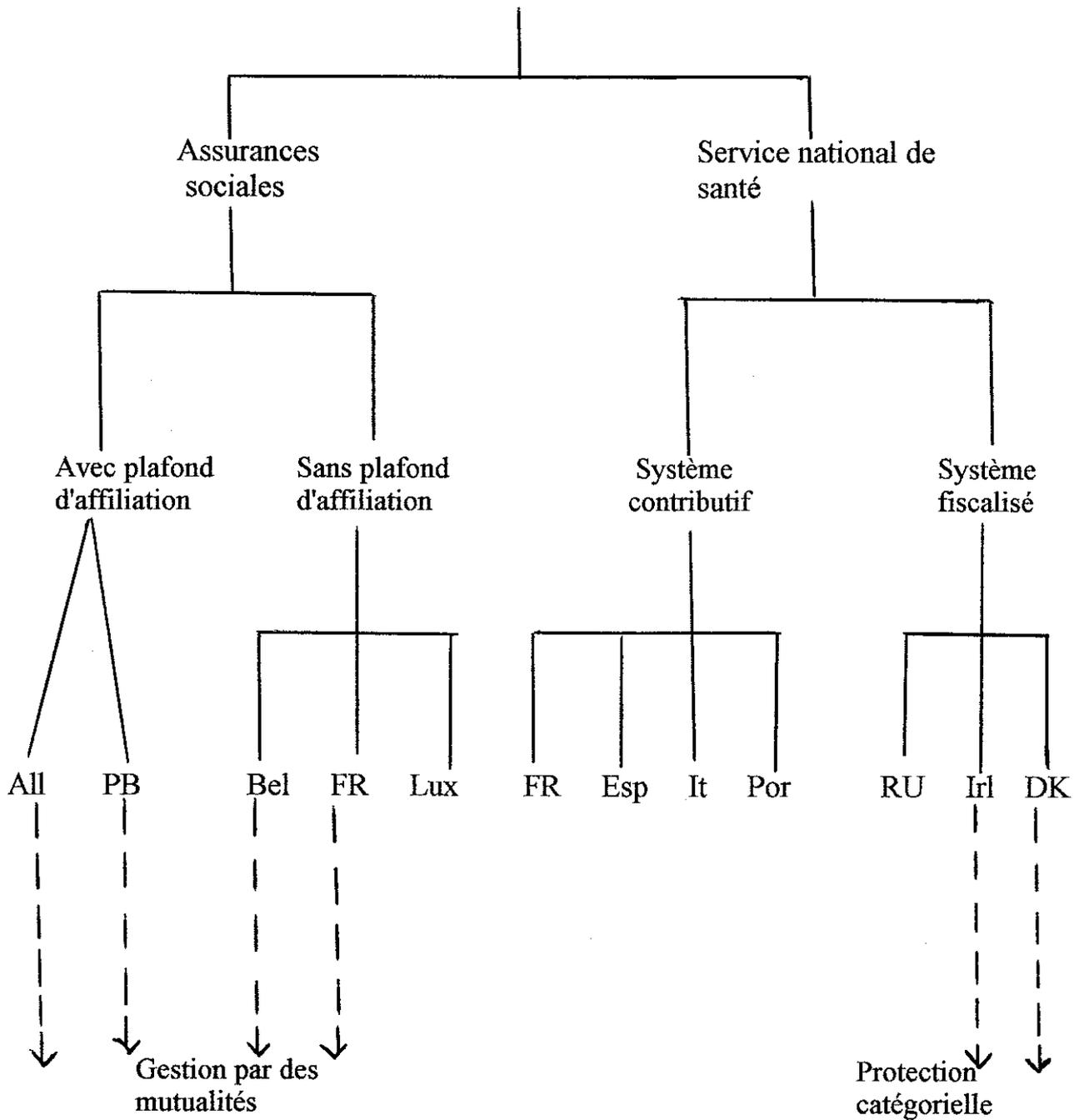
Assurance complémentaire (6)

Les mutuelles sont en plein développement car les moyens financiers suffisants n'ont pas été accordés pour développer correctement le SNS. Les mutuelles accordent donc des prestations complémentaires maladie.

Participation de l'assuré fixée à 25%	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune participation pour les maladies longues durées (ALD) - 65% sur vignettes bleues - 35% sur vignettes blanches 	Couvre 99% de la population	80% de la population a une assurance volée l'Assurance Maladie obligatoire. Elle est dispensée par les mutuelles ou les a
Aucune participation	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun remboursement pour les médicaments de confort - pour les génériques : des remboursements fixes - médicaments à prix libres : 3 DM mais en 1992, il avait été prévu de fixer la participation à 15% du prix du médicament avec un plafond de 15 DM 	Couvre 88% de la population	<ul style="list-style-type: none"> - 10% de la population (fonctionnaires, personnes dépassant le plafond d'affiliation) par une assurance privée. Celle-ci est distributif non lucratif. (A) - Assurance volontaire complémentaire obligatoire pour un petit % d'Allemands (C)
Pas plus de 25%	<ul style="list-style-type: none"> - Catégorie A (Maladies graves) pas de participation - Catégorie B (médicaments utiles) : 25% du TM - Catégorie C (médicaments moins utiles) : 50% - Catégorie CS (médicaments de confort) : 60% 	Couvre les gros risques de toute la population et 85% de la population pour les gros et les petits risques. 15% (travailleurs indépendants) ne sont pas couverts pour les petits risques.	- Mutuelles dans le rôle de prestataires de la maladie obligatoire pour les "petits indépendants (70%) (soins dentaires,...) (C)
Aucune participation	Une participation par médicament prescrit est demandée (il existe un plafond de participation par an et par famille)	Toute la population est assurée pour les risques chroniques 70% sont obligatoirement assurés pour les risques aigus.	Assurances privées pour les : retraités, salariés à revenus > plafond ce qui représente auprès de 70 compagnies d'assurances sans
Aucune participation	Aucune participation pour les enfants de plus de 16 ans, les retraités... Sinon, participation fixe par médicament prescrit de (2,6€)	SSE	11% de la population a une assurance privée assurances sans but lucratif aux cadres supérieurs indépendants pour avoir accès au s

<p>En médecine générale, pas de participation pour la catégorie I Pour les autres : supportent tous les frais sauf si maladie grave ou longue durée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Catégorie I : pas de participation - Catégorie II : remboursement des dépenses au-delà d'un certain seuil / mois 	<p>SSE</p>	<p>30% de la population contracte une complémentaire du régime obligatoire</p>
<p>Catégorie I : pas de participation Catégorie II : les patients ont à leur charge les frais qui dépassent le montant supporté pour la catégorie I</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 50 % de participation pour les médicaments les plus indispensables - 75 % pour les médicaments d'importance secondaire 	<p>SSE</p>	<p>Mutuelles et compagnies d'assurance complémentarité. (C)</p>
<p>Aucune</p>	<p>40% de participation mais aucune pour les invalides, personnes hospitalisées, pensionnés.</p>	<p>SSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salariés du secteur public. (A) - 10% des espagnols ont à la fois une assurance privée. (C)
<p>Aucune</p>	<p>Une participation est demandée en fonction du nombre de médicaments prescrits et de leur prix.</p>	<p>SSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des assurances privées pour secteur public. (A) - Couverture complémentaire marginale (C)
<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune pour les médicaments des maladies graves - 20% pour les médicaments des maladies chroniques - 50% pour les médicaments ayant un intérêt thérapeutique reconnu - 65% pour les médicaments ayant un intérêt en cas de gravité réduite. 	<p>SSE</p>	<p>Mutuelles en plein développement car toutes n'ont pas été attribuées pour développer</p>

II - 4 - TYPOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALISEE (12) *



II - 5 - ROLE DES MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES DANS LA PROTECTION PRIVEE (12, 16, 26, 35)

La comparaison des marchés européens doit être effectuée avec beaucoup de prudence pour l'Assurance santé car :

- la collecte des informations ne précise pas toujours s'il s'agit des prestations en nature, en espèces ou les deux.

- il existe plusieurs intervenants dans le domaine du complémentaire (mutuelles ou assurances). Les données collectées peuvent regrouper tout ou partie de ces marchés selon les pays (35) *

ex : au Royaume-Uni, les mutuelles obéissent aux règles de l'assurance, il n'y a pas de code de la mutualité (26).

il faut noter que le poids relatif de l'assurance privée dans chacun des pays, dépend du système de protection en vigueur (35) ■. En Allemagne, l'assurance privée volontaire intervient au "1er franc" pour les personnes dont les revenus dépassent un certain plafond.

Deux acteurs, se partagent aujourd'hui, le champ de la protection maladie privée : Mutuelles et Assureurs. Leur rôle peut varier d'un pays à l'autre : La Mutualité rassemble plus de 100 millions d'adhérents dans les seuls pays de la CEE.

* Couverture complémentaire (12•, 26)

Lorsque les assurances sociales obligatoires imposent un ticket modérateur, les mutuelles remboursent le complément.

* page 80 ■ page 82 • page 31

Deux groupes de pays sont concernés :

- Belgique, Luxembourg, France, Allemagne occidentale, Pays-Bas (pour ces deux derniers, elle s'adresse uniquement aux assurés dont les revenus sont inférieurs au plafond d'affiliation).

- Irlande et Danemark qui se sont dotés d'un système catégoriel (le VHI Irlandais couvre la catégorie 2 en fonction de la plage que le service national de santé ne couvre pas ; au Danemark, la situation est similaire).

* Couverture alternative (12*, 26)

C'est une garantie parallèle à la couverture socialisée : "Assurance au 1er Franc".

Dès que l'on s'adresse aux professions de santé travaillant dans le service national de santé, comme au Royaume-Uni, en Espagne, c'est gratuit. En revanche lorsqu'un patient s'adresse au secteur privé, s'il n'a pas d'assurance, il paie tout au "1er franc".

Là encore, on rencontre deux catégories de pays :

- Royaume-Uni, Italie, Portugal, Espagne : pays qui se sont dotés d'un service national de santé.

- Allemagne et Pays-Bas qui maintiennent la technique du plafond d'affiliation.

TABLEAU 6 : Rôle des mutuelles. (26)*

COUVERTURE	PAYS
Couverture des prestations de base	Belgique Allemagne (Pays-Bas)
Couverture des prestations complémentaires	France Luxembourg Belgique Allemagne } Revenus < à Pays-Bas } un plafond Irlande Danemark
Système alternatif	Royaume-Uni Portugal Espagne Italie Allemagne } Revenus > à Pays-Bas } un plafond

II - 5 - 1 - Exemples de "Mutuelles" (26)

TABLEAU 7 : "Mutuelles" en Europe. (26)

PAYS	MUTUELLES
DANEMARK	Assurance privée complémentaire sur base Mutuelle : "Fortsættelsessygekasse Danmark"
ROYAUME -UNI	<p>Elles obéissent aux règles de l'assurance. Ce sont des mutuelles alternatives permettant d' être remboursé lorsqu'on s'adresse à des professions de santé du secteur privé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BUPA (British United Private Association) - PPP (Private Patient Plan) - WPA (Western Provident Association)
BELGIQUE	<p>Elles gèrent l'assurance sociale obligatoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alliance Nationale des Mutuelles Chrétiennes (45 % des personnes) - Union Nationale des Mutualités Socialistes - Union Nationale des Mutualités Professionnelles
ALLEMAGNE	<ul style="list-style-type: none"> - Caisses locales - Caisses professionnelles - Caisses d'entreprises
ESPAGNE	<ul style="list-style-type: none"> - FESMAT (Fédération Patronale des Mutuelles des Accidents du Travail) - Confédération des Entidades de Prevision Social
ITALIE	<ul style="list-style-type: none"> - Federmutue intégrée dans la confédération des coopératives - FIMIV (Federazione italiana Della Mutualita Integrativa Voluntaria)
PORTUGAL	<ul style="list-style-type: none"> - Union des mutualités portugaises (UMP) regroupe 97 mutuelles.
PAYS-BAS	<ul style="list-style-type: none"> - VNZ - Zilveren kruis

TABLEAU 8 : Les systèmes de protection sociale en Europe (6)*

MUTUALITES EUROPEENNES				
Effectifs exprimés en nombre de chefs de famille				
	Gestion des régimes d'obligation	Assurance Maladie alternative	Assurance Maladie Complémentaire	Observations
BELGIQUE	5 234 211	-	5 234 211	Les RC des salariés sont peu importants. Ceux des TI sont plus substantiels
RFA DANEMARK	19 549 077 -		775 581	
ESPAGNE	969 794 (AIM 1987)	1 500 000		
FRANCE	5 200 000		12 367 957	La mutualité gère les RO des fonctionnaires des TI et des exploitants agricoles
R-U	-	1 478 013 1 000 000	1 700 000	BUPA Friendly Societies WPA, PPP
GRECE	-			
ITALIE	-	500 000		On estime à 150 000 chefs de famille les effectifs de la Federmutue
IRLANDE	-		371 000	Soit 1 million de personnes protégées (30 % de la pop.)
LUXEMBOURG	-		206 000	
PAYS-BAS		4 393 735 341 617		VNZ Zielveren Kruis
PORTUGAL	-	2 50 000		soit environ 650 000 personnes protégées

Remarque : Sauf mention inutile, les chiffres cités proviennent des statistiques AIM portant sur l'année 1988

R.O : Régime obligatoire

R.C : Régime complémentaire ; TI : Travailleurs indépendants

Sources : FNMP

II - 5 - 2 - Compagnies d'assurances

II - 5 - 2 - 1 - Dans la CEE

L'évolution de l'encaissement maladie privée par habitant est en forte croissance en Allemagne et au Pays-Bas depuis 1970 ainsi qu'en France depuis 1979. Au Royaume-Uni, Belgique, Italie et Portugal, cette croissance est beaucoup plus faible.

En France entre 1974 et 1979, la progression de l'assurance maladie privée a été de 25 % ce qui la rendait supérieure de 10 points à celle du PIB (15 %). (12)*

TABLEAU 9 : Classement des pays pour l'assurance sante (35) ■

Source CEA

PAYS	Montant des primes (en millions d'écus) (1)	évolution en 1991 (par rapport à 1990)	Structure
ALLEMAGNE	10.512	+ 9,30%	40,10%
FRANCE	6.353	+ 10,90%	24,30%
PAYS-BAS	3.076	+ 21,60%	11,70%
ROYAUME-UNI	2.084	+ 5,20%	7,90%
ESPAGNE	1.405	+ 26,90%	5,40%
AUTRICHE	931	+ 8,10%	3,50%
SUISSE	859	+ 8,60%	3,30%
ITALIE	596	+ 20,40%	2,30%
BELGIQUE	214	+ 7,30%	0,80%
DANEMARK	148	+ 10,00%	0,60%
PORTUGAL	38	+ 49,30%	0,11%
TOTAL	26.216	+ 18,00%	100,00%

(1) selon le taux de change du 2 août 1993.

L'Allemagne était en tête dans ce classement européen en 1991. Mais depuis 1989, sa part dans le total des cotisations européennes baisse.

La France occupe le 2ème rang avant les Pays-Bas : sa part augmente.

Or le poids relatif dépend du système de protection sociale en vigueur (Allemagne : l'Assurance privée peut intervenir au 1er Franc).

II - 5 - 2 - 2 - En France

TABLEAU 10 : la prévoyance soins de santé complémentaire en 1991
(Prestations en nature) (35)*

Soins de santé :

- . biens médicaux : médicaments, cure, dentiste...
- . soins : médecins, hôpital...

Sources GAP et SESI (en milliards de francs)

Par les sociétés d'assurances	17, 9
Par les caisses mutualistes	34,2
Par les institutions de prévoyance	n. d

n. d : non disponible

TABLEAU 11 : La prévoyance (décès, incapacité, invalidité) complémentaire
en 1991 (Prestations en espèces) (35)■

(en milliards de francs)

Par les sociétés d'assurances	39, 0
Par les caisses mutualistes	2,5
Par les institutions de prévoyance	n.d

Nous constatons que la prévoyance complémentaire (décès, invalidité, incapacité) est plus du domaine des compagnies d'assurances, alors que le remboursement des soins de santé complémentaires incombe plus naturellement aux caisses mutualistes.

* page 16 ■ page 19

II - 6 - DEPENSES, FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE ET ETAT DE SANTE DES POPULATIONS EN EUROPE.

Il existe une différence entre la prestation de service de santé et la production de la santé proprement dite. La santé ne dépend pas seulement des soins médicaux mais également du régime alimentaire, des conditions de logement, du niveau de vie, des activités pratiquées, de l'environnement.

Mon étude se limitera ici à la prestation des services de santé, son financement et ses effets sur la population.

II - 6 - 1 - Dépenses de santé (3, 13, 16, 17, 18)

Les difficultés financières proviennent du déséquilibre entre prestations versées et prélèvements perçus. Ceci est dû à des problèmes économiques, au chômage et au vieillissement de la population.

Nous abordons cette étude avec le rapport entre les dépenses de protection sociale et le PIB (Produit Intérieur Brut) des pays correspondants, ce qui est significatif de l'effort de protection sociale réalisé.

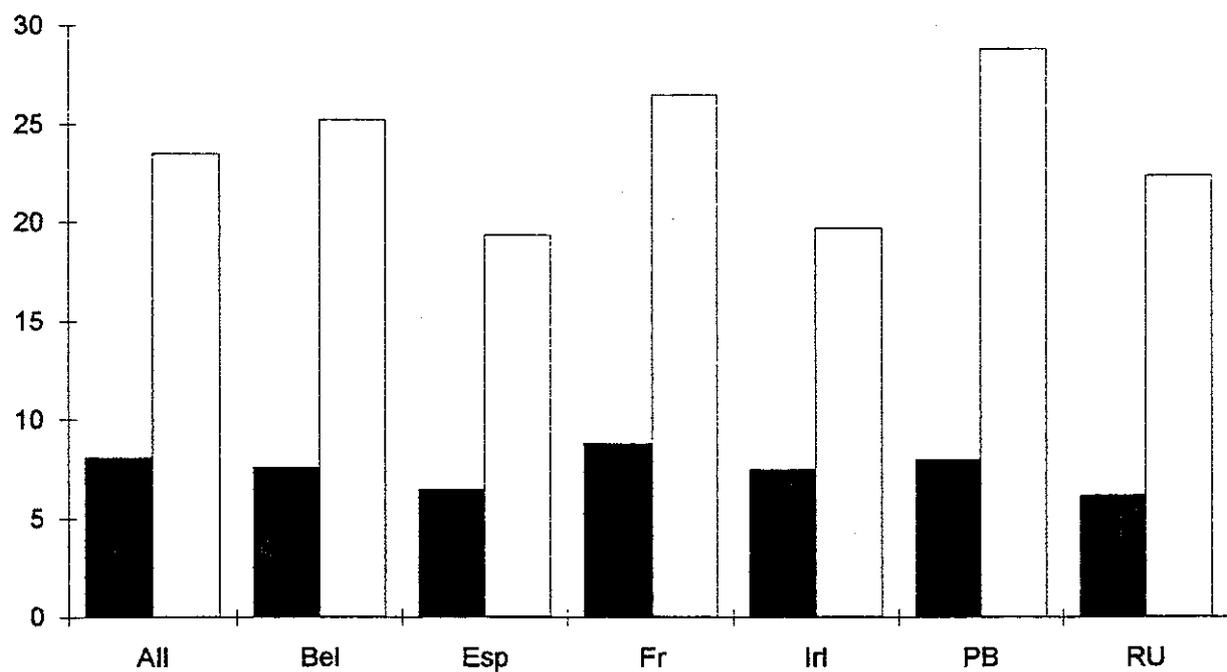
TABLEAU 12 : Dépenses publiques de protection sociale en % du PIB en 1990. (18)*

All	23,47
Bel	25,21
Esp	19,34
Fr	26,49
Irl	19,72
PB	28,78
RU	22,34

TABLEAU 13 : Dépenses de santé et part de ces dépenses dans le PIB (13)■

Pays	Dépenses de santé en % du PIB			Evolution de la part des dépenses de santé en %	
	1970	1980	1990	1970-1980	1980-1990
Allemagne	5,9	8,4	8,1	42	-4
Belgique	4,1	6,6	7,6	61	15
Espagne	3,7	5,6	6,5	51	18
France	5,8	7,6	8,8	31	16
Irlande	5,6	9,6	7,5	71	-22
Pays-Bas	6	8	8	33	0
R-U	4,5	5,8	6,2	29	7

GRAPHIQUE 14 : Illustration des tableaux 12 et 13.



- dépenses de santé et part de ces dépenses dans le PIB en 1990
- dépenses publiques de protection sociale en % du PIB en 1990

. Le graphique nous permet de classer ces pays en deux groupes :

- groupe I : Pays -Bas, France, Belgique, Allemagne qui consacrent une forte part de leur PIB à la protection sociale

- Groupe II : R-U, Irlande, Espagne qui consacrent une part beaucoup plus faible que le 1er groupe

. Il nous permet également de constater :

- que l'importance accordée à la santé dans le système de protection sociale de chaque pays peut varier nettement.

- que tous les pays ont freiné leur taux de croissance de dépenses de santé entre 1980 et 1990.

En France, la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté très vite depuis 1960 pour atteindre la proportion la plus haute des pays européens en 1990 (8,8%).

Mais cette seule mesure du pourcentage des dépenses de santé dans le PIB ne suffit pas pour préciser la réalité vécue par la personne protégée. Il faut tenir compte des dépenses par habitant.

TABLEAU 15 : Dépenses de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat (1990) (13)*

Pays	Dépenses de santé par habitant	Evolution du PIB par habitant à prix constant entre 1980 - 1990 en %
ALLEMAGNE	1487	20
BELGIQUE	1227	20
ESPAGNE	777	28
FRANCE	1532	18
IRLANDE	819	39
PAYS-BAS	1287	14
ROYAUME-UNI	974	28

* page 142

Il apparaît une tendance selon laquelle les pays les plus prospères consacrent à la protection sociale la part la plus élevée du PIB.

Les données établies par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement économiques) nous montrent que les dépenses de protection sociale en France sont élevées par rapport aux autres pays européens (juste après les Pays-Bas) et que les dépenses de santé par habitant ont été les plus fortes en 1990.

Mais les soins médicaux ne sont pas les seuls facteurs déterminants de la santé.

TABLEAU 16 : Espérance de vie en 1989(13)*

	Espérance de vie à la naissance	
	F	H
Allemagne	79	72,6
Belgique	79,1	72,4
Espagne	80,1	74,5
France	80,6	72,5
Irlande	77	71
Pays-Bas	79,9	73,7
R . U .	78,64	72,8

Par exemple, malgré ses dépenses très élevées, l'espérance de vie à la naissance en 1989 pour les hommes se situait à 72,5 en France, c'est à dire à peine à la moyenne européenne, par contre en Espagne où les dépenses de santé sont les plus faibles des sept pays étudiés, l'espérance de vie moyenne est supérieure à celle des pays les plus riches.

* page 145

II - 6 - 2 - Financement

Si nous rappelons brièvement la structure des recettes servant au financement de la protection sociale, nous constatons qu'elles se répartissent en :

- Cotisations sociales employeurs / salariés
- Cotisations publiques courantes
- Autres recettes

II - 6 - 2 - 1 - L'impôt (4)

Il est obligatoire, le parlement en définit l'assiette et il n'est pas affecté au moment de son versement.

- Il provient :
- des revenus
 - du capital
 - de la TVA (Taxe sur la Valeur Ajoutée)

Remarque CGS (Contribution Sociale Généralisée)

En France et en Belgique, elle existe depuis 1991. Comme une cotisation, elle est prélevée par l'URSSAF (Union pour le Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales). Comme un impôt, elle est assise sur l'ensemble des revenus. Elle ne se déduit pas du revenu imposable. Le parlement en vote le taux et en choisit l'affectation.

II - 6 - 2 - 2 - Cotisations sociales

Les représentants des entreprises et des travailleurs en fixent le taux et l'emploi.

Elles portent soit :

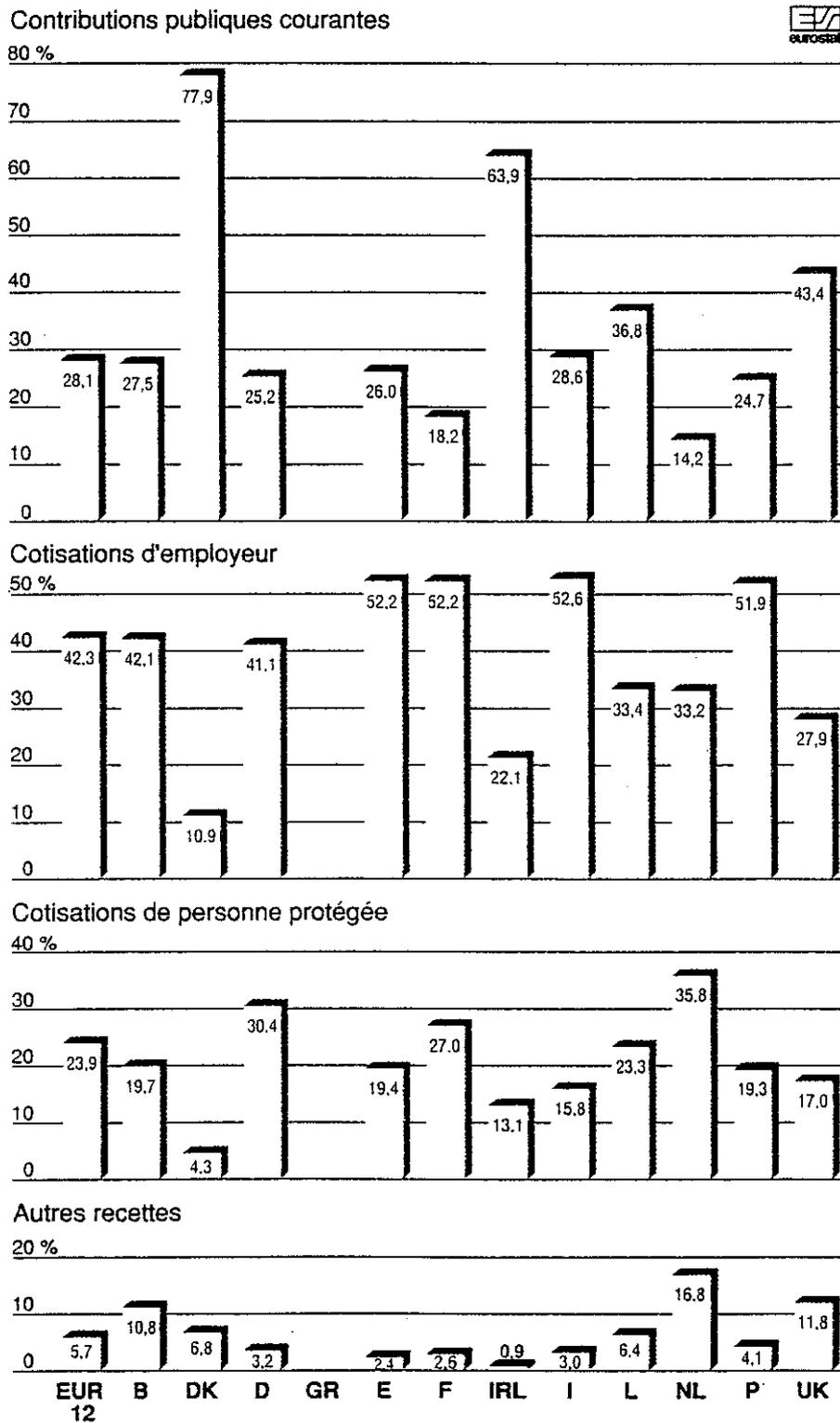
- sur des salaires plafonnés (Allemagne)
- sur la totalité du salaire

Elles sont prélevées avant impôt.

Elles n'affectent pas toutes les catégories (chômeurs, retraités).

Elles sont une charge pour l'entreprise et jouent un rôle dans la concurrence internationale ; elles pèsent plus sur les bas salaires lorsqu'elles sont plafonnées.

TABLEAU 17 : Répartition des recettes de protection sociale par catégorie - 1987 (en %). (17)*



II - 7 - DEGRE DE SATISFACTION DES CONSOMMATEURS ET CONTRIBUABLES

Aujourd'hui, avec l'accroissement de la mobilité des travailleurs et donc des malades, une question est présente à l'esprit : quel est le meilleur système de santé ? La réponse dépend des critères retenus.

. Si l'on considère qu'un bon système est celui qui couvre l'ensemble de la population, alors, on constate que la France n'est pas en tête car il faut être "assuré".

. Un bon système peut-être celui qui soigne à moindre coût. Le Royaume-Uni et le Danemark sont bien placés.

. On peut tenir compte des modalités d'accès aux soins. (6)

Une enquête récente menée par Blendon et Al (1990) sélectionnait les pays selon des degrés de satisfaction des consommateurs et contribuables. Les indices de satisfaction étaient élevés dans des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas et la France. Ils étaient plus faibles pour l'Italie, le Royaume-Uni qui combinent des dépenses faibles avec une couverture universelle (13).

Après cet "essai de comparaison", on peut conclure que les dépenses de santé en France, sont très élevées par rapport aux autres pays et, jusqu'en 1993, elles ont augmenté plus vite que le PIB sans que cela se traduise par un état de santé meilleur que dans les autres pays. De plus, on constate une forte incitation à augmenter le volume de soins car les professionnels de la santé sont rémunérés à l'acte. (16)

Pour H. Lewalle, c'est la recombinaison du rapport des forces entre les acteurs , tant Etats qu'organisations syndicales et patronales, Mutualité et assureurs privés, qui sera la clé des mutations à venir (12).*

* page 5

TABLEAU 18 : Santé : du droità la réalité. (6)*

Classement du mieux au moins bien	Population couverte et taux théorique de remboursement (normatif)	Dépenses de santé Niveau Réel de remboursement Nombre de lits et hôpitaux (statistique)	Niveau total de protection sociale (synthèse)
1	Royaume-Uni (108)	Luxembourg (122)	Luxembourg (110, 7)
2	Portugal (107)	Italie (109, 5)	Ex RFA (104)
3	Luxembourg (105)	Danemark (109)	Portugal (103)
4	Espagne (104)	Ex RFA (108, 4)	Royaume-Uni (102, 3)
5	Ex RFA (100, 5)	France (105)	Espagne (101, 6)
6	Danemark (100)	Pays-Bas (99, 7)	Italie (101, 1)
7	Italie (99)	Royaume-Uni (93, 3)	Danemark (99)
8	France (95, 5)	Espagne (92,5)	France (98, 4)
9	Irlande (94, 6)	Portugal (87, 5)	Belgique (92, 5)
10	Belgique (94)	Irlande (87)	Irlande (90, 4)
11	Pays-Bas (76, 6)	Belgique (85)	Pays-Bas (85)

TROISIEME PARTIE

**ASSURANCE MALADIE
COMPLEMENTAIRE EN
FRANCE**

La plupart des Français bénéficient en plus du régime de base auquel s'ajoute souvent des régimes complémentaires obligatoires, d'une "complémentaire maladie" pour les prestations en nature ou en espèces, que l'on peut qualifier de "surcomplémentaire", souscrite à titre individuel ou collectif auprès :

- de mutuelles régies par le code de la mutualité
- de sociétés d'assurances régies par le code des assurances
- d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale.
- d'une banque (notamment auprès de caisses du crédit agricole).

III - 1 - GENERALITES

Les politiques menées actuellement vont dans le sens d'un remodelage de la protection sociale dans tous les pays ; elles prennent en compte :

- l'exclusion de certains soins et biens médicaux du remboursement (ex : les vitamines)
- l'adoption d'enveloppes budgétaires
- l'appel à la gestion du privé
- la Maîtrise Médicalisée des dépenses (Loi Teulade)
- l'augmentation du ticket modérateur

Définition du ticket modérateur : (4, 5) (TM)

Une fraction des frais est normalement laissée à la charge de l'assuré par le régime obligatoire dont il relève pour freiner la consommation médicale.

Le principe d'un "ticket modérateur d'ordre public" avait été posé dans le cadre de la réforme Jeanneney, interdisant aux mutuelles de prendre en charge l'intégralité du ticket. Cette interdiction a été supprimée le 21 octobre 1981. (4)*

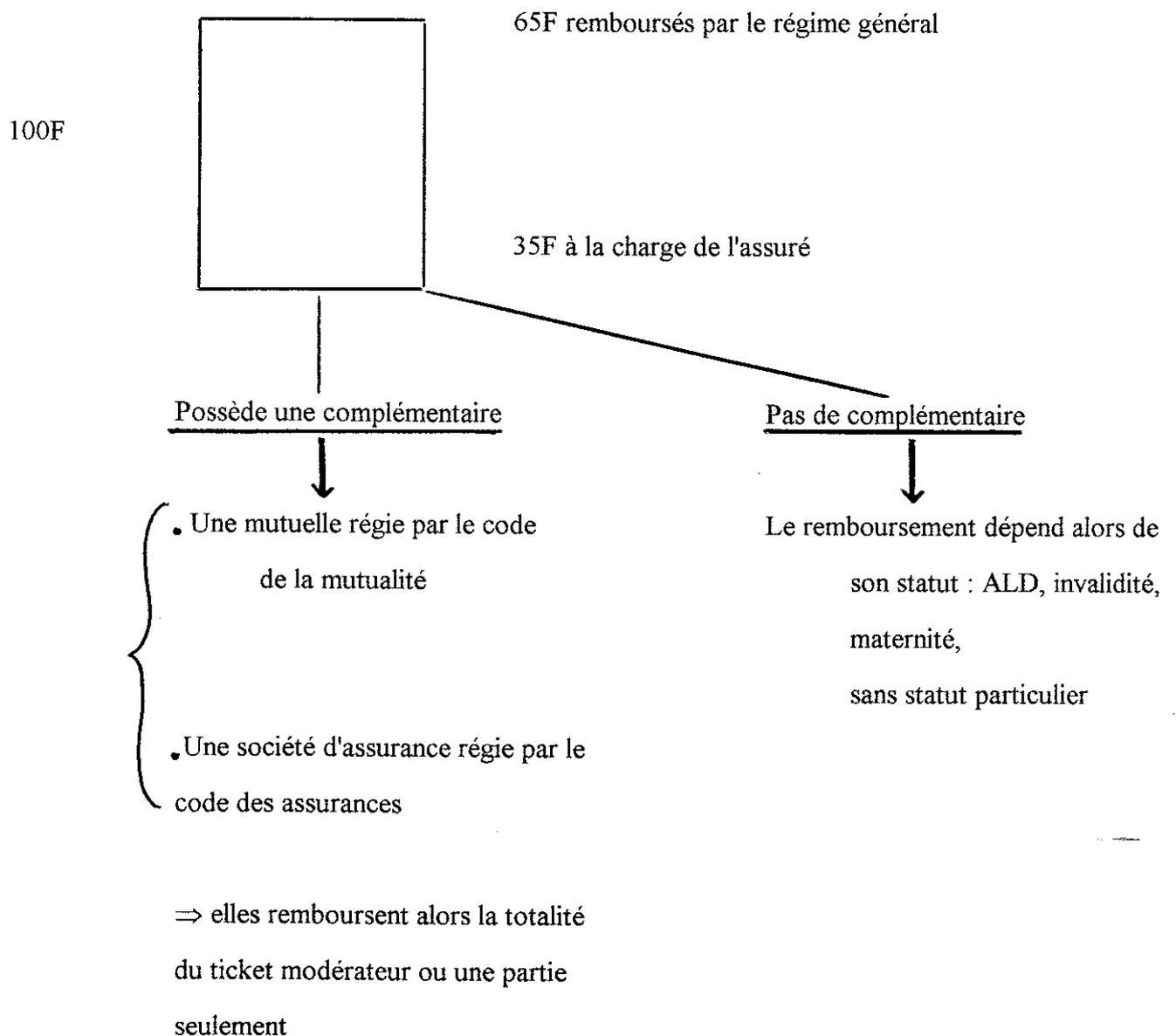
Extrait de l'Art L. 322.2 et L 322.3 du code de la Sécurité Sociale :(5)

"La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations peut être proportionnelle aux dits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire ; elle peut être supprimée dans certaines conditions déterminées par un décret en Conseil d'Etat".

Extrait de l'Art L. 322.4

"Les taux de participation fixés en application des articles précédents peuvent être modifiés en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national".

exemple : Ticket modérateur sur une spécialité vignette blanche



En 1993, le déficit au titre de l'assurance maladie était en France de 30 milliards. Pour stopper cette envolée de déficits, l'année 1993 voit l'entrée en vigueur du plan "Veil". Il est le 15ème plan de redressement des comptes de l'assurance maladie depuis 1975.(19). Le décret relatif à la fixation des nouveaux taux de ticket modérateur est paru au journal officiel du 30 Juillet 1993.

. Décret n° 93-965 du 29 Juillet 1993 relatif à la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie et modifiant le code de la Sécurité Sociale (Art R.322.1 suivant).(20)

CHAPITRE 2

Prestations en nature

Section 1

Participation de l'assuré

Article R. 322-1

Complété par le décret n° 92-479 du 1-6-92

Décret n° 92-479 du 1-6-92. La participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 est supprimée pour certains médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, figurant sur une liste établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Sécurité sociale, après avis de la commission instituée par l'article R. 163-8 ainsi que pour les frais d'analyses ou d'examens de laboratoire relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

La participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 est fixée ainsi qu'il suit :

- 1° 20 p. 100 pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé ainsi que pour les frais d'analyses ou de laboratoires afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;
- 2° 20 p. 100 du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement public ou privé ;
- 3° 25 p. 100 pour les frais d'honoraires des praticiens, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;
- 4° 35 p. 100 pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, et pour les frais d'analyses ou de laboratoires, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;
- 5° 60 p. 100 pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité, figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Sécurité sociale, après avis de la commission instituée par l'article R. 163-8 ;
- 6° 30 p. 100 pour tous les autres frais, y compris les frais de transport prévus au 1° de l'article L. 321-1.

La participation de l'assuré en ce qui concerne les frais de transport n'est pas due lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état. Toutefois, cette disposition dérogatoire n'est pas applicable aux transports vers une maison de repos ou de convalescence, présentant les caractéristiques techniques définies à l'article premier de l'annexe XIX du décret n° 58-284 du 9 mars 1956.

Article R. 322-2

Dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les taux de participation sont ceux qui étaient en vigueur antérieurement au 1^{er} novembre 1967.

Application par type de prestations : (30)

	Ancien taux de remboursement de la Sécu	Nouveau taux de remboursement de la Sécu
- Médicaments à vignettes blanches classés irremplaçables	100 %	100 %
- Médicaments à vignettes blanches	70 %	65 %
- Médicaments à vignettes bleues	40 %	35 %
- Actes de biologie autorisés aux pharmaciens	65 %	60 %
- Matériels et articles relevant du TIPS	70 %	65 %

Nous pouvons constater que la prise en charge des dépenses de santé par les régimes obligatoires baisse continuellement (80 % en 1980 ; 73,6 % en 1991 et 72 % aujourd'hui) (19)*. De ce fait, jamais les couvertures complémentaires n'ont été si nécessaires.

Mais dans ce champ de la protection privée, qui forme le sous-champ de la protection contre le risque maladie que la socialisation du risque ne couvre pas, lequel, parmi ces deux acteurs (Mutualité et Assureurs) va être capable de proposer les meilleurs services ? La mutualité régie par le code de la mutualité, ou les assurances, sachant que l'éthique même de la mutualité se trouve altérée par une concurrence très sévère au sein de l'Europe de Maastricht. Et jusqu'où les ménages, pourront-ils s'offrir une couverture complémentaire ?

Aujourd'hui, si plus de 25 millions de Français bénéficient d'une "complémentaire maladie" c'est souvent grâce à un contrat collectif (31). Ces contrats complètent les prestations versées par la Sécurité Sociale pour :

- décès, invalidité,
- maladie, accidents,
- remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques ou chirurgicaux.

* Ces garanties peuvent être proposées :

1- par des mutuelles, qui par le biais de leur "Fonds d'aide sociale" peuvent aller plus loin qu'une simple "complémentaire maladie".

2- par des sociétés d'assurances qui se servent souvent de la "complémentaire maladie" comme d'un simple produit d'appel pour proposer ensuite prévoyance, retraite...

3- par des institutions de prévoyance "caisses de retraite complémentaire" qui peuvent proposer des complémentaires maladies.

Or, la loi EVIN du 31 décembre 1989 met tous ces acteurs quasiment sur le même plan d'égalité. (28)

* les types d'adhésion sont les suivants :

1 - adhésion à un contrat collectif obligatoire

Il couvre tous les salariés d'une entreprise ou certaines catégories, définies par une convention collective, un accord spécifique ou un contrat de travail.

La loi EVIN dans le cadre de ces contrats collectifs à adhésion obligatoire garantit :

- l'interdiction de sélection des assurés par les mutuelles ou assurances. Celles-ci doivent prendre en charge les états pathologiques survenus avant la souscription du contrat.

Leur seul recours serait de refuser la prise en charge de la totalité du groupe.

- l'obligation de proposer le maintien, à titre individuel, d'une couverture aux anciens salariés licenciés, retraités et invalides.

Cette loi traduit un esprit mutualiste, applicable même aux assurances.

ex : GIAT (Groupement Industriel de l'Armement Terrestre)

2 - adhésion à un contrat collectif facultatif

Il est également négocié dans le cadre de conventions collectives professionnelles, interprofessionnelles ou d'entreprises. Il laisse le libre choix à l'employé d'y adhérer.

Remarque : toute hausse tarifaire ne peut-être que collective

ex : MGEN (Mutuelle des enseignants)

MGPTT(Mutuelle des PTT)

3 - adhésion à une mutuelle d'entreprise (4)*

Ces mutuelles qui exercent leur activité dans l'intérêt des salariés ou anciens salariés d'une entreprise déterminée, sont soumises au contrôle du comité d'entreprise.

4 - adhésion à un contrat individuel volontaire

Elle se fait auprès de mutuelles ou sociétés d'assurances

Remarque : - Assurance : un assureur collecte les primes, verse les indemnités et retient la différence qui représente son bénéfice.

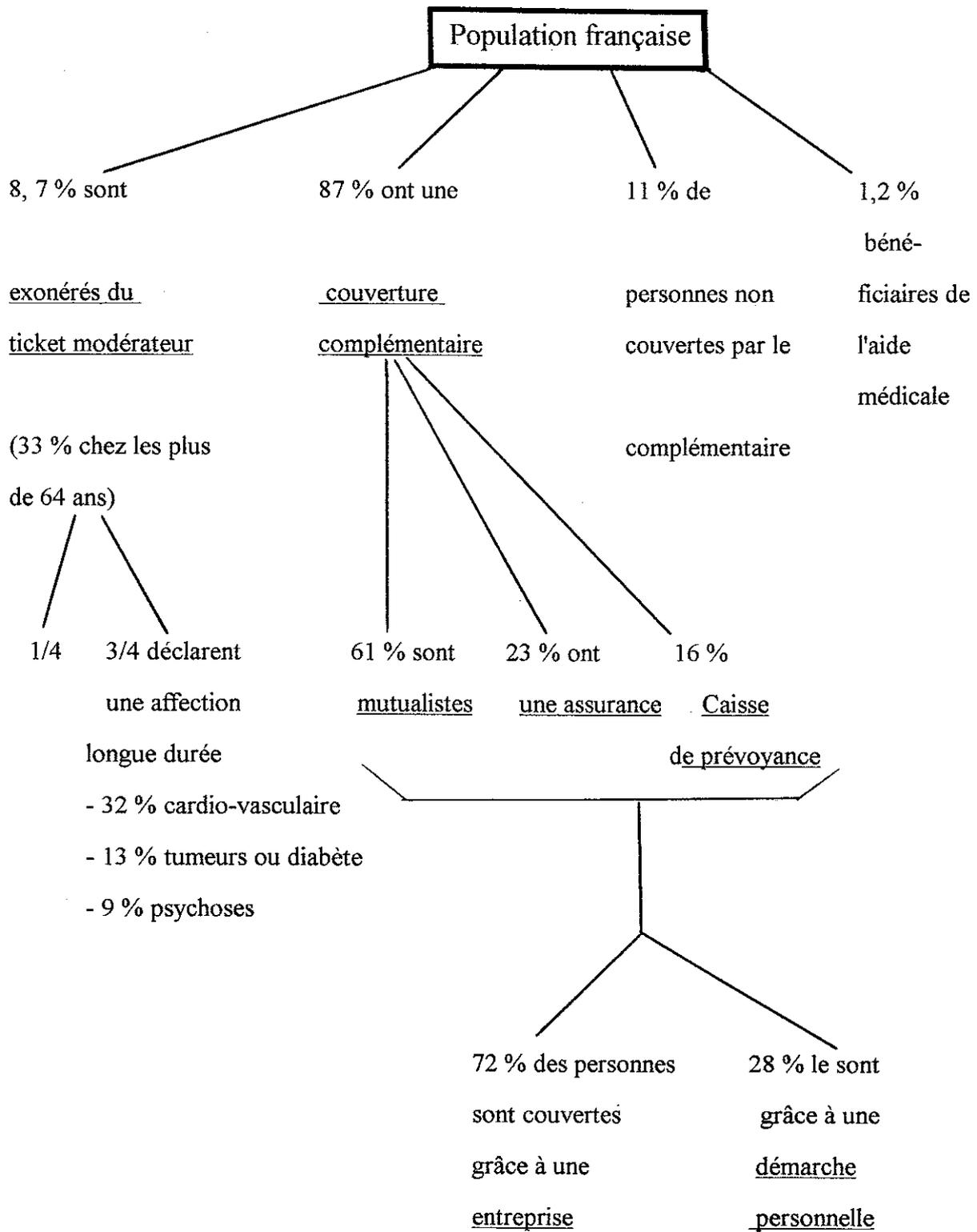
- Mutuelle : ce sont les représentants de la mutualité qui recueillent les cotisations et distribuent les indemnités.

Grâce à ces différents types d'adhésions, l'individu n'épargne pas une fraction trop grande de son revenu. Or, Mutualité et Assurance exigent un esprit de prévoyance minimal, qui risque à terme de n'avoir l'adhésion que des plus menacés et donc de devoir faire face aux seuls mauvais risques.

III - 2 - CONSTATATIONS (33)

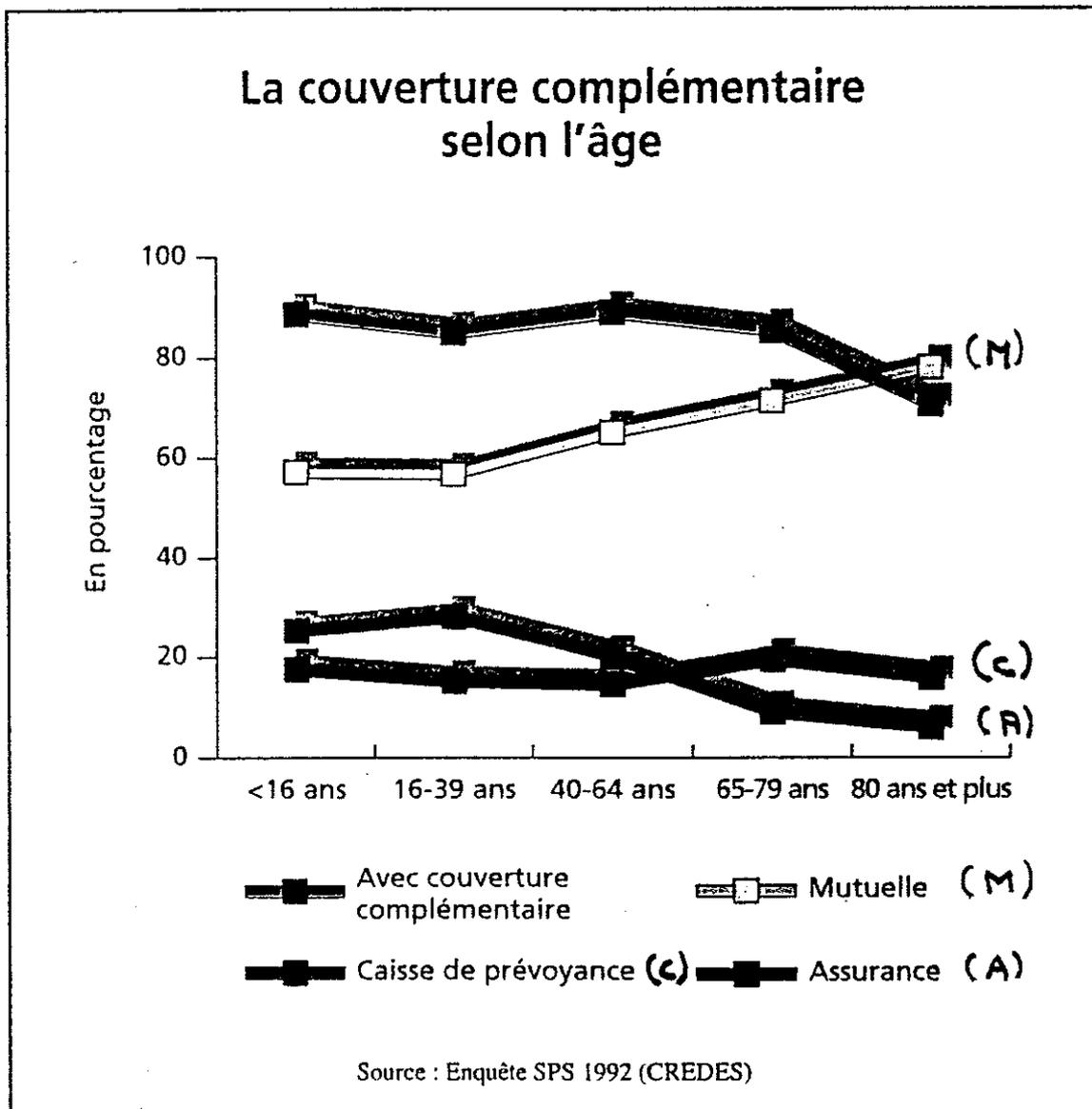
Une enquête de santé et protection sociale (ESPS) dresse un bilan sur l'état de santé ,le recours aux soins et la protection sociale de la population française en 1992.

III - 2 - 1 - Couverture complémentaire (33)*



Remarque : c'est entre 40 et 65 ans que nous sommes le plus souvent protégés par une couverture complémentaire.

TABLEAU 19 : La couverture complémentaire selon l'âge.(33)*



III - 2 - 2 - Consommation médicale (33)*

Les personnes sans couverture complémentaire et non exonérées du ticket modérateur ont moins recours au système de soins.

Pour la pharmacie, la dépense est très inférieure en ce qui concerne les personnes non protégées par une couverture complémentaire.

Mais cette absence de couverture complémentaire n'explique pas la totalité de la sous consommation ; ces personnes en effet sont souvent jeunes et donc en meilleur état de santé.

III - 2 - 3 - Situation professionnelle (33) ■

Le recours aux soins suit l'échelle sociale. Malgré un état de santé plus précaire, les ménages d'ouvriers non qualifiés consultent moins les spécialistes, dentistes que les ménages de cadres supérieurs, de même pour la pharmacie ; par contre ils voient autant les généralistes .

Les ouvriers non qualifiés sont moins couverts par une couverture complémentaire (78 % contre 92 % pour les cadres supérieurs). De plus, cette protection est plus fréquemment le résultat d'une démarche personnelle (35 %) que les cadres supérieurs (15 %).

III - 3 - DIFFERENCES JURIDIQUES ET HISTORIQUES ENTRE MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES

III - 3 - 1 - Mutuelles

L'organisation mutualiste française regroupe environ 25 millions de personnes protégées dans 6400 mutuelles. Elle a versé plus de 40 milliards de prestations en 1991. (37)*

Remarque : L'encaissement en France pour frais médicaux a été en 1992 de 60 milliards de francs.

. Mutualité : 37 milliards

. Assurances : 23 milliards

III - 3 - 1 - 1 - Aspect juridique

III - 3 - 1 - 1 - 1 - Définition du code de la mutualité (5)

La loi du 25 Juillet 1985, a profondément remanié le code de la mutualité ; d'autres modifications devraient être mises en vigueur le 1er Juillet 1994. (37)■

Art L 111.1 : "Les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui, essentiellement, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide en vue d'assurer notamment :

1 - La prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ;

2 - L'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;

3 - Le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie."

Art L 111.2 : "Les associations ou groupements de toute nature qui font appel à des cotisations des membres participants, pour atteindre les buts mentionnés au 1- de l'article L111.1, doivent se placer sous le régime des mutuelles défini par le présent code. Les assurances ne sont pas soumises à ce code mais au code des assurances".

Remarque : Les mutuelles gérantes de régimes obligatoires de sécurité sociale sont régies par le code des mutuelles.

Art L 121.1 : "Les mutuelles peuvent admettre, d'une part les membres participants qui, en contrepartie du versement d'une cotisation, acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages sociaux, d'autre part, des membres honoraires qui payent une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents, sans bénéficier des avantages sociaux.

Lorsque la mutuelle participe à des opérations de prévoyance collective, l'adhésion à la mutuelle peut résulter d'un contrat de travail, d'une convention ou d'un accord collectif".

Art L 121.2 : "Les mutuelles ne peuvent instituer, en ce qui concerne le niveau des prestations et des cotisations, des discriminations entre membres ou catégories de membres participants si elles ne sont pas justifiées par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de famille des intéressés.

Les cotisations peuvent être modulées en fonction du revenu des participants".

Extrait de l'Art L 123.1 : "Les mutuelles peuvent constituer entre elles, des unions. Ces unions peuvent se grouper en fédérations".

Extrait de l'Art L 211.1 : "Les mutuelles d'entreprises sont des mutuelles qui exercent leur activité dans l'intérêt des salariés d'une entreprise déterminée et de leurs familles ou des anciens salariés. Elles sont soumises au contrôle du comité d'entreprise. L'employeur ou le comité d'entreprise peuvent effectuer des dons à la mutuelle d'entreprise"

Art L 221.1 : "Les mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel peuvent constituer des sections groupant les membres participants et honoraires appartenant à une même entreprise".

Le spectre d'activité des mutuelles est large, il comprend les activités centrées sur la personne de prestations de service en matière sanitaire et sociale (soins dentaires, fourniture de médicaments, optique, services et soins pour les personnes âgées, loisirs et vacances...), des activités de prévoyance (assurance maladie, garanties de ressources en cas de maternité, invalidité, décès).

Les mutuelles sont donc des groupements à but non lucratif, fonctionnant sans capital social et dont l'activité concerne juste la protection des personnes à l'exclusion des biens. Leur gestion est organisée démocratiquement par des administrateurs bénévoles. Leur préoccupation essentielle est la complémentaire maladie même si ce n'est pas leur vocation première.

Remarque : Certaines institutions souvent assimilées à des mutuelles sont en fait régies par le code de la Sécurité Sociale : CNPO, AGRR, Mornay, Malakoff...Ce sont en fait des institutions de retraite et de prévoyance à caractère plus ou moins obligatoire.

III - 3 - 1 - 1 - 2 - Principes (24, 27)

La mutualité repose sur une doctrine organisée en 4 principes :

- Démocratie
- Liberté
- Indépendance
- Solidarité

1 - Démocratie

Elle trouve son expression dans la formule "un homme, une voix".

L'organisation administrative des sociétés en fonde le principe démocratique. La volonté d'action désintéressée doit guider les administrateurs. Ce sont uniquement des bénévoles.

2 - Liberté

Elle s'applique en premier lieu à l'adhésion, la démission d'un sociétaire.

C'est la société mutualiste qui définit entièrement ses obligations à l'égard de ses adhérents : ex : la bataille du ticket modérateur.

Néanmoins, l'arsenal juridique organisant les tutelles administratives et le contrôle financier restreint singulièrement ces libertés.

3 - Indépendance

- une indépendance entre groupements
- une indépendance politique. Ce principe pose le problème de l'engagement mutualiste à l'égard du mouvement syndicaliste.

4 - La solidarité

Ici, sans doute repose l'originalité de la mutualité.

En plus des cotisations versées par ses adhérents, deux éléments garantissent ce principe :

- le bénévolat des administrateurs
- la création d'oeuvres sociales

La solidarité prévue par le code offre la possibilité aux sociétés de "constituer entre elles des unions ayant pour objet d'organiser des oeuvres sociales". Ces unions peuvent se rassembler en fédérations en vue de poursuivre les mêmes buts.

III - 3 - 1 - 1 - 3 - Champs d'application (27)

1- Couverture complémentaire maladie

- ticket modérateur : pour cette couverture, les principes de la mutualité diffèrent de ceux des assurances par le fait qu'elle respecte les tarifs conventionnels Sécurité Sociale.
- défense de la Sécurité Sociale.

- respect des tarifs conventionnels : de cette doctrine, sont nées les pharmacies mutualistes, cabinets dentaires mutualistes en accord avec les praticiens qui respectaient les tarifs conventionnels.
- le tiers payant : il favorise l'accès aux soins des plus nécessiteux. En revanche sur le plan économique, l'avance de trésorerie est très coûteuse. De plus, il risque de rendre les patients irresponsables par manque de connaissance du coût du traitement.

2- Gestion des régimes obligatoires (loi Morice 1947)

Certaines mutuelles deviennent des distributeurs de prestations légales au titre de correspondant de sections locales. Elles gèrent les dossiers des assurés moyennant une participation aux frais de gestion par la Sécurité Sociale et un droit de contrôle de celle-ci.

- ex : SLI (Mutuelle des Fonctionnaires)
- MGEN (Education)
- MNEF (Etudiants)
- EDF

3- Action sanitaire et sociale

- . Sanitaire : elle passe par la création de cabinets dentaires, centres d'optiques, pharmacies mutualistes...
- . Médico sociale : structures pour handicapés, personnes âgées
- . Social : se situe dans le domaine des loisirs.
- . Prévention : le 29 Septembre 1980, une convention est signée entre Maurice Derlin, président de la CNAM et René Teulade, président de la FNMF, qui prévoit la mise en oeuvre conjointe d'actions de prévention (27) *. (en 1982 apparaissent les premières vaccinations antigrippales pour les personnes âgées de plus de 75 ans) (27). ■

* page 99 ■ page 102

4- Les activités de prévoyance

Une garantie de prévoyance est un contrat individuel ou collectif prévoyant le versement de sommes pour pallier l'absence de revenus dans le cas d'une interruption de travail due à la maladie, accident....

Remarque : les fonctionnaires sont privilégiés dans ce domaine car la protection légale appelle un complément.

Mais les services de prévoyance sont perçus comme étant plutôt du domaine des compagnies d'assurances.

III - 3 - 1 - 1 - 4 - Contraintes (37)*

Il s'agit de règles de sécurité financière.

- Le fonds de garantie

Actuellement, aucun fonds de garantie n'est exigé pour les mutuelles. Conformément aux directives européennes, un fonds d'établissement devrait être envisagé.

- La marge de solvabilité

Suite aux directives européennes, cette marge de solvabilité doit être surévaluée.

- Affiliation à un système fédéral

Obligation pour les mutuelles "maladie" dont l'effectif est supérieur à 3.500 personnes protégées de s'affilier à un système fédéral de garantie qui prend en charge le règlement des prestations statutaires des mutuelles qui sont dans l'impossibilité de faire face à leurs engagements (37)▪. Or, suite aux directives européennes de sécurité financière, ces systèmes de garantie deviennent inutiles.

* page 70 - 76 ▪ page 79

III - 3 - 1 - 2 - Historique (24, 27)

C'est au moyen âge qu'il faut rechercher les origines de la Mutualité. Des sociétés d'entraide mutuelle sont créées pour venir au secours des travailleurs d'une même entreprise en cas de maladie, décès...

La révolution a quant à elle, freiné le mouvement mutualiste (loi le Chapelier 1791).

Mais en 1850, le mouvement reprend toute sa force avec la loi sur les sociétés de secours mutuels.

En 1898, est promulgué le 1er code de la mutualité.

En 1904, naît la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française). Elle est alors soutenue par les pouvoirs publics. Unicité de représentation jusqu'en 1960.

L'ordonnance du 19 octobre 1945 dote la mutualité d'un ensemble de règles qui deviendront le "Code de la Mutualité " en 1955.

En 1960, apparaît la FNMO (Fédération des Mutuelles Ouvrières) à l'initiative de la CGT. En 1968, elle sera rebaptisée FNMT (Fédération Nationale des Mutuelles des Travailleurs) composée de 500 mutuelles toutes adhérentes à la FNMF. Mais cette FNMT n'est pas reconnue par la FNMF.

En 1984 - 85 - 86 ont lieu plusieurs congrès auxquels participent les mutuelles, un choix s'impose alors à celles-ci :

- adhérer à FNMT
- rester FNMF

Ceci aboutira à la création de 4 fédérations. C'est ainsi qu'il existe aujourd'hui plus de 6000 mutuelles réparties entre :

. FMF (Fédération des Mutuelles de France).

composée de FNMT + autres mutuelles (dont la mutualité de la Corrèze). Elle regroupe environ 7 millions de français.

. FNMF ou "Mutualité française" environ 25 millions de français .

. FNIM (Fédération Nationale Interprofessionnelle Mutualiste) créée en 1989, 1 million de français .

. Groupe Pasteur Mutualité situé à Lyon pour les professionnels de santé.

C'est pour pallier à une ignorance complète de la réalité du monde des professions libérales, que l'Association Générale des médecins de France avec d'autres entités libérales, a crée en Juillet 1990 le Groupe Pasteur Mutualité. (37)

Aujourd'hui, le paysage mutualiste se compose de 4 fédérations, ira-t-on vers une confédération pour faire face aux compagnies d'assurances qui se sont emparées d'une partie du marché de la complémentaire maladie ?

III - 3 - 2 - Sociétés d'assurances

Le code des assurances qui régit les compagnies d'assurances date du 31 Décembre 1989 (Réforme Bérégovoy). Il a été élaboré à partir des différentes lois regroupées le 16 juillet 1976 dans le code POINTEAU.

III - 3 - 2 - 1 - Aspects juridiques

III - 3 - 2 - 1 - 1 - Définition de l'opération d'assurance (28)*

. Définition juridique :

"L'assurance, est le contrat par lequel un souscripteur se fait promettre par un assureur une prestation en cas de réalisation d'un risque, moyennant le paiement d'un prix, appelé prime ou cotisation".

* page 39 - 40

. Définition technique :

"l'assureur organise en mutualité une multitude d'assurés exposés à la réalisation de certains risques et indemnise ceux d'entre eux qui subissent un sinistre grâce à la masse commune des primes collectées."

Contrairement aux mutuelles régies par le code de la mutualité qui sont des organismes sans but lucratif, le but des assureurs est le profit.

Les assurances sont fondées pour cela sur un calcul de probabilité :

$$\frac{\text{Prévoir le nombre de sinistres qui se réaliseront}}{\text{Nombre de risques couverts}}$$

Ce calcul de probabilité ne peut être effectué que grâce aux statistiques des événements passés.

III - 3 - 2 - 1 - 2 - Types d'assurances (28) *

. Les assurances peuvent être classées en deux groupes :

- Assurances de dommages
- Assurances de personnes

1- Assurances de dommages

Elles sont basées sur le principe indemnitaire. L'assuré ne doit en aucun cas s'enrichir en recevant des indemnités supérieures au préjudice subi.

- Assurances de choses ou de biens (incendie, vol...)
- Assurances de responsabilité

2- Assurances de personnes

Si les risques garantis se réalisent, ils obligent le règlement de "prestations à caractère forfaitaire" dont le montant a été préalablement déterminé, sans évaluation du dommage subi.

Les risques garantis sont les suivants : vie, décès, accidents corporels, invalidité, natalité et maladie (indemnitare).

L'assurance des personnes peut se diviser en :

- Assurance vie (décès ou survie)
- Assurance sur les conséquences des maladies et des accidents

. Assurance vie :

Le point de départ est que pour chacun de nous, le décès est une certitude, le décès prématuré est un risque contre lequel, il est utile de se prémunir ; car la subsistance d'une famille dépend parfois des gains obtenus par le travail du chef de famille.

. Assurances accidents et maladie :

L'assurance privée propose :

- les remboursements de soins en complémentaire de la Sécurité Sociale
- les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail suite à la maladie, accident
- le versement de capitaux en cas d'invalidité
- le versement de capitaux en cas de mort par accident.

III - 3 - 2 - 1 - 3 - Les différents prestataires (28)*

En 1989, on comptait en France, 588 entreprises d'assurances dont 7 sociétés nationalisées, 219 sociétés anonymes, 208 sociétés d'assurances mutuelles, 146 succursales de sociétés étrangères et 8 entreprises de formes juridiques spécifiques.

La loi du 31 décembre 1989 a apporté des réformes importantes pour permettre à ces sociétés d'obtenir la taille idéale nécessaire sur le marché européen.

Les sociétés d'assurances peuvent être classées selon la détention de leur capital.

A1) Les sociétés nationalisées

AGF (Assurances Générales de France)

GAN (Groupe des Assurances Nationales)

} Prochainement privatisées

A2) le secteur privé

UAP (Union des Assurances de Paris) privatisée le 26.04.94

Abeille

France

Concorde

A3) le secteur de la mutualité

- sociétés à forme mutuelle

Ces sociétés n'ont ni capital social, ni caractère commercial. Elles sont constituées par la réunion des assurés qui sont dénommés "sociétaires".

* page 135 - 140

→ sans intermédiaire

MAIF (Mutuelle Assurance des Instituteurs de France)

MACIF (Mutuelle Assurance Commerçants et Industriels de France)

MAAF (Mutuelle Assurance Artisanale de France)

GMF (Groupement Mutuel des Fonctionnaires)

→ avec intermédiaires (agents généraux ou avec Courtiers)

AXA

Mutuelles du Mans

- Le secteur de la mutualité agricole

créée en 1900, elle ne garantit que les risques agricoles

A4) un secteur d'Etat

CNP : Caisse Nationale de Prévoyance, qui ne pratique que l'assurance vie.

III - 3 - 2 - 1 - 4 - Contraintes des sociétés d'assurances

Elles sont soumises :

- au contrôle de l'Etat
- à des contraintes de provision : les entreprises d'assurances doivent pouvoir à tout moment, verser à tout assuré ou bénéficiaire, l'argent auquel il a droit en fonction de tel ou tel contrat.
- à la taxe fiscale sur la branche assurance maladie (de 9 %, elle vient d'être ramenée à 7 %; loi de finance 1994).

III - 3 - 2 - 2 - Historique (27, 28, 29)

Le besoin de sécurité et la maîtrise de l'avenir sont le propre de l'homme.

L'histoire de l'assurance reste relativement récente. L'idée quant à elle est assez ancienne, mais elle a souvent été considérée comme entachée d'immoralité.

Portalis qui devait contribuer à la rédaction du code civil 1804 relevait "la cupidité qui spéculé sur les jours d'un citoyen est souvent bien voisine du crime qui peut les abrégé".

Le moyen âge a connu des formules de préassurance sur les navires qui étaient en fait un mélange d'assurance et de spéculation.

Les assurances terrestres remontent au XVIIIème siècle.

Jusqu'au XVIIIème siècle, c'est la structure familiale des sociétés agricoles et artisanales qui se charge de la sécurité de la famille.

Mais au XVIIIème siècle, dans l'Europe des lumières va naître le culte de l'individualisme et de la liberté.

En 1666, le célèbre incendie de Londres aboutit à la création des premières compagnies d'assurances contre l'incendie.

A la fin du XVIIIème siècle, les "tontines" créées par un banquier italien Lorenzo Tonti ouvrent la voie de l'assurance sur la vie.

L'évolution de l'assurance au XIXème siècle demeure liée à l'essor démographique et l'exode rural ; la famille se trouve éclatée.

"La compagnie Royale d'assurances maritimes" créée en 1816 étend ses opérations en 1820 à l'incendie, 1830 à la vie et deviendra "la Nationale" en 1848.

Un décret du 22 janvier 1868 régit la constitution des sociétés d'assurances.

L'assurance de la responsabilité civile admise en cas d'incendie est étendue aux accidents de la circulation (voitures à chevaux).

Au XXème siècle, la sécurité individuelle imposée apparaît. L'obligation d'assurance se justifie par une nécessité sociale.

La loi du 30 octobre 1946 intégrait la réparation des accidents du travail dans le régime général Sécurité Sociale.

Seuls les accidents du Travail agricoles restaient gérés par les compagnies d'assurances jusqu'à la loi du 25 octobre 1972 qui les confie à la MSA (Mutualité Sociale Agricole).

L'oeuvre du législateur a été progressive, afin de protéger les assurés. Le code civil, en effet, mentionnait le contrat d'assurance uniquement parmi les contrats aléatoires.

Le contrat d'assurance est basé sur la loi du 13 juillet 1930 qui en demeure encore aujourd'hui la charte à travers le livre I du code des assurances (28)*

Le 16 juillet 1976, la codification des textes sur les assurances est réalisée par "POINTEAU" (28). ■

La loi du 31 décembre 1989, porte adaptation du code des Assurances à l'ouverture du marché européen.(23)

III - 4 - NIVELLEMENT DES DISTORSIONS DE CONCURRENCE ACTUELLES EN FRANCE (25, 28)*

"Les problèmes financiers et les déséquilibres à la fois structurels (démographiques) et conjoncturels (crise économique, chômage) qui affectent la Sécurité Sociale, remettent à l'ordre du jour l'étude de modalités complémentaires de prévoyance, pour la maladie."

"L'équilibre financier des régimes de Sécurité Sociale ne peut être maintenu que par une hausse des cotisations ou une baisse des prestations ; or ceci se traduira par une augmentation de la prise en charge par les ménages".

Dès lors, l'Assurance Maladie complémentaire est susceptible de prendre un essor rapide. Sur ce marché potentiel important, les compagnies d'assurances sont en compétition avec les mutuelles ; les mutuelles étant déjà en concurrence entre elles (plusieurs fédérations).

Plusieurs réformes sont alors apparues ces dernières années pour essayer de niveler les distorsions existantes entre ces deux types d'organisations :

- Le code de la mutualité qui datait de 1945 à été modernisé par la loi du 26 juillet 1985 étendant le champ d'action des mutuelles à la Prévoyance collective.

- La loi EVIN du 31 décembre 1989, qui a pour but de renforcer les garanties offertes aux assurés. (Loi sur les "clauses abusives").

1- garantie viagère

2- obligation pour l'assureur de faire une offre individuelle pour une personne sortant d'un de ses contrats groupe

3- Notion de fausse déclaration

Mais ce nivellement des distorsions de concurrence ne va-t-il pas conduire à assimiler progressivement les mutuelles aux sociétés d'assurances même s'il reste des différences :

- Taxe fiscale toujours en vigueur pour les compagnies d'assurances.
- Différences philosophiques entre ces deux types d'institutions. Ce dernier point étant certainement, celui que les mutuelles auront intérêt à développer si elles souhaitent conserver leur particularité dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire volontaire.

. Loi EVIN du 31 décembre 1989 (28)*

Elle renforce les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Elle concerne les entreprises régies par le code des assurances, les mutuelles, les institutions de retraite et Prévoyance. Donc assureurs et mutuelles sont soumis aux mêmes lois alors que leurs philosophies diffèrent : l'assurance garantit un risque "aléatoire" ; la mutualité, comme la Sécurité Sociale a un fondement de solidarité et exclut ce caractère aléatoire.

1) Continuité de la garantie des frais de soins

Lorsqu'un salarié quitte son entreprise (retraite, licenciement), dans le cadre de la prévoyance collective d'entreprise, la continuité de la couverture des frais de soins est maintenue. C'est l'obligation qui est faite à l'assureur de proposer un contrat individuel.

2) Garantie viagère (25, 28)

C'est l'un des aspects les plus importants de cette loi. Cette clause permet le maintien du contrat quelle que soit l'évolution de l'état de santé de l'assuré au terme d'une véritable "période probatoire" de 2 ans. Cela signifie que l'assureur ou la mutuelle a 2 ans pour observer si la sinistralité de son nouvel assuré est normale. Au delà de cette période, il est tenu de

conserver son assuré pendant sa vie entière si ce dernier le souhaite. Cette notion est une atteinte aux principes de la mutualité à cause de la période probatoire.

3) Notion de fausse déclaration

On ne peut faire grief à quelqu'un de ne pas mentionner une maladie si celle-ci n'a pas été proposée dans le questionnaire de l'état de santé (pas de sanction selon le code des assurances).

III - 5 - QU'EST CE QUI VA DIFFERENCIER MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES EN FRANCE ?

- Le service
- La fidélisation de la clientèle
- Leur philosophie

III - 5 - 1 - Le service

- Délais de remboursement
- Prestations
- Primes ou cotisations
- Tiers payant
- Contrats de groupe.

III - 5 - 1 - 1 - Délais de remboursement

Mutuelles et Compagnies d'assurances ont acquis aujourd'hui quasiment le même niveau de technicité. Les délais de remboursement varient peu entre les deux.

III - 5 - 1 - 2 - Les prestations

. Depuis la "loi Veil" du 30 juillet 1993, les mutuelles ont dû faire des choix politiques, soit augmenter les cotisations comme les compagnies d'assurances pour couvrir les frais sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, soit laisser une partie du ticket modérateur à la charge de leurs adhérents, qui pénalise en priorité les "gros consommateurs" de soins et constitue une entorse au principe de solidarité.

ex : MGET (Mutuelle de l'Équipement), MGEN (Mutuelle de l'Éducation Nationale), Mutuelle du Trésor...Elles laissent 5 % ou 10 % à la charge de l'assuré sur le total de la facture.

. Les mutuelles ne sont pas toujours compétitives, dans les gros postes de dépenses mal remboursées par l'assurance maladie obligatoire (dentaire, optique...) (21)

III - 5 - 1 - 3 - Primes ou cotisations

Dans les entreprises à caractère mutuel, la "prime" des assurances, prend le nom de "cotisation".

*** Sociétés d'assurances**

Les prix varient généralement en fonction de l'âge, du sexe, de l'état de santé de l'individu (questionnaire médical obligatoire, qui expose l'assuré aux sanctions du code des

assurances en cas de fausse déclaration), du type de profession (malus pour les professions indépendantes). Les sociétés d'assurances sélectionnent donc les populations les plus jeunes, les moins à risques et les plus solvables. Dans la prime, interviennent, de plus, les frais généraux inhérents à l'organisation même de l'entreprise et les commissions versées aux agents ou courtiers ; ainsi que la taxe unique annuelle calculée sur la prime et instaurée le 31 janvier 1994 (28).

* Mutuelles

Les mutuelles ont pour principe de moins moduler leurs prix et se trouvent donc plus intéressantes pour les personnes âgées, mais actuellement, on voit fleurir des contrats en fonction des tranches d'âges. (21) (surtout proposés par les mutuelles interprofessionnelles : MIC : Mutuelle Interprofessionnelle de la Corrèze).

Finalement, les contrats proposés par les sociétés d'assurances, s'avèrent être compétitifs malgré le commissionnement des agents, longtemps décrié par les mutuelles ; car les comptes sont officieusement équilibrés grâce aux résultats obtenus sur des risques dommages autres que la complémentarité maladie ; le code de la mutualité impose quant à lui l'équilibre des comptes risque par risque.(26)

III - 5 - 1 - 4 - Tiers payant

Il évite à l'assuré de faire l'avance des frais qui lui seraient ensuite remboursés par la Sécurité Sociale et / ou mutualité et / ou assurance. Pour certaines dépenses, ou pour certaines personnes démunies, il est une nécessité absolue ; mais a pour conséquence des dispositifs de gestion très lourds et oblige à une avance coûteuse de trésorerie. (27)

Le tiers payant a été créé par la Mutualité dans les années 1970 avec les pharmacies mutualistes ; il résulte de conventions départementales entre les mutuelles ou assurances, Sécurité Sociale, syndicats de pharmaciens....

On lui reproche actuellement d'avoir comme conséquences moins de transparence des frais et moins de responsabilité des patients.(25)

Les mutuelles sont restées longtemps des partenaires privilégiées des caisses primaires d'assurance maladie pour ce service. Mais le 17 Mai 1983, un accord national est signé entre la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances), la FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) et l'UNPF (Union Nationale des Pharmaciens de France). En septembre 1986, sont lancées les premières cartes "santé pharma". Plus de 180 organismes sont actuellement admis à émettre ces cartes. Il s'agit d'Assurances régies par le code de l'assurance, de caisses d'assurances mutuelles agricoles (Groupama), de sociétés mutualistes, d'institutions de prévoyance. (35).

III - 5 - 1 - 5 - Contrats de groupe

Nous assistons actuellement à la revalorisation du milieu de l'entreprise et de la négociation collective. Il s'opère en effet un glissement de l'adhésion individuelle vers l'adhésion collective dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle.

Les mutuelles ont souvent la préférence des organisations syndicales réformistes. Jusqu'à la loi "MADELIN" elles bénéficiaient aux seuls salariés, or celle-ci crée la possibilité de contrats de groupe pour les artisans et commerçants. Ces contrats sont signés auprès de compagnies d'assurances (loi sur l'entreprise individuelle).

Les mutuelles signent moins de contrats de groupe que les assurances car elles sont souvent déjà présentes dans les entreprises (Mutuelles d'entreprises).

III - 5 - 2 - Fidélisation de la clientèle

- Relations plus personnalisées avec la clientèle
- Meilleur conseil
- Meilleur rapport qualité / prix
- Action sanitaire et sociale

III - 5 - 2 - 1 - Relations plus personnalisées avec la clientèle

. Les Mutuelles sont présentes au sein des entreprises (ex : Mutuelle de la Marque) ; l'originalité de la mutualité consiste à faire participer directement ses adhérents à la gestion des mutuelles même si le gigantisme atteint par celles-ci et la technicité développée oblige de plus en plus à avoir recours à des professionnels pour leur gestion. (26). Les mutuelles qui étaient toutes il y a un siècle des associations gérées localement par des bénévoles sont souvent devenues de véritables entreprises très performantes.

. La proximité, notion essentielle pour favoriser les relations avec la clientèle, dépend du maillage du territoire, c'est-à-dire du nombre de points de vente (assurance) ou de bureaux (mutuelle). Mais les mutuelles et les compagnies d'assurances ont quasiment développé les mêmes structures. Qui saura le mieux s'en servir ?

III - 5 - 2 - 2 - Action sanitaire et sociale (24, 27)

Les mutuelles ont acquis "une dimension sociale" grâce à leur fonds d'aide sociale qui permet de porter assistance à leurs adhérents en cas de difficultés.

On a assisté dans le domaine sanitaire à la création de pharmacies mutualistes, cabinets dentaires, centres optiques, ce qui court-circuite les dépassements d'honoraires.

De plus les mutuelles sont pour toutes les circonstances de la vie aux côtés de leurs souscripteurs (résidences pour personnes âgées, crèches familiales, aides ménagères...)

La différence des mutuelles réside donc dans "cette force d'intervention sociale" qui demeure l'un de leur principal atout et facilite les relations humaines avec leurs assurés ; alors que dans le monde des assurances "tout est assurable mais rien n'est résolu !".

III - 5 - 3 - leur philosophie

C'est certainement le point qui jusqu'à aujourd'hui a fait basculer l'assuré vers une mutuelle ou une compagnie d'assurance. Mais a-t-il toujours le même poids ?

Le mouvement mutualiste est l'héritier d'une longue tradition "la solidarité", valeur inscrite au coeur de la culture européenne (26). De plus il est utile de rappeler que les mutuelles sont à l'origine de la création de la Sécurité Sociale et en sont à ce titre les partenaires idéaux. "Or, dans une période d'insécurité, on a plutôt tendance à s'appuyer sur la solidarité alors que la prospérité en limite le recours", ainsi que l'a souligné Michel Rocard lors d'un colloque en 1982. (27)*

En 1967, lors du congrès de Saint-Malo, on assiste au début de l'indépendance de la mutualité qui se traduit par une ouverture sur le monde syndical. Les militants mutualistes les plus conscients de l'ensemble des problèmes sociaux sont les militants syndicaux. C'est pourquoi la mutualité d'entreprise et le syndicalisme sont fortement liés et doivent l'être encore plus pour faire face à la concurrence des compagnies d'assurances. (27)▪

Mais les années 1960, marquées par la prospérité et la croissance économique ont amorcé un déclin du militantisme. Il est devenu plus difficile de mobiliser les bénévoles.

Le 28 février 1978, a été signée une déclaration commune entre CFDT, CGT, FEN, FNMF, FNMT dont les objectifs étaient de soustraire la prévoyance au secteur du profit. (27)•

Aujourd'hui, on constate une exceptionnelle faiblesse du taux de syndicalisation français (7 % dans le secteur privé, 12 % dans le secteur public), le plus faible des pays de l'OCDE ! (7)

L'esprit syndicaliste pèse t-il encore de nos jours devant le choix d'adhérer à une mutuelle ou à une compagnie d'assurance pour la protection maladie complémentaire ?

III - 6 - INITIATIVES EUROPEENNES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Le traité de Maastricht comprend "un Protocole Social" dont les faiblesses sont considérables. La protection sociale reste limitée à la création d'un "filet de secours" pour les exclus.

III - 6 - 1 - Initiatives européennes (24,26,28,37)

. Il y a à l'heure actuelle une grande diversité du champ d'activité des mutuelles européennes; certaines portent le nom de "Mutuelles" et sont régies par le code des assurances. Donc si nous voulons une coopération européenne, il faudra la réaliser sur l'accord des finalités plus que sur l'identité des statuts juridiques. (26)

. Au niveau européen, les mutuelles sont défavorisées par les directives qui régissent le droit des assurances :

- Principe de libre établissement qui permet à chaque compagnie d'assurance qui en a reçu l'autorisation, de construire succursales ou agences dans les autres Etats.

- Libre prestation de service ; les sociétés d'assurances peuvent vendre leurs produits dans d'autres pays de la CEE.

- Licence unique : l'essentiel des pouvoirs de surveillance et de contrôle est dans les mains des autorités de l'Etat membre d'origine. (24,28)

Cette troisième directive inclut les organismes mutuels contrairement aux deux premières. (37)

. Donc face à la non intégration de la mutualité dans le Marché Unique, le risque de marginalisation est grand ; deux voies s'offrent à la mutualité :

- solliciter un statut spécifique de droit européen pour être reconnue comme acteur social
- s'intégrer au sein d'organismes commerciaux

Ces dispositions pourraient conduire à l'apparition de deux groupes de mutuelles :

- "les petites mutuelles" (encaissement inférieur à un certain chiffre), placées hors du champ des directives européennes .
- " les grandes mutuelles" qui perdraient alors leur identité mutualiste et leurs avantages fiscaux. (37)

La structure de la mutualité est menacée avec un risque de fusion des petites mutuelles entre elles.

II - 6 - 2 - Perspectives d'avenir

Les mutuelles devront développer des stratégies de coopérations, alliances, regroupements voir restructurations et réciprocité de prise en charge des adhérents. Actuellement il y a quatre fédérations. Pourquoi ne pas créer une confédération pour mieux lutter contre le monde assurantiel ? (26). La mise en commun d'outils techniques (système télématique de transmission des factures, télécollecte de données entre professionnels de la santé et mutuelles), paraît également indispensable.(26)

Il faudra qu'elles s'adaptent aux changements du marché (mobilité des travailleurs et malades, vieillissement de la population, arrivée de nouveaux risques...).

Elles devront sortir des seules techniques d'indemnisation a posteriori du risque et rendre la prévention efficace même si les assurances aussi peuvent faire du prospectif et préventif pour rendre leur politique de sélection, surtarification et exclusion plus efficace.

S'attacher à la prévention signifie privilégier l'accès aux soins précoces pour s'opposer aux mesures "Veil". Mettre l'accent par exemple sur le dentaire qui est la deuxième ou troisième cause de dépenses de santé en France et touche 80 % de la population.

. Dans le vaste dossier des "génériques", qui a été mis en application dans quelques systèmes de santé, les mutuelles peuvent jouer un rôle clé ; le ministère des affaires sociales recherche semble-t-il des accords avec elles. J. P DAVANT, président de la FNMF déclare "les mutuelles deviendront petit à petit les interlocuteurs obligés de l'industrie pharmaceutique puisqu'elles supportent une charge financière croissante avec les déremboursements successifs et les modifications de prise en charge." La mutualité française est d'ailleurs en pourparlers avec les laboratoires Merck pour mettre en place une expérience de diffusion des médicaments génériques dans les centres de santé et les pharmacies mutualistes.(39)

Mais la Mutualité, pour faire face aux sociétés d'assurances doit surtout rester fidèle à sa vocation sociale :

- en conservant un minimum de solidarité
- en participant à la maîtrise des dépenses qui passe par la responsabilisation des médecins, par la prévention (lutte contre les facteurs de risque : abus d'alcool, tabac, drogue ; gaspillages et traitements inutiles voir dangereux)
- en essayant de répondre aux besoins nouveaux (rôle pionnier des mouvements mutualistes)
- en s'attachant à diffuser des formules mutualistes dans certains pays du monde où il apparaît qu'elles sont utiles pour résoudre des problèmes essentiels. (42)

CONCLUSION

Alors qu'il faudrait agir comme un ciment entre le public et le privé, pour éviter que l'Europe de Maastricht ne devienne, l'Europe du "démantèlement social", on assiste actuellement au retrait dans tous les pays de la CEE de la protection sociale légale qui oblige à la recombinaison des forces entre Etats, Mutualité et Assureurs.

Mais cette remise en cause de la protection sociale fondée sur la solidarité, ne laisse -t-elle pas le champ libre au secteur lucratif ? Est-ce en lui faisant supporter sa consommation que le patient va se responsabiliser, sachant que les pays dont les tickets modérateurs sont les plus faibles, sont ceux qui dépensent le moins ? De plus, cette politique ne favorise -t-elle pas le développement de maladies qui auraient dû être traitées tout de suite ? Donc à la place de limiter la demande, ne vaut-il pas mieux responsabiliser les offreurs ?

Or, n' est-ce pas la Mutualité ou plutôt les Mutualités Européennes les mieux placées pour promouvoir sur le continent européen ces objectifs ? En effet, l'Europe lui offre la possibilité d'étendre le champ de la solidarité entre nations riches et moins riches et plus seulement entre catégories sociales. De plus, cette notion de solidarité, intégrée dans la culture européenne reste fondamentale pour supporter les "gros risques". Nous la redécouvrons actuellement par le biais d'émissions de télévision destinées à collecter des fonds pour la recherche sur la Myopathie ou le Sida!

"Les modèles Bismarckiens ou Béveridgiens se sont donc pervertis ou enrichis au fil des décennies. Aujourd'hui, on revient à des valeurs originelles en y ajoutant quelques éléments car le monde est une création continue et le jardin d'Eden, une perpétuelle promesse."

GLOSSAIRE

AGENT : (35)

Personne habilitée par une société d'assurance à présenter ses contrats au public. Cet intermédiaire peut être agent général, salarié ou mandataire.

ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE : (35)

Assurance prévoyant la couverture des prestations en nature ou en espèces en complément de celles fournies par un régime obligatoire de protection sociale.

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE : (13)

Assurance maladie dans le cadre d'un régime public obligatoire. Elle est le plus souvent gérée par des organismes publics mais elle peut l'être par des organismes privés (c'est le cas aux Pays-Bas pour le régime d'assurance des fonctionnaires).

ASSURANCE VOLONTAIRE : (13)

Elle est souscrite et financée volontairement par les individus ou par un employeur au nom de ses salariés.

COTISATIONS : (13)

Prélèvement fiscal au titre de l'assurance maladie obligatoire, souvent dans le cadre d'un régime de Sécurité Sociale . Le montant est en principe une proportion fixe des revenus.

COURTIER : (35)

Commerçant indépendant, il est mandaté par l'assuré qu'il représente vis à vis des sociétés d'assurance.

DELEGATION DE PAIEMENT : (35)

Procédure conventionnelle fondée sur l'ART 1249 du code civil, relatif à la subrogation, pouvant concerner l'assurance maladie obligatoire et/ou complémentaire. La délégation de paiement pharmaceutique s'appuie sur une facture subrogatoire signée par l'assuré. Elle suppose la signature de conventions préalables avec les professionnels de santé concernés.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES : (13)

De nombreuses conventions ont été signées entre la Sécurité Sociale et les professions médicales et paramédicales. Elles fixent d'un commun accord les tarifs maxima qui doivent être facturés par les praticiens. Ces mêmes conventions autorisent toutefois, de façon limitée, le dépassement de ces tarifs. (Cadre de la convention du 1er juillet 1985).

GENERIQUE :

Médicament copiant un médicament déjà existant.

MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES : (40)

Recherche d'une utilisation optimale des ressources que la collectivité affecte à la santé, utilisation basée sur une logique médicale d'amélioration de la qualité des soins. Pour cela un accord a été signé en 1993 entre les représentants des médecins libéraux et l'Assurance Maladie (références médicales opposables et objectif annuel chiffré d'évaluation des dépenses de santé).(40)

PIB : (17)

Résultat de l'activité de production des unités productrices résidentes. Il correspond à la production de biens et services de l'économie, diminuée de la consommation intermédiaire et augmentée de la TVA grevant les produits, et les impôts liés à l'importation.

PRESTATIONS EN ESPECES : (35)

Allocations de sommes sous forme d'indemnités journalières en cas de maladie, invalidité, décès.

PRESTATIONS EN NATURE : (35)

Remboursement des dépenses de santé (médicales, pharmaceutiques...).

PREVOYANCE : (35)

Ensemble des garanties d'un contrat, prévoyant le paiement d'une prestation seulement en cas de réalisation d'un risque (maladie, décès, invalidité...). Cette activité complète celle de la protection maladie proprement dite qui ne vise que le remboursement.

REGIME :

Ensemble des dispositions s'appliquant à un groupe donné d'affiliés et définissant les prestations auxquelles ils ont droit.

TARIF CONVENTIONNEL (TC): (32)

Prix servant de base au calcul du remboursement de la Sécurité Sociale dans les relations avec les praticiens conventionnés.

TARIF D'AUTORITE (TA) : (32)

Prix très faible qui sert de base de calcul au remboursement de la Sécurité Sociale lorsque le praticien n'est pas conventionné.

ex : Pour une consultation d'un spécialiste non conventionné en région parisienne (les honoraires sont libres et souvent supérieurs à 200F).

Sécurité Sociale	75 % de 8F (TA) =	6 F
------------------	-------------------	-----

Mutuelle	20 % de 140F (TC)	28 F
----------	-------------------	------

34 F

TICKET MODERATEUR (TM) : (35)

Une fraction des frais est normalement laissée à la charge de l'assuré, par le régime obligatoire dont il relève pour freiner la consommation médicale.

TIERS PAYANT : (35)

Procédure par laquelle un tiers (caisse d'assurance maladie obligatoire ou assureur maladie complémentaire) se substitue à l'assuré pour régler ses dépenses de santé.

TONTINE : (35)

Ce sont des sociétés sans but lucratif. Les adhérents sont regroupés en contrats par année de souscription et les versements sont mis en commun. Au terme de chaque contrat, le fonds augmenté de l'intégralité des bénéfices, est distribué aux survivants.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Formation des techniciens : culture institutionnelle.
UCANSS (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale), 1993.-125p.
- 2 - BRUCKER (G) et DIDIER (F)
Santé Publique.
Poitiers, Ellipses, 1989.-848p.
- 3 - BRAHIMI (Pierre)
Les comptes sociaux Européens.
Paris VII, 1986.-61p.
(Thèse Médecine., Bichat Paris VII, 1986, n° 037)
- 4 - DUPEYROUX (Jean-Jacques)
Droit de la Sécurité Sociale, 12ème édition.
Paris, Dalloz, 1993.- 938p.
- 5 - Code de la Sécurité sociale, Mutualité sociale agricole, Code de la mutualité.
Paris, Dalloz, 1990.- 2015p.
- 6 - DUMONT (Jean-Pierre)
Les systèmes de protection sociale en Europe, 2ème édition
Paris, Economica, 1993.- 180p.
- 7 - MAJNONI D'INTIGNANO (Béatrice)
La protection sociale.
Paris, Fallois, 1993.- 286p
(Collection le livre de poche).
- 8 - Protection sociale dans le monde, n°2
Paris, IRES (Institut de Recherches Economiques et Sociales), 1984.- 215p.
(Collection les dossiers de l'IRES)
- 9 - DORION (Georges) et GUIONNET (André)
La sécurité sociale, 3ème édition.
Paris, Presses Universitaires de France, 1989.- 127p.
(Collection Que sais je)
- 10 - CNESS (Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale)
Actualité de la protection sociale : régime général, régimes spéciaux, régimes complémentaires, exposés du 16 janvier 1992.
Paris, Institut d'études politiques de Paris, 1991.-79p.
- 11 - La protection sociale en Europe à l'horizon 1992 : Actes du séminaire européen,
Tilques 12-14 octobre 1988.
Lyon, Alexandre Lacassagne, 1990.- 204p.
- 12 - Ministère des affaires sociales et de l'intégration.
Solidarité santé : Etudes statistiques .- Dossier : protection sociale et systèmes de santé en Europe, n°2.
Paris, Masson, Avril - Juin 1991.- 68p.

- 13 - Etudes de politique de santé n°2 : La réforme des systèmes de santé, Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE.
Paris, OCDE, 1992.- 165p.
- 14 - La protection sociale, n°1
Paris, IRES, 1993.-220p.
(Collection : Les dossiers de IRES.)
- 15 - L'avenir de la protection sociale en Europe, in : La protection sociale en Europe à l'horizon 1992 : Actes du séminaire européen, Tilques, 12-14 octobre 1988
Lyon, Alexandre Lacassagne, 1990. - p 15-26.
- 16 - Etudes économiques de l'OCDE : France
Paris, OCDE, 1994.-156p.
- 17 - Eurostat.
Portrait social de l'Europe.
Bruxelles, office des publications des communautés européennes, 1991.-142p.
- 18 - Etudes de politique sociale n°12 : Les nouvelles orientations de la politiques sociale
Paris, OCDE, 1994.
- 19 - MALYON M.
Le trou de la Sécu : les stratégies autorisées.
Que choisir hors serie., Février - Mars 1994, p. 4 - 8.
- 20 - Circulaire - Présidents 93 - 105 du 30 Juillet 1993 : Nouveaux tickets modérateurs.
Paris, FSPF informations (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.)
- 21 - BESLU F.X.
La santé à tous prix.
L'express., semaine du 13 au 19 janvier 1994, p. 116 - 117.
- 22 - DE CAL P.M.
Les complémentaires maladies : Comment choisir un bon contrat.
Que choisir hors série, Février-Mars 1994, p. 28 - 30.
- 23 - Euroguide
L'assurance maladie et l'Europe
CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) des Hauts de Seine, 1991.
- 24 - DE CAL P.M.
Les "vraies" mutuelles
Que choisir hors série., Février-Mars 1994, p.31 - 39.
- 25 - DE CAL P. M
Les contrats des assureurs
Que choisir hors série, Février-Mars 1994, p. 40 - 49.

- 26 - La mutualité en Europe, à l'Est, en Amérique Latine.
Montreuil, la revue de l'économie sociale, 1992.-183p.
(Collection la Revue de l'économie sociale Tome XXVI).
- 27 - BENHAMOU (Jean) et LEVECQUE (Alette)
La mutualité, 1ère édition.
Paris, Presses Universitaires de France, 1983.- 126p.
(Collection Que sais je).
- 28 - LAMBERT-FAIVRE (Yvonne)
Droit des assurances, 8ème édition
Paris, Dalloz, 1992.-775p.
- 29 - AUBERT (Jean-Luc)
L'assurance vie et les assurances de personnes, 1ère édition
Paris, Presses Universitaires de France, 1983.-123p.
(Collection Que sais je)
- 30 - Circulaire-Présidents 93-102 du 28 Juillet 1993 : Plan de maîtrise des dépenses de
l'assurance maladie
Paris, FSPF informations
- 31 - DE CAL P.M
Les contrats de groupe
Que choisir hors série, Février-Mars 1994, p. 50 - 51.
- 32 - Mutuelle civile de la défense : l'efficacité Le coeur en plus.
Mutualité Française
- 33 - Echos de la santé : bulletin d'information en économie de la santé, n°12
Paris, CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de
la Santé), Septembre / Octobre 1993.-6p.
- 34 - L'économie de la santé : Médicaments et Systèmes de santé en Italie, Portugal,
Espagne, Danemark, Irlande, Pays- Bas, Belgique, Grèce, Grande-Bretagne, France et
Allemagne.
Paris, SNIP (Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique).
- 35 - Groupement des Assurances de Personnes : Annuaire 1993
Paris, Fédération Française des Sociétés d'Assurances, 1993.-299p.
- 36 - Au coeur de la vie, la Sécu
Paris, CNAMTS, Mars 1994.
- 37 - JEAN-CHARLES (Geneviève) et LAFARGUE (Gilbert)
Les mutuelles face à l'Europe
Paris, Verneuil, 1994.-158p.
- 38 - Les systèmes de soins dans la CEE.
CNAMTS, 1992.

- 39 - Développement des génériques : les mutuelles passent à l'action
Le nouvel observateur., semaine du 27 Janvier au 2 Février 1994, p.8.
- 40 - MALLET J.C.
Les comptes de la Sécurité Sociale : L'effet ciseaux
Actualité et dossier en santé publique., 1994, n°6, p.22 - 23.
- 41 - FARDEAU M.
Le compte satellite de la protection sociale
Actualité et dossier en santé publique ; 1994, n° 6, p.14-17
- 42 - FAIVRE H.
Les mutuelles en Europe
Congrès "Bien-être en Europe"., 28 mai 1993 - Barcelone, p.1- 7.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	14
PREMIERE PARTIE : DEFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE	
I - 1 - DEFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE.....	15
I - 1 - 1 - Approche globale.....	15
I - 1 - 2 - Panorama du système français de protection sociale.....	16
I - 1 - 2 - 1 - La protection sociale obligatoire.....	16
I - 1 - 2 - 2 - La protection sociale obligatoire conventionnelle....	19
I - 1 - 2 - 3 - La protection sociale non obligatoire.....	20
I - 1 - 2 - 4 - Autres garanties.....	21
I - 2 - HISTORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE.....	25
a - La famille, les institutions charitables et l'Etat.....	25
b - Caisses de secours mutuels.....	26
c - Assurances sociales.....	26
d - Sécurité Sociale en France.....	27
I - 3 - LES SYSTEMES BISMARKIENS ET BEVERIDGIENS.....	30
I - 3 - 1 - Le système Bismarckien.....	30
I - 3 - 2 - le système Beveridgien.....	32
I - 3 - 3 - Le système français : entre Bismarck et Beveridge....	33
- Comparaison des systèmes Bismarckien, Beveridgien et Français	35

- Carte : Les systèmes de santé en Europe..... 36

DEUXIEME PARTIE : LES SYSTEMES DE SANTE DANS LA CEE

II - 1 - INTRODUCTION..... 37

II - 2 - LES GRANDES DATES DE LA CEE..... 38

**II - 3 - DESCRIPTION DES SYSTEMES DE SANTE
DANS LA CEE..... 39**

**II - 3 - 1 - Les pays ayant subi l'influence du modèle
Bismarckien..... 39**

**II - 3 - 2 - Les pays ayant subi l'influence du modèle
Beveridgien..... 44**

- Tableau comparatif : Les systèmes de santé dans la CEE.. 50 51

II - 4 - TYPOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALISEE.... 52

**II - 5 - ROLE DES MUTUELLES ET COMPAGNIES
D'ASSURANCES DANS LA PROTECTION PRIVEE..... 53**

II - 5 - 1 - Exemples de "Mutuelles"..... 56

II - 5 - 2 - Compagnies d'assurances..... 58

II - 5 - 2 - 1 - Dans la CEE..... 58

II - 5 - 2 - 2 - En France..... 60

**II - 6 - DEPENSES, FINANCEMENT DE LA PROTECTION
SOCIALE ET ETAT DE SANTE DES POPULATIONS
EN EUROPE..... 61**

II - 6 - 1 - Dépenses de santé..... 61

II - 6 - 2 - Financement..... 66

II - 6 - 2 - 1 - Impôts.....	66
II - 6 - 2 - 2 - Cotisations sociales.....	67
II - 7 - DEGRE DE SATISFACTION DES CONSOMMATEURS ET CONTRIBUABLES.....	69
 TROISIEME PARTIE:ASSURANCE MALADIE COMPLEMEN - TAIRE EN FRANCE	
III - 1 - GENERALITES.....	72
III - 2 - CONSTATATIONS.....	78
III - 2 - 1 - Couverture complémentaire.....	79
III - 2 - 2 - Consommation médicale.....	81
III - 2 - 3 - Situation professionnelle.....	81
III - 3 - DIFFERENCES JURIDIQUES ET HISTORIQUES ENTRE MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES	82
III - 3 - 1 - Mutuelles.....	82
III - 3 - 1 - 1 - Aspect juridique.....	82
III - 3 - 1 - 1 - 1 - Définition du code de la Mutualité.....	82
III - 3 - 1 - 1 - 2 - Principes.....	85
III - 3 - 1 - 1 - 3 - Champs d'application.....	86
III - 3 - 1 - 1 - 4 - Contraintes.....	88
III - 3 - 1 - 2 - Historique.....	89
III - 3 - 2 - Sociétés d'assurances	90

III - 3 - 2 - 1 - Aspects juridiques.....	90
III - 3 - 2 - 1 - 1 - Définition de l'opération d'assurance.....	90
III - 3 - 2 - 1 - 2 - Types d'assurances.....	91
III - 3 - 2 - 1 - 3 - Les différents prestataires.....	93
III - 3 - 2 - 1 - 4 - Contraintes.....	94
III - 3 - 2 - 2 - Historique.....	95
III - 4 - NIVELLEMENT DES DISTORSIONS DE CONCURRENCE ACTUELLES EN FRANCE.....	97
- Loi EVIN du 31 décembre 1989.....	98
III - 5 - QU'EST CE QUI VA DIFFERENCIER MUTUELLES ET COMPAGNIES D'ASSURANCES ?.....	99
III - 5 - 1 - Le service.....	99
III - 5 - 1 - 1 - Délais de remboursement.....	100
III - 5 - 1 - 2 - Les prestations.....	100
III - 5 - 1 - 3 - Primes ou cotisations.....	100
III - 5 - 1 - 4 - Tiers payant.....	101
III - 5 - 1 - 5 - Contrats de groupe.....	102
III - 5 - 2 - Fidélisation de la clientèle.....	103
III - 5 - 2 - 1 - Relations plus personnalisées avec la clientèle..	103
III - 5 - 2 - 2 - Action sanitaire et sociale.....	103
III - 5 - 3 - Leur philosophie.....	104

III - 6 - INITIATIVES EUROPEENNES ET PERSPECTIVES D'AVENIR.....	105
III - 6 - 1 - Initiatives européennes.....	105
III - 6 - 2 - Perspectives d'avenir.....	106
CONCLUSION.....	108
GLOSSAIRE.....	110
BIBLIOGRAPHIE.....	115
TABLE DES MATIERES.....	119



ESPIEUSSAT (Emmanuelle). — Place et perspectives d'avenir des mutuelles et compagnies d'assurances dans le système santé. — 123 f.; ill.; tabl.; 30 cm (Thèse : Pharm.; Limoges ; 1994).

RESUME :

Dans l'Europe de la « révolution industrielle », la Mutualité, souvent liée au mouvement syndical, a permis aux salariés de se protéger contre la maladie.

Puis son rôle s'est diversifié selon les systèmes de santé mis en place dans chaque Etat. Dans les pays à dominante Bismarckienne, les mutuelles gèrent les assurances sociales ; dans les pays à dominante Bévérigienne, elles développent les formules alternatives aux systèmes étatisés ; en France, elles jouent un rôle complémentaire de la sécurité sociale.

« C'est la recomposition des forces entre les acteurs, tant Etats qu'organisations syndicales et patronales, Mutualité et assureurs privés, qui sera la clé des mutations à venir. »

MOTS-CLES :

- Compagnies d'assurances.
- Couverture maladie.
- Mutuelles.
- Sécurité sociale.
- Système de santé : Europe.

JURY : Président : M. le Professeur Gérard HABRIOUX.
Juges : M^{me} Martine LARTIGUE, Maître de Conférences.
M. Jean-Pierre BOUTEILLE, Attaché de Cours.
M. Gérard LUC, Pharmacien.
