

# La lettre du Collège

## FAUT-IL CONSERVER OU REPENSER LE PACTE DE 1945 ?

Actes de la 30<sup>e</sup> Conférence thématique du 15 octobre 2025

### SOMMAIRE

#### Introduction

■ Mylène Bonnel et Florence Jusot ..... 4

#### TABLE RONDE 1

Des fondements du contrat social de 1945 aux évolutions récentes, les constats en 2025

■ Nicolas Da Silva ..... 5

■ Denis Raynaud ..... 5

■ Fanny Mikol ..... 6

■ Yann-Gaël Amghar ..... 6

#### TABLE RONDE 2

Un nouveau contrat social pour 2025 ? Quelles perspectives ?

■ Robert Lafore ..... 7

■ Fabrice Gombert ..... 7

■ Laure-Marie Issanchou ..... 8

#### Synthèse et conclusion

■ Thomas Barnay ..... 8

### LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

#### Les dépassements d'honoraires : quand le marché défait la solidarité

Il existe en économie un résultat robuste, enseigné dans tous les manuels de premier cycle : lorsqu'un prix est fixé en dessous du prix d'équilibre, l'offre se contracte, le bien est rationné, et un second marché émerge où vendeurs et acheteurs se retrouvent à un prix plus élevé. Ce résultat simple, valable pour les loyers ou les devises, s'applique avec une précision troublante à la médecine spécialisée française.

Les tarifs opposables de l'Assurance maladie sont depuis des décennies inférieurs à ce que le marché établirait librement. C'est cette érosion réelle qui explique la migration massive des médecins vers

le secteur 2, ce second marché légal où les honoraires sont libres, migration facilitée par un élargissement progressif des conditions d'accès au secteur 2, si bien qu'en 2024, 56 % des spécialistes libéraux y exercent, contre 37 % en 2000, et que trois quarts des jeunes spécialistes y installent aujourd'hui leur activité. À cela s'ajoute un second mécanisme : à partir de 2005, les revalorisations conventionnelles ont été réservées au seul secteur 1, creusant mécaniquement l'écart entre tarif pratiqué et base remboursable, et gonflant les dépassements à la charge des patients. En 2024, ceux-ci atteignent

(Suite page suivante)

### ÉDITORIAL

Cette année, la Sécurité sociale fête ses 80 ans. Instaurée par l'ordonnance du 4 octobre 1945, dans une France d'après-guerre où beaucoup est à reconstruire, elle marque la volonté de reconstruire un pays plus solidaire et plus juste.

La Sécurité sociale est inspirée du modèle de solidarité dit *bismarckien* qui d'emblée accroche les droits sociaux à un statut de travailleur, de salarié. Même si réputé moins redistributif qu'un système universel financé par l'impôt, ce système représentait alors un véritable changement de société et continue encore de représenter aujourd'hui l'un des fondements les plus puissants du modèle social à la française.

Encore aujourd'hui, en 2023 près des deux tiers de la population considèrent comme normal que le pays consacre presque un tiers de son revenu national à la protection de tous !

Et 93 % considèrent que le système d'Assurance maladie doit rester essentiellement public. Dans une société aussi fragmentée que la nôtre, cela semble presque être une anomalie. Mais ces résultats du baromètre Opinion de la Drees de 2023 cachent des tendances qui doivent nous alerter. Un peu moins de la moitié des personnes considèrent que l'Assurance-maladie doit bénéficier à toutes et à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel, c'est-à-dire finalement dans le cadre du contrat social dit « de 45 » (à *chacun selon ses moyens pour chacun selon ses besoins*). Et ce soutien important semble se fragiliser ces dernières années puisque ce plébiscite pour l'universalité des droits en matière d'Assurance maladie s'est très fortement réduit depuis 2017 et ce malgré la crise de la COVID : en 2017, près de 67 % des personnes se déclarent pour l'universa-

(Suite page 3)

## Le mot de la présidente (suite)

4,5 milliards d'euros, en hausse de 27 % en valeur réelle depuis 2019 (rapport Hcaam, octobre 2025).

Ce marché dual n'est pas seulement inégal : il est discriminant. Les travaux de Legal, Vincent et Bonal en 2025 montrent que la grande majorité des médecins de secteur 2 pratiquent plusieurs tarifs pour le même acte. Mais cette différenciation ne bénéficie pas aux patients les plus modestes : seuls 6 % des médecins concernés appliquent plus souvent des tarifs inférieurs à leurs patients des communes les moins favorisées. L'État n'a pas seulement laissé émerger un second marché, il a institutionnalisé les conditions d'une discrimination tarifaire qui ne joue pas en faveur des plus vulnérables.

Une solution libérale naïve pourrait être de laisser le marché s'ajuster pour atteindre le prix d'équilibre. Mais ce prix ne serait pas optimal car le marché des soins n'a rien d'un marché de concurrence parfaite. La concurrence est limitée par un accès au marché réglementé. Et l'asymétrie d'information entre praticien et médecin et le caractère expérimental des soins rendent les patients captifs et confèrent aux praticiens la capacité de capter une rente.

Ainsi l'argument libéral qui voudrait que la concurrence entre praticiens de secteur 2 fasse pression à la baisse sur les dépassements est mis à mal par les données. Les travaux de Montmartin et Herrera-Gómez en 2023 montrent que les prix des médecins de secteur 2 sont des compléments stratégiques : lorsqu'un praticien augmente ses honoraires dans une zone, ses confrères s'y alignent plutôt qu'ils ne s'en distinguent à la baisse. La concurrence ne discipline pas les prix, elle les tire vers le haut, d'autant plus fortement que la densité de praticiens est élevée. La diffusion du secteur 2 ne porte donc pas en elle-même le remède à ses propres excès.

La théorie de l'agence médicale apporte un troisième éclairage. La littérature éco-

nomique reconnaît que les médecins sont en partie altruistes, mais sans distinguer un altruisme portant sur l'état de santé du patient et un altruisme portant également sur le fardeau financier que les soins lui imposent. Un médecin sensible au seul état de santé peut, de bonne foi, pratiquer des dépassements élevés sans percevoir la contrainte qu'il impose à son patient : soigner est ce qui compte, le coût supporté est une externalité invisible. Le fait que 60 % des jeunes spécialistes s'installent aujourd'hui hors Optam, le dispositif de modération tarifaire, suggère que cette forme d'altruisme partiel est devenue la norme.

Reste la question sur laquelle bascule le débat normatif : les patients ont-ils réellement le choix ? Les défenseurs du secteur 2 invoquent volontiers la liberté contractuelle. Cet argument tient si l'alternative existe. Or, comme le montrent les travaux de Lucas-Gabrielli *et al.* en 2025, elle n'existe pas partout : pour les ophtalmologistes et les dermatologues, l'accessibilité au seul secteur 1 est divisée par deux par rapport à l'offre totale. Dans ces territoires, le patient fait face à un monopole local. Son consentement au dépassement n'est pas l'expression d'une préférence révélée, c'est une contrainte subie, qui frappe précisément là où la fragilité économique est la plus grande.

Penser la régulation des dépassements d'honoraires apparaît urgente, comme le souligne le Hcaam, car elle sera d'autant plus difficile à mettre en œuvre quand une part encore plus grande des spécialistes sera en secteur 2. Mais elle doit être pensée au regard de la structure des marchés et des mécanismes économiques en jeu. Il faut être conscient que la situation que nous décrivons n'est pas le fruit d'une fatalité économique ou de morale médicale. Elle est aussi le résultat de choix budgétaires délibérés. Geler les tarifs pour contenir les dépenses publiques de santé a induit un transfert d'une partie du coût aux ménages et aux assureurs complémentaires. Là où l'Assurance maladie obligatoire opère

une redistribution selon les revenus et les besoins, les dépassements sont supportés par les utilisateurs du système en proportion de leur recours aux spécialistes, et ce d'autant plus lourdement que les complémentaires n'en remboursent en moyenne que 37 à 40 %, la plupart des contrats ne les couvrant pas du tout. Cette économie publique s'est faite au prix d'une régression silencieuse de la solidarité. Réfléchir à la régulation des dépassements d'honoraires, c'est donc aussi assumer pleinement ce que ces choix ont produit et décider collectivement si l'on veut continuer dans cette voie. ■

**Florence Jusot**

Présidente du Collège  
des économistes de la santé

### Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse  
Bâtiment 15/16  
16, avenue Paul Vaillant Couturier –  
94807 Villejuif cedex

E-mail : [ces@ces-asso.org](mailto:ces@ces-asso.org)  
Site internet : [www.ces-asso.org](http://www.ces-asso.org)

Directrice de rédaction :  
Julia Bonastre

Secrétariat de rédaction :  
Géraldine Ragaru

Conception maquette :  
Franck-Séverin Clérembault (Irdes),  
Anne Evans (Irdes)

Mise en page :  
Damien Le Torrec (Irdes)

ISSN : 2266-7857

Comité de coordination scientifique :  
Thomas Barnay, Carine Franc,  
Florence Jusot, Christine Le Clainche,  
Denis Raynaud, Clémence Thébaud

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

## ÉDITORIAL, suite...

lité des droits en matière d'Assurance maladie, contre moins de 50 % en 2023 ! Les personnes qui se déclarent davantage en faveur d'un système qui bénéficierait davantage à ceux qui cotisent, représentent entre 18 % et 25 % en 2023, entre 11 % et 20 % proposent qu'il ne bénéficie qu'à ceux qui cotisent, ce qui représente une complète remise en cause des fondements de notre modèle.

Comment en sommes-nous arrivés là en si peu d'années ?

- La faute au contexte général ? C'est un peu facile... mais pourquoi pas en partie ?
- La faute à la perception d'une santé de la population qui se dégrade, mais qui vieillit aussi !
- La faute à une demande qui explose, avec ses dynamiques démographiques qui se traduisent par un poids cumulé des retraites et des dépenses de santé qui au total pèsent sur les comptes sociaux
- La faute, à l'offre de soins souvent perçue, inaccessible financièrement comme géographiquement,
- La faute aux innovations médicales, coûteuses, et qui accélèrent la chronicisation des maladies... on en deviendrait très cynique !
- La faute à un système qui ne s'adapte pas, à une démocratie sanitaire inexistante, à des réformes brutales souvent uniquement budgétaires, prises par défaut, dans l'urgence, sans véritable stratégie, qui rendent finalement le système de moins en moins lisible et cohérent.

Mais en fait, que demande-t-on à un système d'Assurance maladie ? Est-ce que l'une des fragilités majeures de notre système de financement des soins pourrait être liée au flou entretenu autour de ses finalités ? Quels sont les objectifs de l'Assurance maladie ?

Doit-elle avant tout garantir un accès universel aux soins ? À tous les soins ? Pour tous ?

Dans un monde sans contrainte budgétaire, les réponses seraient naturellement positives, mais, les tensions budgétaires n'ont jamais été aussi fortes ! Alors quels objectifs pour l'Assurance maladie qui, comme son nom l'indique, intervient une fois le risque avéré, une fois la maladie déclarée, en compensant tout ou partie de la perte liée au sinistre !

Est-ce le rôle de l'Assurance maladie de chercher à corriger les inégalités sociales de santé et les inégalités d'accès, quelles qu'elles soient ? N'existe-t-il pas d'outils plus efficaces, qui puissent intervenir bien en amont, dans la prévention, primordiale, par exemple ?

Tous ces objectifs, bien que légitimes, entrent forcément en tension, et leur coexistence non hiérarchisée peut induire des frustrations, des insatisfactions des incompréhensions forcément délétères. Le tout conduisant de plus en plus à un sentiment d'inefficacité du système de financement des soins qui ne peut, à lui seul, constituer le financement du système de santé !

Mais nous sommes dans une année d'anniversaire, l'anniversaire de notre sécurité sociale. Certes, le contexte est difficile, mais c'est probablement le bon moment pour faire le point sur la santé de notre système. Et revenir aux fondamentaux ! Pour ce faire, il est essentiel de revenir au contexte de l'émergence de la Sécurité sociale qui semble ne pas avoir été aussi consensuelle que la mémoire collective pourrait le laisser penser. Des organismes d'assurance préexistaient et il a fallu

négoier âprement. La négociation n'est pas connue pour être une vertu française...

Ainsi qu'en a-t-il vraiment été ? Quel socle commun pour un tel projet de société. Dans le cadre d'une première Table ronde, intitulée « *Des fondements du contrat social de 1945 aux évolutions récentes, les constats en 2025* », nous sommes revenus sur les conditions de la définition du système et de son périmètre avec **Nicolas Da Silva, Maître de conférences en Sciences économiques à l'Université Sorbonne Paris Nord**. **Denis Raynaud, directeur de l'irdes** a décrypté pour nous ce que disent les réformes récentes et annoncées. Le déficit chronique des comptes de la Sécurité sociale appelle souvent des réformes brutales dans l'urgence. Mais que disent ces réformes du niveau de solidarité que nous essayons d'atteindre ? Enfin, quelles sont les conséquences aujourd'hui sur le partage du risque ? Qui paye quoi ? Et quid du principe fondateur du système « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins » : **Fanny Mikol, Sous-directrice adjointe à l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie à la Drees**, nous a proposé, éléments chiffrés à l'appui un état des lieux microéconomique et factuel. Nous avons ensuite écouté **Yann-Gael, Amghar, Président du Hcaam**, qui à la lumière des constats établis, nous a proposé des pistes de réflexion, des perspectives pour notre système.

Dans le cadre d'une seconde Table ronde, intitulée « *Un nouveau contrat social pour 2025 ? quelles perspectives ?* », nous avons interrogé **Fabrice Gombert, Président de la Cnam**, **le Robert Lafore, Professeur de droit public à l'Université de Bordeaux**, **Institut d'études politiques et Laure-Marie Issanchou, Directrice Assurance Santé de la Mutualité Française** sur les trajectoires qu'ils apercevaient, forts de leurs expériences et de leurs travaux. ■

**Carine Franc,**  
Chercheur à l'Inserm

**Clémence Thébaud,**  
Maître de Conférence à l'Université de Bordeaux

**Cette Conférence thématique du Collège  
a été organisée à la MGEN, le 15 octobre 2025.  
Elle s'est tenue en présentiel et en visio-conférence.**

En partenariat avec



## LA CÉLÉBRATION D'UNE CONQUÊTE SOCIALE À L'ÉPREUVE DES DÉFIS CONTEMPORAINS

**L**a conférence s'est ouverte au siège de la MGEN, à l'occasion du quatre-vingtième anniversaire de la Sécurité sociale. **Mylène Bonnel, vice-présidente déléguée de la MGEN**, a introduit cette matinée de réflexion en rappelant la portée historique de cet événement. Coorganisée avec le Collège des économistes de la santé, cette rencontre avait pour objectif de dépasser la simple commémoration pour interroger la pérennité du pacte social hérité du Conseil national de la Résistance. Elle a rappelé que la Sécurité sociale demeure un pilier de la République, fondé sur les principes de fraternité et d'égalité, et qui libère les citoyens de l'incertitude du lendemain.

Cet hommage a laissé place à un examen des défis auxquels le système est confronté. Le premier est le virage démographique, avec le vieillissement de la population et la forte progression de la dépendance, dont le nombre de bénéficiaires devrait doubler d'ici 2040. Ce défi démographique met sous tension un modèle conçu dans le contexte d'une France jeune et en reconstruction. Le deuxième défi réside dans la tentation de la financiarisa-

tion du secteur de la santé, qui risque d'éroder l'esprit de solidarité au profit de logiques lucratives. Mylène Bonnel a également évoqué le risque d'une « Grande Sécu », scénario de simplification administrative qui, paradoxalement, pourrait aggraver les inégalités en renvoyant aux complémentaires la charge des dépassements et du confort, créant ainsi une médecine à deux vitesses. Enfin, la crise de l'accès aux soins et l'existence de déserts médicaux constituent une préoccupation majeure qui érode la confiance des citoyens. Face à ces défis, elle a appelé à une réforme démocratique du contrat social, annonçant la tenue prochaine d'États généraux de la santé et de la protection sociale.

**Florence Jusot, présidente du Collège des économistes de la santé**, a complété cette introduction en insistant sur la nécessité d'une analyse rigoureuse et neutre. Elle a rappelé l'objectif central de la conférence : comprendre comment adapter l'esprit de 1945 – universalité, solidarité, couverture large – aux contraintes contemporaines de soutenabilité financière et d'évolution des besoins. ■

### TABLE RONDE 1

#### Des fondements du contrat social de 1945 aux évolutions récentes, les constats en 2025

**S**ous la modération de **Carine Franc, chercheuse à l'Inserm**, la première partie des échanges s'est attachée à dresser un état des lieux du système actuel. Carine Franc a ouvert les débats en soulignant une érosion du *consensus* social autour de l'universalité. Si les Français restent largement attachés à leur système public d'Assurance maladie, les enquêtes d'opinion révèlent un écart croissant : le soutien à l'universalité inconn-

tionnelle des droits a chuté de près de vingt points en quelques années. Une part croissante de la population (25 % en 2023) semble désormais privilégier une logique contributive, où les droits seraient davantage corrélés aux cotisations versées. Ce glissement s'opère sur fond de dégradation perçue de l'offre de soins et de tensions budgétaires chroniques. ■

## LA DÉCONSTRUCTION DU MYTHE ORIGINEL

Nicolas Da Silva

*Maître de conférences en sciences économiques à l'Université Sorbonne Paris Nord*

Nicolas Da Silva, maître de conférences en sciences économiques à l'Université Sorbonne Paris Nord, est intervenu pour remettre en perspective l'histoire de la Sécurité sociale, invitant l'auditoire à se méfier du mythe d'un « âge d'or » consensuel. Il a rappelé que la création de la Sécurité sociale en 1945 ne fut pas le fruit d'une harmonie nationale spontanée, mais l'aboutissement de conflits politiques et sociaux intenses. L'originalité du plan porté par Pierre Laroque résidait dans l'instauration d'une « caisse unique » et d'un « taux unique », gérés démocratiquement par les travailleurs eux-mêmes. Or, ce projet s'est heurté dès sa genèse à des oppositions farouches de la part de multiples acteurs : la Mutualité, la CFTC, les partis centristes et les représentants patronaux.

Ces résistances ont conduit à une mise en œuvre fragmentée et imparfaite du plan initial. La caisse unique a laissé place à une pluralité de régimes, et le plafonnement des cotisations a immédiatement ouvert un espace pour le marché de l'assurance complémentaire. Nicolas Da Silva a insisté sur le fait que l'histoire de la Sécurité sociale est celle d'une lutte permanente. Les réformes successives, telles que les ordonnances de 1967 supprimant les élections aux caisses ou le plan Juppé de 1995 instaurant la fiscalisation et le contrôle étatique via le Parlement, témoignent de cette instabilité structurelle. Comprendre que le conflit est consubstantiel à l'institution est essentiel pour analyser les débats actuels : les tensions d'aujourd'hui ne sont pas des anomalies, mais la continuation d'une histoire mouvementée où s'affrontent des visions contradictoires de la solidarité. ■

## LA PERFORMANCE REDISTRIBUTIVE ET SES LIMITES

Denis Raynaud

*Directeur de l'Irdes*

**Les diaporamas de cette présentation sont disponibles sur :**

<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2025/10/Diapo-Denis-RAYNAUD-.pdf>

Denis Raynaud, directeur de l'Irdes, a ensuite proposé une analyse économique détaillée de la progressivité du financement du système de santé. Contrairement à une idée reçue, la France dispose du système de financement des dépenses de santé le plus progressif au monde. Cette position s'est même consolidée au cours des trente dernières années. Elle s'explique par la prépondérance des financements publics – cotisations sociales et impôts comme la CSG – qui pèsent proportionnellement plus lourd sur les hauts revenus, tandis que les dépenses de santé sont réparties en fonction des besoins, indépendamment de la contribution financière.

Il a souligné le rôle clé de la couverture maladie universelle (CMU) puis de la Complémentaire santé solidaire (C2S) dans ce renforcement de la progressivité.

De même, la prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie obligatoire a accru la part du financement public solidaire, réduisant mécaniquement le poids des financements privés pour les plus malades. Cependant, ce constat globalement positif masque des fragilités. Denis Raynaud a pointé le caractère régressif des financements privés, qu'il s'agisse des primes d'assurances complémentaires ou des restes à charge directs des ménages. Ces dépenses pèsent proportionnellement davantage sur les bas revenus. Il a également souligné les risques de certaines évolutions récentes, comme le recours à la TVA pour compenser les exonérations de cotisations sociales (la TVA étant un impôt non progressif) ou les mesures visant à augmenter la participation financière des patients, telles que le doublement des franchises médicales. ■

## L'ANALYSE MICROÉCONOMIQUE DES INÉGALITÉS

Fanny Mikol

*Sous-directrice adjointe à l'Observation de la santé  
et de l'Assurance maladie à la Drees*

**Les diaporamas de cette présentation sont disponibles sur :**  
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2025/10/Diapo-MIKOL.pdf>

Fanny Mikol, sous-directrice adjointe à l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie à la Drees, a complété ce diagnostic macroéconomique par une approche centrée sur les ménages. En interrogeant la réalité du principe « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins », elle a présenté des données nuancées. Si la consommation de soins apparaît relativement homogène entre les différents déciles de niveau de vie, suggérant que le système répond globalement aux besoins médicaux, l'analyse du taux d'effort financier révèle des disparités importantes.

Pour les 10 % des ménages les plus contributeurs, les dépenses de santé (incluant cotisations, complémentaires et restes à charge) peuvent englober près d'un

quart du revenu disponible. Ce fardeau est particulièrement lourd pour les retraités modestes, qui se trouvent dans une « zone grise » : leurs revenus sont trop élevés pour bénéficier de la gratuité de la C2S, mais trop faibles pour absorber sans douleur le coût croissant des compléments santé, dont les tarifs augmentent avec l'âge. Fanny Mikol a également mis en lumière le phénomène massif du non-recours aux droits, qui concerne près de la moitié des personnes éligibles à la C2S, ainsi que la persistance du renoncement aux soins pour raisons financières, qui reste deux fois plus élevé chez les populations précaires. Ces constats démontrent que l'universalité théorique du système se heurte à des barrières économiques bien réelles. ■

## L'IMPASSE BUDGÉTAIRE ET LES FAUSSES SOLUTIONS

Yann-Gaël Amghar

*Président du Hcaam*

Yann-Gaël Amghar, président du Hcaam, a clôturé cette première table ronde en dressant un bilan préoccupant des perspectives financières. Il a souligné le caractère inédit du déficit actuel de l'Assurance maladie, qui avoisine les 15 milliards d'euros hors période de crise sanitaire majeure. Ce déficit structurel menace la soutenabilité même du système à moyen terme.

Face à cette contrainte budgétaire, il a souligné l'insuffisance des seules solutions paramétriques. Il a expliqué que les leviers d'efficacité traditionnellement invoqués – pertinence des soins, prévention, gradation des prises en charge – sont certes nécessaires, mais qu'ils sont longs à mettre en œuvre et politiquement difficiles à porter. Ils ne peuvent suffire, à eux seuls, à combler le déficit à

court terme. Surtout, il a mis en garde contre la tentation de transférer la charge vers les patients via la baisse des taux de remboursement ou la hausse des franchises. Les études économiques montrent que ces mécanismes de « responsabilisation financière » sont inefficaces pour réguler la dépense, car les patients réduisent leur consommation de soins de manière indiscriminée, renonçant aussi bien à des soins utiles qu'inutiles. Cela peut avoir des effets négatifs sur la santé publique et aggraver la mortalité des plus fragiles. Yann-Gaël Amghar a insisté sur la nécessité de prendre en compte la « dette épidémiologique » constituée par la progression des maladies chroniques et de l'obésité, appelant à des mesures de santé publique plus ambitieuses. ■

## TABLE RONDE 2

### Un nouveau contrat social pour 2025 ? Quelles perspectives ?

La seconde partie de la conférence s'est tournée vers l'avenir, cherchant à dessiner les contours d'une adaptation du système aux réalités du XXI<sup>e</sup> siècle. **Clémence Thebaut**, maître de conférence à l'Université de Bordeaux, a été la modératrice de cette seconde partie.

Elle a rappelé la difficulté de concilier des objectifs intrinsèquement contradictoires : augmenter la couverture, revaloriser les soignants et accéder à l'innovation, le tout sous contrainte budgétaire forte. ■

## UNE LECTURE INSTITUTIONNELLE DE LA CRISE

**Robert Lafore**

*Professeur de droit public à l'Université de Bordeaux*

Robert Lafore, professeur de droit public à l'université de Bordeaux, a proposé une grille d'analyse institutionnelle pour comprendre les tensions actuelles. Selon lui, la protection sociale ne doit pas être vue simplement comme une mécanique redistributive, mais comme une médiation nécessaire entre trois sphères aux logiques divergentes : la sphère politique, qui vise la cohésion sociale ; la sphère du marché, guidée par la compétitivité ; et la sphère domestique, lieu de construction de l'individu.

Le pacte de 1945 a été conçu dans un monde où l'État-nation maîtrisait son économie. Or, cet équilibre est aujourd'hui rompu par deux phénomènes majeurs.

D'une part, la mondialisation a privé l'État de ses leviers de contrôle sur l'économie nationale, rendant le financement de la protection sociale plus incertain. D'autre part, la montée de l'individualisme démocratique a transformé les attentes des citoyens : plus autonomes, ils réclament paradoxalement davantage de protection collective pour se réaliser, tout en supportant moins les contraintes institutionnelles. Pour l'avenir, Robert Lafore a esquissé trois axes de recomposition : la garantie d'un socle universel de droits fondamentaux (santé, éducation, logement) ; le maintien d'un système assurantiel fort lié au statut socioprofessionnel (le travail restant le fondement de l'identité sociale) ; et le développement de politiques d'inclusion plus souples pour soutenir les parcours de vie heurtés. ■

## DU PARITARISME DE GESTION À LA PERSONNALISATION DES DROITS

**Fabrice Gombert**

*Président de la Cnam*

Fabrice Gombert, président de la Cnam, a présenté la position des gestionnaires du risque en proposant une évolution doctrinale du pacte de 1945. Il a suggéré de dépasser les principes historiques des « 3 U » (Universalité, Unité, Uniformité), qu'il juge désormais insuffisants. L'universalité reste un idéal à poursuivre, mais l'unité et l'uniformité se heurtent à la complexité de la société actuelle. À la place, il a proposé une nouvelle boussole stratégique autour des « 4 P » : Personnalisation, Parcours, Partage de données et Prévention.

La personnalisation implique d'adapter les services aux situations spécifiques des assurés (maladie chronique,

monoparentalité, pluriactivité) grâce au numérique, tout en veillant à ne pas exclure les populations fragiles. La notion de parcours doit remplacer l'acte de soin isolé pour garantir une continuité de la prise en charge. Le partage des données est identifié comme un enjeu majeur de souveraineté et d'efficacité. Fabrice Gombert a rappelé l'opposition ferme de la Cnam à l'hébergement des données de santé par des opérateurs soumis aux lois extraterritoriales américaines, plaidant pour un Cloud souverain. Enfin, la prévention a été présentée comme le chantier le plus critique, nécessitant de sortir des incantations pour devenir une priorité budgétaire absolue. ■

# LES NOUVEAUX RISQUES ET LE RÔLE DES MUTUELLES

**Laure-Marie Issanchou**

*Directrice assurance santé de la Mutualité Française*

**L**aure-Marie Issanchou, directrice assurance santé de la Mutualité Française, a présenté la position des organismes complémentaires. Elle a insisté sur la nécessité d'étendre le pacte social aux nouveaux risques qui n'existaient pas en 1945. Le premier d'entre eux est la perte d'autonomie, conséquence directe du vieillissement. Elle a plaidé pour une généralisation de l'assurance dépendance afin de mutualiser ce risque et de réduire les restes à charge importants qui pèsent sur les familles. Elle a également mis en lumière la situation précaire des millions d'aidants et les lacunes de la couverture en prévoyance (invalidité, décès), souvent méconnue des travailleurs.

Rejoignant le président de la Cnam, elle a fait de la prévention la « bataille du siècle ». Pour la Mutualité,

la prévention doit changer de statut pour devenir une « prestation » à part entière, valorisée et financée comme telle. Elle a dénoncé la logique comptable de l'Ondam qui gère le système par rabots annuels sans vision à long terme, appelant à des États généraux pour permettre aux citoyens de se réapproprier ces choix de société.

Lors des échanges avec la salle, une question sur l'impact de la médecine de précision et de l'intelligence artificielle a permis de souligner le décalage potentiel entre les promesses technologiques et la réalité de terrain, souvent freinée par des barrières financières (dépassements d'honoraires) ou organisationnelles. ■

## SYNTHÈSE ET CONCLUSION

**Thomas Barnay**

*Vice-Président du Collège des Économistes de la Santé*

**T**homas Barnay, vice-président du Collège des économistes de la santé, a assuré la synthèse finale de ces échanges. Il a retenu de cette journée que l'instabilité et la conflictualité sont inhérentes à notre système de protection sociale. Vouloir figer le pacte de 1945 ou rêver d'un consensus absolu est illusoire ; la définition même de ce pacte portait déjà en elle les germes de la dualité actuelle entre assurance obligatoire et complémentaire.

Le débat a mis en évidence la tension permanente entre trois objectifs difficilement conciliables : l'efficacité économique, l'équité sociale et la soutenabilité financière. Aujourd'hui, la contrainte budgétaire tend à écraser les autres finalités, dictant des politiques « court-termistes » qui menacent l'équité du système. Les discussions ont permis de pointer les impasses des solutions « faciles », comme la TVA sociale (efficace mais injuste) ou l'aug-

mentation des franchises (inefficace et pénalisante pour les malades), et de réaffirmer l'importance de l'obligation de souscription pour garantir une mutualisation réelle des risques.

Un *consensus* s'est dégagé sur la nécessité de décroisonner les approches : décroisonner la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social, mais aussi les risques eux-mêmes. Investir dans la santé aujourd'hui, c'est préserver les capacités productives de demain, retarder l'entrée en dépendance et améliorer l'équilibre des retraites. Cette vision holistique invite à considérer la dépense de santé non comme un coût, mais comme un investissement social et économique nécessaire. En définitive, la conférence a montré que le pacte de 1945 ne doit être ni sacralisé ni démantelé, mais réinvesti politiquement à travers une démocratie sociale renouvelée. ■