

A D D E S

COLLOQUE DU 22 NOVEMBRE 1988

"ECONOMIE SOCIALE ET PROTECTION SOCIALE"

***ECONOMIE SOCIALE ET FINANCEMENT
DE LA PROTECTION SOCIALE***

A. DELUC, Attaché de direction à la FNMF

J.C. WILLARD, Chargé de mission à l'INSEE

R E S U M E

1. Le système de protection sociale est confronté à plusieurs urgences :

- maîtriser les dépenses, dont la forte croissance (de 16 à 30 % du PIB depuis 1960) génère des tensions sur le financement et la répartition de celui-ci entre acteurs économiques ;

- répondre à des risques sociaux que les transformations du système productif et des modes de vie, loin d'atténuer, amplifient (chômage, santé, vieillesse) ;

- reconnaître la complexité, le caractère "multi-risques" de nombreuses situations de détresse sociale auxquelles ne peuvent répondre les seuls transferts monétaires ;

- tenir compte à la fois de l'attachement majoritaire de la population au système de protection sociale et de son désengagement, voire de sa méfiance, vis-à-vis de grands appareils dont elle ne se sent guère gestionnaire, ni même parfois bénéficiaire.

2. Une solution à la crise du financement ne peut être trouvée dans la seule mobilisation de ressources nouvelles, par le biais de la solidarité obligatoire, sans action sur la dépense. Elle ne peut non plus être attendue d'une ouverture complète du domaine à l'offre concurrentielle, accompagnant la domination généralisée du critère de la rentabilité financière. Une telle évolution provoquerait inmanquablement de graves altérations au principe de solidarité collective à la base du système, avec leur cortège d'inégalités croissantes et de situations de détresse multipliées. C'est dans l'articulation entre besoins, demande, offre et financement que doivent être recherchés les facteurs de régulation et donc de maîtrise du système.

L'économie sociale, essentiellement la mutualité et les associations des secteurs sanitaire et social sont dans une situation à la fois exposée et spécifique. Exposée parce que leur mode d'insertion sociale et le lien entretenu avec leurs adhérents leur confèrent un rôle de révélateur des besoins, contribuant ainsi directement à constituer une demande de protection sociale qu'elles ne peuvent satisfaire à partir de leurs seules ressources. Spécifique parce que ces mêmes éléments constitutifs leur autorisent une originalité, une souplesse et une diversité dans la réponse à cette demande comme dans la recherche de financements.

Aucune des "familles" de l'économie sociale n'échappe pour autant aux contraintes du marché, même si celles-ci s'exercent parfois indirectement. Contraintes imposées par les financeurs externes (souvent les administrations publiques), par la concurrence marchande (assureurs marchands, producteurs marchands de services sanitaires et sociaux), par les usagers, elles conduisent les producteurs à adopter progressivement des modes de gestion interne, de prévision et de relations avec leurs partenaires institutionnels à la fois plus rigoureux et plus proches de l'obligation de résultats que de l'assistantat à fonds perdus.

3. Les éléments caractéristiques de l'action des organismes de l'économie sociale peuvent être schématiquement résumés par la recherche constante de ce couple spécificité/efficacité :

- La constitution du champ de la protection sociale étant affaire d'arbitrages macroéconomiques (et "macrosociaux"), ils cherchent à être reconnus dans les débats d'orientation et les instances de décision comme "partenaires sociaux" à part entière, représentant plus particulièrement les personnes et catégories les moins représentées par les autres grandes organisations ;

- L'action sur la demande est aussi action sur la dépense qu'il s'agit de couvrir. Ainsi la mutualité cherche-t-elle la maîtrise des dépenses maladie, dont elle assure la couverture complémentaire, par une action en direction des praticiens de santé (notamment en tant que prescripteurs de médicaments). Mais en complément, elle cherche à faire elle-même la preuve en vraie grandeur que d'autres systèmes de soins ou de distribution permettent de mieux conjuguer qualité du service et modération des coûts, sans que s'opère une segmentation des prestations en fonction du revenu des bénéficiaires. Plus généralement la fonction innovatrice et d'expérimentation sociale que revendiquent mutuelles et associations répond à la fois à leur proximité avec la demande sociale dans ses évolutions et ses nouveautés, et au souci de présenter des alternatives aux pratiques des grands appareils institutionnels, plus satisfaisantes pour l'utilisateur et d'un coût moindre pour la collectivité ;

- Les logiques qui animent financeurs (en particulier publics) et producteurs de services sont souvent contradictoires. Les premiers cherchent à contrôler l'activité des seconds, en instaurant règles et normes qui peuvent entraver la nécessaire souplesse dans la réponse aux demandes et priver les uns et les autres d'instruments d'évaluation et de régulation. Le développement de pratiques contractuelles portant sur les objectifs, les résultats et les moyens constitue à cet égard une amélioration sensible de la maîtrise globale de l'intervention. Toutefois le financeur public doit accepter que des actions soient subventionnées sans garantie de résultats, soit que ceux-ci soient difficilement appréciables à court terme, soit que l'action comporte un risque d'échec important lié à son caractère novateur ou imprévisible ;

- Confrontés à un désengagement relatif des administrations publiques, à la réticence des cotisants devant un alourdissement des prélèvements obligatoires et à la pénétration croissante d'organismes à but lucratif, les organismes de l'économie sociale veulent renforcer leur spécificité, celle de l'exercice de la solidarité volontaire, de l'engagement personnel dans des actions plus tangibles que la redistribution au plan national. Spécificité dans l'allocation des facteurs de production par le bénévolat et le volontariat, spécificité dans la mobilisation de ressources financières par l'appel aux dons, legs et autres contributions volontaires. Ils attendent des pouvoirs publics que les dispositions légales, juridiques et fiscales favorisent ces modes de financement. Parallèlement, ils attendent aussi que le droit commun leur soit appliqué, au prix d'aménagements nécessaires, pour se procurer les ressources financières sur le marché des capitaux et profiter aussi de la collecte de l'épargne longue.

S O M M A I R E

1 - LES DIFFICULTES DE LA PROTECTION SOCIALE : CROISSANCE ET DIVERSIFICATION DE LA DEMANDE	
1.1 - Croissance et complexification des risques sociaux	
1.2 - L'économie sociale et la perception de la demande	
1.3 - Demande, financements et débat social	
 2 - LA MUTUALITE ET L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE	
2.1 - La Mutualité dans la protection sociale complémentaire	
2.1.1. Dans la distribution des prestations	
2.1.2. Les rapports de la Mutualité avec son environnement	
2.2 - Le rôle social de la Mutualité face aux enjeux de la modernisation	
2.2.1. La dimension sociale de l'action mutualiste	
2.2.2. Les grands enjeux stratégiques pour l'avenir	
 3 - ACTION SUR LA DEMANDE, COÛTS ET FINANCEMENT : MAINTIEN DES SPECIFICITES ET RECHERCHE DE L'EFFICACITE	
3.1 - Action sur la demande et adaptation des moyens : le poids de l'extérieur	
3.2 - La Mutualité dans le compromis institutionnel	
3.3 - Les associations entre gestion de la demande et normes publiques	
3.4 - Evaluations des produits et maîtrise des coûts	
3.5 - Solidarité directe et besoins de financements	

La protection sociale peut être décrite comme un ensemble, diversifié, de réponses à des situations individuelles appréciées socialement comme justifiant une intervention collective. Le terme "collectif" ne désigne pas seulement la collectivité nationale, ou les institutions qui en droit la représentent. Il peut correspondre plus modestement à l'attention et à l'intervention d'un groupement d'individus pour lui-même et ses membres.

Ces réponses sont exprimées soit directement sous forme de transferts aux personnes concernées (prestations en espèces ou en nature) afin d'augmenter leur revenu, de compenser une perte de revenu ou d'atténuer des dépenses de consommation, soit indirectement par le financement d'activités productrices de biens et (surtout) de services consommés par les bénéficiaires. Dans l'un et l'autre cas, une demande de protection sociale (ensemble des situations) est confrontée à une offre (ensemble de réponses), qui elle-même suscite une demande de financements.

La demande potentielle, ou implicite, de protection sociale est constituée des besoins sociaux. Elle ne devient demande révélée, ou explicite, que dans la mesure où ceux-ci sont repérés, identifiés et institutionnellement reconnus comme tels. Un premier ensemble de désajustements entre besoins sociaux "objectifs" et risques reconnus est alors généré par la coupure quasi-inévitable entre une réalité sociale mouvante et complexe et les appareils de la protection sociale. Les organismes de l'économie sociale jouent à ce premier niveau un rôle spécifique de révélation des besoins et d'insertion de ceux-ci dans le dispositif.

Vis-à-vis de la demande révélée, les **"produits" de protection sociale sont plus ou moins adaptés** : adéquation des aides aux besoins, des procédures d'attribution aux situations vécues, des organismes producteurs à la structuration sociale. A ce deuxième niveau d'ajustement entre offre et demande, l'économie sociale affirme ses particularités par une souplesse d'adaptation et une fonction d'expérimentation. Enfin, le **financement de la "production" de protection sociale** est lui-même sujet à de forts disfonctionnements. Ressources et dépenses sont, selon leur origine et leur nature, soumises à dérives et fluctuations. Avec un mode de financement plus ou moins émancipé du circuit des prélèvements obligatoires, avec des règles de gestion étroitement liées à leur spécificité juridique et institutionnelle, l'économie sociale veut apporter des réponses originales à la crise du financement.

Car il y a crise du financement : la protection sociale mobilise une part importante des ressources de la collectivité nationale. En 1987, 1 733 milliards de francs ont été consacrés à son financement. Le seul poids global de ces dépenses suscite d'inévitables interrogations, auxquelles s'ajoutent les débats sur la répartition de cette charge entre les agents économiques et sur l'efficacité comparée des différents producteurs à répondre à des besoins reconnus aujourd'hui non satisfaits et susceptibles de s'accroître encore.

Aborder le financement de la protection sociale débouche alors sur la question plus vaste des voies d'exercice de la solidarité collective. L'économie sociale incarne historiquement celle de la solidarité volontaire, de la proximité des financeurs et des bénéficiaires. A-t-elle pour vocation principale de pallier temporairement les manques du système avant que les acteurs "lourds" de la solidarité légale obligatoire ou les producteurs marchands investissent les produits ? Ou bien constitue-t-elle un complément dynamique, voire une alternative, à des appareils victimes d'effets d'échelle pervers et subissant une crise de confiance de la part d'usagers par trop réduits à des matricules ?

1. LES DIFFICULTES DE LA PROTECTION SOCIALE : CROISSANCE ET DIVERSIFICATION DE LA DEMANDE

1.1. Croissance et complexification des risques sociaux

C'est un constat aujourd'hui banal, l'augmentation des dépenses de protection sociale est une caractéristique majeure des vingt cinq dernières années. De 1960 à 1985, elles sont passées de 16 % à plus de 30 % du PIB, avec une croissance quasi continue. Leur poids s'est stabilisé depuis 1985, avec même une légère décroissance en 1987.

Cette forte expansion est à mettre au compte de la croissance des dépenses liées à certains risques. En reprenant la nomenclature de risques sociaux en vigueur dans les travaux macro-économiques (cf. contribution 1) et en ne retenant que les prestations sociales qui constituent l'essentiel des dépenses, on constate par exemple que les prestations liées au chômage ont été multipliées par 7,5 de 1974 à 1985¹, en francs constants (+ 6,6 % de 1985 à 1986). Sur cette période de onze ans, les neuf dixièmes de l'augmentation sont imputables à celle des effectifs de chômeurs, la revalorisation des prestations n'intervenant que très faiblement. La proportion de chômeurs indemnisés, dont la variation "explique" 8 % de la hausse des prestations de 1974 à 1985, baisse en réalité depuis 1982. Fin 1985, 40 % des chômeurs inscrits ne percevaient pas d'indemnisation. Une partie d'entre eux bénéficiait toutefois du régime de solidarité : sur 1 120 000 personnes non indemnisées, 205 000 recevaient une allocation d'insertion (1 311 francs par mois, 2 322 francs pour les femmes seules chargées de famille), 157 000 une allocation de solidarité spécifique (1 935 francs par mois, ou 2 778 francs pour les 27 000 bénéficiant du taux majoré). Autrement dit, la très forte croissance des dépenses de protection sociale n'a pas empêché celle de "trous" dans le dispositif.

Les prestations vieillesse-survie ont crû à un rythme de 8 % par an (francs constants) pendant la même période. Le pouvoir d'achat de la retraite moyenne sensiblement valorisé dans les années 1970, a également cessé d'augmenter depuis 1983. Par contre la réduction du taux d'activité des personnes de plus de 60 ans (hors préretraités) s'est poursuivie, conjuguée avec le vieillissement de la population française qui a repris depuis 1979 (croissance moyenne de la population : 0,5 % par an, croissance de la population âgée de plus de 60 ans : 1,5 %). La solidarité, ou intervention sociale des administrations publiques, joue également un grand rôle compte tenu de la modicité, ou de l'absence, de certaines pensions du régime d'assurance. Au 31.12.86, 1,5 million de personnes, soit 15 % de la population des plus de 65 ans, bénéficiaient de l'allocation du Fonds National de Solidarité (31 900 francs par an).

¹ - Les chiffres relatifs aux dépenses et financements de la protection sociale sont ceux de la base 1971 des comptes nationaux (cadre central des comptes et compte satellite de la protection sociale), élaborés de 1959 à 1985 inclus. Le changement de base intervenu à partir de l'année 1986 comporte des modifications substantielles dans l'enregistrement des dépenses en prestations sociales ou autres dépenses de protection sociale, ou dans celui des organismes. Les séries en base 1980 n'ont toutefois pas encore été rétropolées avant 1981.

Le troisième risque auquel correspond une forte croissance des prestations est la santé. Les prestations en nature² ont augmenté, toujours en valeur réelle, de 86 % en 12 ans et se sont stabilisées depuis 1985. Le facteur déterminant de cette hausse est d'ordre socio-économique, progression régulière des dépenses de soins et de biens médicaux par habitant, l'évolution des taux de remboursement n'intervenant que faiblement jusqu'à 1986. Quant aux prestations en espèces, leur hausse (37 % en 12 ans) résulte d'une forte revalorisation des prestations versées aux invalides et handicapés, tempérée par une faible croissance des pensions pour accidents du travail et une diminution des indemnités journalières de maladie. La période la plus récente confirme une baisse en volume des prestations pour accident du travail et une progression modérée des prestations invalidité et infirmité.

La croissance des prestations liées aux autres risques est beaucoup moins spectaculaire. Toutes, y compris les prestations familles, connaissent une stabilisation depuis 1982. Au total, la croissance des prestations sociales de 1974 à 1986 équivaut à 600 milliards de francs 1986, un peu moins de la moitié pouvant être imputé aux facteurs démographiques et socio-économiques comme le montre le tableau 1 :

TABLEAU 1

ACCROISSEMENT DE LA MASSE DES PRESTATIONS SELON LES FACTEURS D'ACCROISSEMENT

(Milliards de francs 1986)

	5 ans entre 1974 et 1979	4 ans entre 1979 et 1983	3 ans entre 1983 et 1986	Accroissement total 1974-1986
Revalorisation des prestations (par bénéficiaire)	146	49	- 14	181
Taux de prise en charge et conditions d'attribution	100	14	30	144
Facteurs démographiques	- 17	32	24	39
Facteurs économiques	100	87	49	236
Total	329	182	89	600

Source : CERC et comptes de la protection sociale (SESI)

² - Qui en base 1971 des comptes de la protection sociale incluent le remboursement (fictif) aux ménages de leurs dépenses d'hospitalisation.

Les facteurs démographiques (nombre total d'habitants-santé - personnes âgées de plus 60 ans -retraités- et de moins de 20 ans - famille) ont joué un rôle finalement très faible. L'impact des facteurs économiques (augmentation du nombre de chômeurs et des dépenses de santé par habitant) est en revanche très important, alors même que les organismes de protection sociale ont sur eux très peu de prise : il tend à devenir déterminant dans la progression d'ensemble.

Le ralentissement global est donc à mettre au compte des décisions prises portant sur les barèmes et sur les conditions d'attribution. Entre 1974 et 1979, ils contribuaient pour 50 milliards de francs en moyenne à l'augmentation des dépenses, depuis 1983 pour moins de 6 milliards. Ces données, issues des travaux du CERC, confirment que le système des prestations sociales n'a pu faire face à l'accroissement de la demande qu'en érigeant des conditions plus sévères à l'octroi de prestations en outre moins largement revalorisées.

Le développement considérable des transferts monétaires n'a alors pu compenser celui des situations soumises aux divers risques sociaux, d'où l'accroissement concomitant des zones d'exclusion de la protection sociale.

Si la description, traditionnelle, des dépenses directes par risques sociaux rend compte de leur expansion quantitative, elle masque une évolution importante de la demande révélée ou du moins de l'analyse qui en est faite. Fondée sur la notion de population "cible", elle reconnaît la pluralité des risques frappant simultanément un groupe. La demande de protection sociale est alors globale sans que chaque facteur puisse être nécessairement traité séparément, à fortiori par des transferts monétaires individualisés. A la situation de vieillesse sont ainsi associés des éléments directement monétaires (perte de revenu d'activité) mais aussi des risques médico-sociaux spécifiques. A l'inverse, la situation du handicapé, déterminée d'abord comme risque "santé", présente des caractéristiques relevant de l'(in)adaptation professionnelle, du logement etc. Face à une demande de fait "multirisques", le système de protection sociale ne peut se borner à des réponses, prestations monétaires et/ou de services, délivrées et gérées en toute indépendance.

L'ensemble des institutions sont donc confrontées à deux phénomènes majeurs. D'une part l'explosion quantitative des détresses sociales vis-à-vis desquelles les organismes de sécurité sociale étaient peu adaptés, dans la définition traditionnelle de leurs missions comme dans leur organisation administrative : ainsi de l'inadaptation professionnelle et du chômage, directement liés à la crise économique-sociale et aux transformations subséquentes de l'appareil productif, ainsi des situations d'indigence et d'exclusion sociale imbriquées étroitement aux précédentes tout en subissant une dynamique cumulative propre. Un phénomène aussi "médiatisé" que le développement de la grande pauvreté, ou cumul de situations défavorisées, est certes distinct de la crise de la protection sociale mais agit comme un puissant révélateur de ses dysfonctionnements : existence de "trous" dans le système, extrême complexité des procédures, situations à la frontière de l'aide sociale (assistance), de l'assurance et de facteurs externes au système (appareil de formation, appareil productif). D'autre part l'imbrication croissante des divers risques, dans des demandes, souvent potentielles, qui mêlent besoins de ressources et besoins de prise en charge, qui requièrent constitution d'un revenu individuel et insertion sociale, où les frontières entre sanitaire et social s'estompent.

1.2. L'économie sociale et la perception de la demande

Premier maillon dans l'ajustement entre demande et offre, le repérage et l'identification des besoins affirment le rôle des familles de l'économie sociale (essentiellement mutuelles et associations) vis-à-vis des pôles que constituent la société (civile) et l'Etat. Leur insertion dans la première, gagée sur le mode de recrutement ("l'adhésion volontaire") et l'objet social, les situe face au second comme facteur de revendication et/ou de protestation (expression d'une demande sociale) en même temps que comme facteur agissant de réponse directe à la demande. - Autrement dit, ce rôle de "porteurs d'idées et de demandes, de défricheurs de nouveaux espaces" attribué par M. Thery au secteur associatif³, leur confère, ainsi semble-t-il qu'aux mutuelles, des fonctions de repérage de l'évolution de la demande et d'innovation dans l'adéquation des produits.

L'économie sociale est elle-même partagée tant sur le rôle qu'elle se reconnaît que sur le dynamisme et l'inventivité requis pour l'assurer. Les principes qui guident ses composantes les plus soucieuses d'affirmer leur originalité vis-à-vis des pouvoirs publics dans leur relation avec les besoins sociaux en découlent :

- privilégier le contact direct et (inter) actif avec les personnes et situations porteuses de demandes ;

- élaborer empiriquement les premières réponses qui elles-mêmes permettront de préciser et d'élaborer la demande sociale ;

- s'ajuster à des situations particulières et évolutives avant d'édicter normes et catégories ;

- s'exprimer et négocier comme partenaires sociaux à part entière lors des débats de politique économique et sociale (aux plans national, régional et local) pour faire valoir les besoins des personnes insuffisamment représentées par les partenaires sociaux (organisations syndicales et patronales).

C'est donc une attitude innovante qui est revendiquée conduisant à privilégier la prévention plutôt que les équipements lourds de traitement, à favoriser l'insertion plutôt que gérer l'exclusion, à élaborer des produits "sur mesure" plutôt que des critères normatifs, des produits qui "banalisent" les situations plutôt qu'ils ne les isolent⁴, à apporter des réponses qui articulent médical, sanitaire et social.

³ - Henri THERY : La place et le rôle du secteur associatif dans le développement de la politique d'action éducative, sanitaire et sociale. Rapport du conseil économique et social. J.O. du 29/7/86.

⁴ - Cf. la deuxième contribution à ce colloque.

1.3. Demande, financements et débat social

Cette croissance soutenue de la demande de protection sociale, comme sa diversification, ont non seulement révélé l'inadéquation de certaines réponses mais aussi généré des tensions dans leur financement.

La dynamique apparente d'une augmentation continue des dépenses que tentent d'équilibrer les ressources mobilisées est alors mise en question. Le débat social s'est longtemps centré sur la répartition des contributions entre assurés, employeurs et puissance publique (tableau 2).

TABLEAU 2

FINANCEMENT DE LA DEPENSE DE PROTECTION SOCIALE

	1960	1965	1970	1975	1980	1985
- Cotisations assurés						
. Salariés	13,4	13,6	13,6	14,8	18,8	19,2
. Non salariés	3,9	4,7	5,1	4,2	4,8	5,2
. (Ensemble)	(17,3)	(18,3)	(18,7)	(19,0)	(23,6)	(24,4)
- Cotisations employeurs	58,6	58,8	58,4	57,3	55,0	51,4
- Cotisations fiscales (prestations fiscales et impôts et taxes affectés)	2,6	3,3	3,3	4,7	3,1	5,6
- Contributions des administrations	20,1	18,9	18,1	17,4	16,9	17,3
. (dont aux régimes de sécurité sociale)	(5,1)	(5,4)	(7,4)	(7,0)	(6,7)	(8,0)
. (Aux autres régimes)	(15,0)	(13,5)	(10,7)	(10,4)	(10,2)	(9,3)
- Autres contributions	1,4	1,3	1,5	1,6	1,4	1,3
Total	100,0 =	100,0 =	100,0 =	100,0 =	100,0 =	100,0 =
	42 MFF	91,5 MFF	158,2 MFF	348,1 MFF	755,1 MFF	1395,6 MFF

Source : Comptes de la protection sociale (SESI)

Il s'est progressivement élargi et déplacé sur le champ même de la protection sociale, et sur le rôle dévolu aux diverses institutions. Le poids croissant des organismes de sécurité sociale dans le financement direct des prestations (tableau 3) et leurs difficultés financières structurelles ont réactualisé la distinction, ancienne, entre assurance et assistance. La maîtrise difficile des dépenses maladie et vieillesse a ainsi encouragé les tenants de l'assurance individuelle comme complément, voire alternative.

TABLEAU 3

STRUCTURE DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE

	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Sécurité sociale	63,6	66,9	69,3	72,0	74,9	75,6
Mutuelles	1,5	1,1	1,3	1,2	1,2	1,4
Régimes d'employeurs	16,2	15,3	14,2	12,9	11,4	10,2
Administrations centrales ...	12,1	10,9	10,0	9,2	7,6	8,7
Administrations locales	6,3	5,5	4,9	4,4	4,7	4,0
Administrations privées	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Comptes de la protection sociale (SESI)

Dans un tel schéma, l'assistance, aux fonctions plus étendues que celles de l'actuelle aide sociale, devrait être confiée à la puissance publique (administration et sécurité sociale) et aux initiatives privées désintéressées. L'assurance devrait être "libérée", au-delà d'un minimum garanti par la sécurité sociale, et dévolue au secteur concurrentiel. Mutuelles, organismes de prévoyance, compagnies d'assurance voire banques pourraient ainsi proposer des produits comparables aux individus comme aux collectifs de travail.

Sous-jacente à ces débats, on trouve une interrogation sur la qualification même de certains risques sociaux, c'est-à-dire sur la légitimité d'une intervention collective face à des situations qui seraient individuellement "arbitrées" (chômage, adaptation professionnelle, famille) ; interrogation aussi sur les éventuels effets pervers d'une redistribution monétaire sur le terrain du "social", qui créerait des groupes durablement assistés et marginalisés, et d'une intervention sur les affections médico-sociales (vieillesse, handicaps) créant elle-aussi un autre mode d'exclusion, pouvant d'ailleurs se conjuguer avec le précédent.

Trop ou pas assez de protection sociale, des interventions qui risquent de conforter une structure "à plusieurs vitesses" de la société, des financements dissuasifs pour la dynamique productive etc, ces enjeux touchent aux fondements même de la protection sociale, à la manière dont la société se représente l'exercice de la solidarité collective. La vogue d'un indicateur comme le taux de prélèvements obligatoires, l'amplification donnée aux appels aux contributions volontaires (grandes causes nationales, restos du coeur, téléthon, etc), les débats sur les rôles respectifs de l'Etat et des associations, de la sécurité sociale et des mutuelles dans l'offre de prestations et de services, le développement de l'offre marchande à but lucratif, tout ceci confirme que si l'idée même de solidarité recueille toujours un large consensus social, l'extension donnée à son exercice et les responsabilités des acteurs sont actuellement brouillées et en instance de redéfinition. D'où la nécessité pour les organismes de l'économie sociale de réaffirmer la fonction dynamique de leurs spécificités, mais aussi de se situer par rapport à l'ensemble des agents qui interviennent dans la configuration de la demande, dans l'offre de produits et dans la mobilisation des ressources.

Une telle nécessité n'est pas sans soumettre les "familles" de l'économie sociale à de fortes tensions. Car elle les confirme en même temps dans un statut de **grand appareil**, partenaire institutionnel des pouvoirs publics et des grandes organisations, avec les modes de gestion interne (centralisation, concentration) et externe (obligations conventionnelles) afférents, et comme **organismes de "terrain"**, devant à l'inverse minimiser la distance entre détection des besoins sociaux et prestation de réponses appropriées et requérant un mode de fonctionnement plutôt décentralisé et imaginaire. Ce qui confère spécificités et avantages relatifs peut également être source de contradictions, voire de vulnérabilité.

2. LA MUTUALITE ET L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE

La protection sociale complémentaire offre un angle d'approche privilégié de la crise de la protection sociale, dont la caractérisation a été l'objet de la première partie. Au carrefour des deux logiques opposées de la solidarité et de l'assurance, son développement apporte la meilleure preuve que le besoin de sécurité est loin d'être saturé, en dépit de la progression des prélèvements obligatoires. C'est dans ce champ que nous précisons tout d'abord le rôle de la Mutualité, dont elle ne représente que l'un des acteurs, mais qui concrétise la place de l'Economie sociale dans le financement de la protection sociale.

Peut-on mettre en évidence la spécificité d'une démarche propre à l'économie sociale ? A quelles conditions peut-elle être préservée dans un contexte général où le mouvement mutualiste est à l'aube d'une mutation sans doute aussi importante que le fût en son temps l'instauration de la sécurité sociale ? Telles sont les grandes questions auxquelles nous rechercherons des éléments de réponse.

Les frontières n'ont jamais été imperméables entre régimes obligatoires ou facultatifs, protection de base ou complémentaires. Leur déplacement n'en est pas moins aujourd'hui un enjeu majeur, à la fois idéologique et financier. En particulier, lorsque le développement de la protection sociale complémentaire est présenté ici et là comme la solution alternative à la progression inéluctable des prélèvements sociaux. Les faits se chargent de montrer que les différentes techniques de socialisation des risques individuels, que ce soit la solidarité obligatoire ou volontaire ou encore l'assurance ne sont pas substituables sans limites, même si toutes concourent à répondre à des besoins sociaux.

2.1. La Mutualité dans la protection sociale complémentaire

La création de la sécurité sociale en 1945 a laissé un large champ ouvert au développement de systèmes complémentaires, qui devaient autant à la résistance de groupes sociaux à l'égard d'un cadre unique obligatoire qu'à des contraintes financières objectives. Que ce soit dans le domaine des risques de maladie, de vieillesse, de décès ou d'invalidité, la perte de revenu pour cause de maladie ou d'accident, les besoins sociaux qui s'exprimaient appelaient de nouvelles réponses institutionnelles articulées à la sécurité sociale.

La Mutualité, qui a une vocation exclusive dans les risques liés à la personne humaine est l'un des acteurs de ce champ. Elle se définit elle-même comme un mouvement social, ce qui n'est pas un titre usurpé si l'on veut bien considérer le rôle qu'elle a joué dans l'élaboration progressive de notre système de protection sociale, et la place qu'elle y occupe aujourd'hui : 12 millions d'adhérents et 25 millions de bénéficiaires, soit près d'un Français sur deux. Les valeurs qui l'animent et notamment la solidarité, fondent son enracinement dans le mouvement social. Cette démarche de solidarité fonde son éthique et imprègne l'ensemble de ses activités, mais en particulier la définition de ses prestations. En première approximation, on peut la définir comme :

- la répartition du (ou des) risques entre tous les membres d'un groupe ;

- chacun s'acquittant d'une cotisation qui peut varier selon les capacités contributives, mais qui, en tout état de cause, ne dépend pas du risque encouru ;

C'est cette solidarité qui détermine l'appartenance de la Mutualité à la protection sociale au sens des comptes nationaux, à la différence des compagnies d'assurance. Son insertion dans l'économie sociale, dérive d'une part de son but non lucratif, d'autre part de son fonctionnement démocratique : cotisations et prestations étant collectivement débattues au sein de l'Assemblée Générale des adhérents.

La Mutualité est née dans le monde du travail, à une époque, au début de l'ère industrielle, où les "sociétés de secours mutuels" étaient la seule forme tolérée d'organisation collective. Elle fut, bien avant la sécurité sociale, un mode de protection des risques de l'existence par la voie de la solidarité librement et volontairement organisée. Historiquement, le cadre mutualiste a été utilisé pour des initiatives très diverses : ouvrières, patronales, religieuses, philanthropiques...

L'instauration des régimes obligatoires ne pouvait pas ne pas tenir compte du fait mutualiste. La sécurité sociale restreint leur vocation à la protection complémentaire individuelle, mais leur accorde la possibilité de gérer certains régimes obligatoires d'assurance maladie, notamment les régimes spéciaux du secteur public. Le développement des mutuelles à partir de cette époque sera extrêmement rapide dans l'assurance maladie complémentaire, qui est resté leur terrain de prédilection.

En pratique, il existe principalement trois types de mutuelles, selon que leur compétence est territoriale (la commune, le canton, ...) professionnelle, voire interprofessionnelle, ou qu'elles ont un domaine d'action spécialisé. Les mutuelles peuvent se regrouper en unions pour mettre en place des actions communes (réalisations sanitaires ou sociales, services de réassurance) et en fédérations, dont la principale, la Fédération Nationale de la Mutualité Française, regroupe 90 % des effectifs mutualistes⁵.

Le mode de structuration de la Mutualité Française est double :

- certaines mutuelles sont structurées au plan national, et en tant que telles adhérentes à la FNMF ;

- leurs sections départementales et les mutuelles locales se regroupent en Unions Départementales, elles mêmes adhérentes à la FNMF.

Cette organisation (structuration territoriale et verticale) est à la fois source de tensions et d'équilibre ; elle garantit le caractère fortement décentralisé du mouvement mutualiste, qui accepte rarement sans réticences de déléguer ses prérogatives.

⁵ - Un autre Fédération existe (la Fédération des Mutuelles de France) de moindre importance quantitative. Elle regroupe des mutuelles qui se reconnaissent exclusivement à partir d'un critère d'obédience syndicale ; l'appartenance simultanée d'une mutuelle aux deux fédérations n'est plus possible depuis 1985.

Situer la place de la Mutualité dans le financement de la protection sociale, suppose en premier lieu de réaliser un tour d'horizon des prestations mutualistes sur les principaux segments de son activité, en tentant de situer leur place sur les différents "marchés" où elle intervient. Les rapports noués à cette occasion avec l'environnement de la Mutualité feront apparaître, bon gré mal gré, une réalité concurrentielle, qui pose le problème de l'identité du mouvement mutualiste et de sa préservation.

2.1.1. Le rôle de la Mutualité dans la distribution des prestations

Dans la protection sociale complémentaire, la Mutualité est surtout connue pour son activité traditionnelle de couverture complémentaire maladie, où elle occupe toujours une position dominante malgré l'incursion des compagnies d'assurance consécutive aux reculs de l'assurance maladie obligatoire.

Elle n'en a pas moins développé son activité dans le secteur composite de la "prévoyance" individuelle et collective, où elle avait été devancée par les compagnies d'assurance et leurs "paravents" que constituent souvent les organismes paritaires dont la création est autorisée par le Code de la sécurité sociale.

A. Les prestations maladie complémentaire

Aujourd'hui, sans doute près des 3/4 de la population bénéficie d'une couverture complémentaire et près d'un Français sur deux est mutualiste. Ainsi peut-on éclairer l'ampleur d'un phénomène qui poursuit son extension, mais qui auparavant avait connu une ascension parallèle à celle de la sécurité sociale, malgré l'extension des régimes et l'amélioration de leurs prestations.

Le "complémentaire maladie" mobilise 70 % des ressources financières de la Mutualité. Elle apporte donc un complément de remboursement aux prestations en nature (remboursements de frais de soins) et aux prestations en espèces (indemnités journalières).

En masses financières, les comptes nationaux de la protection sociale évaluent l'ensemble des prestations mutualistes à 24,3 milliards de francs en 1987. Les prestations maladie représentent à peu près 90 % de ce total, soit plus de 22 milliards. Leur progression ces dernières années est restée très soutenue, à un rythme très supérieur à celui des prestations de l'ensemble des régimes de protection sociale (+ 10,3 % de 1981 à 1987), et du régime général en particulier (+ 10 %).

(En millions de francs)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Prestations mutualistes ...	10 020	11 565	13 491	15 528	17 853	21 554	24 356
Croissance annuelle moyenne (en %)		+ 15,4	+ 16,6	+ 15,0	+ 14,9	+ 20,7	+ 20,0

La Mutualité est donc amenée à occuper une place grandissante dans le contexte de régression de la couverture sociale maladie, même si rapportée à l'ensemble de la protection sociale, la proportion reste modeste (cf. 1.3).

La structure des prestations par type de soins révèle, à l'inverse des régimes obligatoires, une concentration très forte sur la médecine de ville : l'hospitalisation n'occupe qu'une place limitée (12 %) et le ticket modérateur pharmaceutique constitue le poste le plus important (32 %).

Cette prédominance explique les centres d'intérêts essentiels que représentent, pour la Mutualité, les problèmes du médicament et les rapports conventionnels avec les professions de santé, de même que sa volonté affichée de participer à la régulation de ces secteurs.

La contribution de la Mutualité au financement des différentes consommations de soins confirme cette spécificité : elle intervient peu dans les soins les mieux remboursés, beaucoup plus là où la protection est moins complète. Pour 1987, elle atteint 8 à 9 % de la consommation de soins ambulatoires (61,4 % pour la sécurité sociale) et près de 10 % (9,6 %) pour la pharmacie et les biens médicaux. Au total, la part de la Mutualité dans la consommation médicale totale, se situe à 5,1 %.

L'évolution du financement de la dépense de soins depuis 1975, fait apparaître les phénomènes de transferts entre financeurs. Différentes périodes doivent être distinguées :

a. Entre 1970 et 1980, la part de la sécurité sociale augmente globalement, tandis que diminue celle de l'aide médicale et des ménages ; cette évolution reflète surtout le développement de l'hospitalisation, des soins aux personnes âgées, les mieux couverts par la sécurité sociale.

b. Entre 1980 et 1987, une tendance inverse se dessine : la part de la sécurité sociale diminue tandis qu'augmentent celles des ménages et des mutuelles, l'aide médicale déclinant de façon continue. Cette évolution est particulièrement nette pour les biens médicaux (notamment la pharmacie) et les soins ambulatoires.

La période comporte également d'autres involutions importantes :

- sur l'importance du financement direct des ménages, qui retrouve en 1987 son niveau de 1975 : près de 20 %, soit une proportion très supérieure à celle rencontrée dans les pays de développement comparable ; c'est une spécificité française par rapport aux pays comparables : elle s'explique par le rôle de l'automédication des soins non présentés au remboursement ou non pris en charge (dépassements d'honoraires ou autre ...) ;

- la place des assurances privées, évaluée en 1986 à 2,9 %, peut être rapprochée des 4,7 % de la Mutualité cette année là, et donne, très grossièrement l'état des rapports de force à cette date ;

- l'impact du Plan SEGUIN en 1987, qui révèle une tendance très nette au désengagement de la sécurité sociale, compensée corrélativement par un accroissement des parts "mutuelles" et "ménages".

Au total, sur quelques 400 milliards de francs de dépenses de santé en France, la part prise par les différents financeurs est la suivante :

- Sécurité sociale	76,6 %	(plus de 300 milliards de Francs)
- Prestations des caisses complémentaires de prévoyance	0,5 %	
- Mutuelles	4,7 %	
- Assurances privées	2,9 %	
- Aide Médicale	1,5 %	
- Participation directe des ménages	14,4 %	(soit quelques 60 milliards de francs)

D'autres évaluations portant sur le seul ticket modérateur montrent la position dominante de la Mutualité qui prend en charge 53 %, les sociétés d'assurance 17 %, les institutions de prévoyance 8 %, l'aide médicale 7 % et les ménages directement 15 %.

B. La prévoyance individuelle et collective

La seconde partie de la protection sociale complémentaire est souvent regroupée sous le terme technique de "prévoyance". Sous ce terme est assemblé tout un ensemble de garanties complémentaires à celles de la

sécurité sociale et qui visent à compenser toutes les sources possibles de perte de revenu : par exemple, les capitaux décès, les rentes incapacité, invalidité ou accident, les compléments d'indemnités journalières consécutifs aux accords de mensualisation, plus récemment les compléments de retraite. Ces garanties peuvent être souscrites à titre individuel, notamment pour les non salariés ; elles le sont de plus en plus dans le cadre collectif d'un accord d'entreprise ou de branche, souvent à la suite d'une négociation avec les partenaires sociaux, où la gestion de cet accord est confiée à l'un des multiples intervenants sur ce secteur de la protection sociale :

- mutuelles ;
- compagnies d'assurance, dont une centaine interviennent en prévoyance ; parmi ces dernières, une dizaine réalisent à elles seules plus des 2/3 du chiffre d'affaire global maladie - indemnités journalières et assurance-vie ;
- les caisses de prévoyance des institutions de retraite, qui ont pour vocation de gérer des accords collectifs, instituant des régimes de retraite complémentaire ou de prévoyance.

Les frontières de la prévoyance sont loin d'être clairement définies : les garanties complémentaires maladie, souscrites dans des accords collectifs, sont souvent intégrées dans un ensemble plus large de garanties de prévoyance. Les entreprises souhaitent souvent n'avoir qu'un seul interlocuteur pour la protection de leurs salariés.

L'intervention de la Mutualité dans ce domaine est récente ; elle s'inscrit dans une volonté de diversification de ses activités.

- La surface financière requise est le plus souvent hors de portée des petites mutuelles : une concentration était indispensable, elle s'est traduite par la constitution d'un organisme centralisateur au niveau de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, pour la gestion de ces prestations (le MUTEX).

- La possibilité pour les mutuelles de gérer des accords collectifs (de branche ou d'entreprise) n'a été officialisée qu'en 1985, avec la réforme du Code de la Mutualité. Les mutuelles qui ont toujours privilégié le principe de l'adhésion individuelle doivent s'adapter :

. reconnaître un nouveau type d'adhérent : le "collectif" d'entreprise, dont il s'agit de favoriser la participation à la vie du mouvement mutualiste ;

. reconnaître surtout un mode de fonctionnement nouveau : les partenaires sociaux définissent le type de protection souhaité et s'adressent à la Mutualité comme à un gestionnaire de garanties, ayant certes un rôle de conseil important, mais qui doit s'adapter à la demande des partenaires sociaux.

La place de la Mutualité malgré son développement reste modeste : les compagnies d'assurance, directement ou indirectement y occupent une place dominante, à l'inverse du complémentaire maladie. Car les organismes paritaires sont, le plus souvent, dépendants des compagnies d'assurance. La prévoyance est l'objet d'une spéculation et d'une concur-

rence intense entre organismes, mais surtout de la part des compagnies qui se livrent à une guerre des tarifs, qui ne profite guère aux assurés. Elle conduit souvent à un amenuisement des garanties ou à la mise en place de procédures de sélection des risques portant atteinte à la nécessaire solidarité, base de la protection sociale collective. Les personnes présentant des risques importants peuvent être exclues ou donner lieu au versement de surprimes ; certains accords ne s'adressent qu'à certaines catégories de personnel ou quelques établissements d'un même groupe. La concurrence est évidemment moins sévère pour les populations considérées comme coûteuses. Une "moralisation" ou un "assainissement" des pratiques, que la Mutualité comme les partenaires sociaux, s'attache à faire prévaloir, sont à l'ordre du jour.

Le développement de la prévoyance se nourrit des insuffisances notoires de la sécurité sociale (en matière d'invalidité et de décès), mais aussi des incertitudes sur l'avenir des régimes obligatoires (maladie et retraite). Parler de concurrence évoque bien l'idée d'un marché où chacun essaie d'être le meilleur, sans pour autant gommer ce qui fait la spécificité de chacun et son éthique.

Même si ces activités représentent déjà aujourd'hui un chiffre d'affaires global égal à celui de l'assurance automobile, on est loin encore de la saturation. Selon les experts, les besoins ne seraient pris en charge qu'à hauteur de 40 %. Et encore faut-il tenir compte d'inégalités non négligeables : 2 500 000 salariés, surtout dans les P.M.E., n'en bénéficient pas, tout comme beaucoup de chômeurs ou de retraités. C'est dans ces secteurs, mal couverts, que des progrès importants devront être accomplis dans les prochaines années.

2.1.2. Les rapports de la Mutualité avec son environnement

De par sa place dans la protection sociale complémentaire, la Mutualité est confrontée d'abord à son interlocuteur naturel, la sécurité sociale avec laquelle elle noue des relations complexes et presque passionnelles. Avec les compagnies d'assurance par contre, l'opposition des pratiques, des philosophies est nettement marquée : but non lucratif et préoccupations sociales du côté des mutuelles, objectif commercial et individualisation des risques pour les compagnies d'assurance. Dans cette réalité concurrentielle, la question de l'identité de la Mutualité est toujours posée en filigrane.

A. Les rapports Mutualité/Sécurité sociale

Sécurité sociale et Mutualité partagent une même philosophie, la solidarité, entendue non seulement au sens d'une référence idéologique, mais aussi comme principe d'action, et technique de gestion. Certes, cette solidarité n'est pas de même nature dans ses ambitions et ses mécanismes de mise en oeuvre. L'histoire les rapproche toutefois, et l'imbrication des deux institutions a toujours été forte :

- l'organisation des caisses de sécurité sociale fait référence pour certaines dispositions au Code de la Mutualité ;

- des représentants de la Mutualité Française siègent d'ailleurs dans les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie du régime général ;

- la Mutualité est elle même impliquée dans la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie de certains salariés (fonctionnaires, étudiants, secteur public et assimilé) et de non salariés (exploitants agricoles et surtout travailleurs indépendants), services en échanges desquels elle reçoit une rémunération des régimes concernés, parfois objet de polémiques ;

- l'évolution technologique favorise les échanges de prestations de services entre organismes ayant une vocation complémentaire.

Cette évolution des techniques, commune à l'ensemble du "tertiaire", transforme les méthodes de travail, amène des gains de productivité importants, notamment au niveau de la liquidation des prestations, d'où la nécessité d'une reconversion d'une partie du personnel pour la sécurité sociale. La meilleure illustration tient à la multiplication des applications de la carte à mémoire dans le domaine du règlement des soins.

Les habitudes nées sur le terrain de rapports de confiance, tendent parfois à céder le pas aux logiques d'entreprise. La tentation est forte pour les gestionnaires de la sécurité sociale de tabler sur la création d'un régime complémentaire, géré par elle, pour lequel elle dispose des capacités de production et du personnel suffisants. Les positions acquises par la Mutualité dans les régimes obligatoires du secteur public sont également mises en cause pour les mêmes raisons.

La Mutualité redoute d'être fragilisée, au moment même où la concurrence des compagnies d'assurance devient plus agressive. De grandes options stratégiques transparaissent derrière les choix techniques :

- faire front commun avec le régime général reste une perspective stratégique : elle pourrait se traduire à terme par une carte unique Mutualité/sécurité sociale pour l'ouverture des droits, le règlement des soins ;

- faire cavalier seul et rester en marge des projets de la sécurité sociale pour rentrer dans une concurrence généralisée avec les compagnies d'assurance et la sécurité sociale elle-même.

La première hypothèse pose le problème de l'autonomie de la Mutualité par rapport à la sécurité sociale (les assurés feront-ils longtemps la différence ?).

La seconde, symétrique de la précédente, l'entraîne dans une indépendance, qui conduit à la banalisation de son intervention.

A terme, tel est bien le problème central au terme d'un processus qui vise à améliorer le service rendu, à permettre des économies importantes dans la gestion ; en d'autres termes, une évolution inéluctable.

B. La concurrence Mutualité/Compagnies d'assurances

Entre la Mutualité et les compagnies d'assurance, la concurrence est avouée et assumée de part et d'autre. Pourtant les deux mondes ne sont pas faits pour s'ignorer : dans les années 60, les responsables mutualistes ont ressenti le besoin de rechercher de nouveaux prolongements à leurs activités dans l'assurance des biens, à travers la constitution d'assurances à caractère mutuel (MATMUT, MACIF ...). Les compagnies d'assurance ont suivi en définitive le chemin inverse de l'assurance de biens vers l'assurance des personnes. La complémentarité des besoins, l'intérêt de constituer, sinon un "guichet unique", du moins un pôle commun, sont évidents.

Le Code des assurances, à la différence du Code de la Mutualité le permet sans ambiguïté, la Mutualité par contre étant obligée de s'abstraire du Code de la Mutualité et de constituer des entités juridiquement distinctes. L'ouverture du monde de la Mutualité à une intervention en Europe, hors du cadre strictement national se heurte aux mêmes problèmes.

La pénétration des assurances dans le domaine d'action de la Mutualité est plus ancienne qu'on ne le croit généralement : les régimes obligatoires d'assurance maladie de non salariés (exploitants agricoles, travailleurs non salariés non agricoles), qui autorisent le libre choix de l'organisme assureur instaurent de fait une concurrence entre mutuelles et compagnies d'assurance pour leur gestion (appel des cotisations, calcul et versement des prestations). Si le régime des exploitants agricoles est géré, pour des raisons qui tiennent à l'histoire du monde agricole, en quasi totalité par la seule Mutualité sociale agricole, l'organisation du régime des TNS est bien conforme à ce schéma : la Mutualité gère une majorité "d'organismes conventionnés" (à peu près 60 %) concurremment avec les compagnies d'assurance (40 %).

Les reculs successifs de l'assurance maladie, les spéculations sur l'avenir des régimes de retraite ont poussé les compagnies d'assurance françaises et étrangères à intervenir dans ces secteurs de la protection sociale, qui leur offrent certes des perspectives de profits à terme, mais surtout des "produits d'appel" pour l'ensemble de leur garanties. Leur stratégie diffère néanmoins de celle de la Mutualité :

a. Au niveau des principes tout d'abord

. Le but non lucratif des mutuelles leur interdit de se réjouir des désengagements des régimes d'obligation ; les responsables mutualistes ont dû, contre leur volonté, situer leur action non plus dans le contexte d'un progrès de la protection sociale, mais dans celui de sa régression ou de la compensation de ses reculs. Il n'ont cependant pas ménagé leur efforts pour défendre les régimes obligatoires.

. La mutualisation consiste en un partage -solidaire- d'un ou plusieurs risques donnés entre l'ensemble des membres d'un groupe ; le principe de l'assurance est le transfert à un tiers (l'assureur) du coût d'un risque donné, qui facture ce service précisément en fonction de l'estimation de son coût, apprécié, le plus finement possible de façon individuelle tout en appliquant sa marge bénéficiaire. C'est l'individua-

lisation des risques et des garanties qui permet aux assureurs de dégager des marges souvent substantielles.

b. En pratique, ensuite :

La coexistence des deux logiques d'intervention (la solidarité, l'assurance), si elle constitue une réalité, est naturellement porteuse de conflits. Car la solidarité mutualiste est fragilisée par la politique d'écrémage et de sélection des risques les moins lourds par les compagnies d'assurance. Leur politique tarifaire en est le reflet ; elles cherchent ainsi à attirer les populations jeunes et actives, délaissant au contraire, à travers de multiples artifices, les personnes âgées ou handicapées.

Un sondage réalisé par la Mutualité française a révélé que les effectifs de personnes âgées étaient supérieurs à leur part dans la moyenne nationale dans les effectifs mutualistes, très inférieurs à celle-ci dans les effectifs des compagnies d'assurance. La menace est réelle pour la Mutualité : la solidarité serait privée de toute substance si elle ne s'exerçait qu'au sein d'une population "exclue" des compagnies d'assurance. Nous reviendrons dans la seconde partie sur la réaction qui s'impose au monde mutualiste en réponse à cette menace.

La Mutualité a parfois été bousculée par le dynamisme commercial des compagnies d'assurance :

- des mutuelles d'entreprise ont parfois disparu à la suite d'accords collectifs conclus au niveau de la branche ou de l'entreprise avec une compagnie d'assurance, à la fois pour le complémentaire maladie et la prévoyance ;

- les compagnies d'assurance n'ont pas ménagé leurs efforts pour étendre leur activité en assurance maladie, par la multiplication de cartes santé, qui exercent une séduction non négligeable sur les assurés, alors que, la plupart du temps, le service rendu est identique à celui traditionnellement offert par les mutuelles (bénéfice du tiers payant par exemple).

Dans ce contexte, le problème majeur pour la Mutualité est de préserver sa spécificité, tout en diversifiant ses prestations et en concevant son développement à une échelle plus globale pour l'ensemble du mouvement : en d'autres termes, afficher son originalité, l'intégrer dans une démarche promotionnelle, bénéfique pour tout le mouvement.

Les débats autour du monopole de la couverture complémentaire maladie devant être dans l'esprit de ses partisans réservée à la Mutualité, étaient marqués par le développement de cette concurrence tous azimuts.

Pour certains, l'exclusion des compagnies d'assurance du champ de la santé, se justifie pour des raisons idéologiques : la logique du profit est par essence inacceptable dans ce domaine.

Les autres, sans pour autant méconnaître cet argument, redoutent avant tout les conséquences d'une situation de monopole : la Mutualité, institutionnalisée dans une intervention dont elle détient l'exclusivité, peut-elle préserver son indépendance ?

Les arguments juridiques inclinent du côté des opposants au monopole : le droit européen paraît s'exposer à l'exclusivité, car elle porterait atteinte à la liberté d'action des compagnies d'assurance. Sur le plan du droit français, on a vu précédemment que les compagnies d'assurance participaient à la gestion des régimes obligatoires ; difficile dans ces conditions d'interdire, pour la couverture complémentaire, ce qui est autorisé dans la couverture de base. La mise en place, dès 1990, d'un marché unique de l'assurance au sein de la CEE rend irréaliste toute solution rigide.

Mais la situation actuelle de concurrence dans des conditions non équitables, voire contestables, d'organismes de nature différente apparaît malsaine.

Aussi, tous les rapports préalables à la réforme du Code de la Mutualité en juillet 1985, ont-ils préconisé de mettre en place les conditions d'une concurrence loyale, et donc d'assainir, de "moraliser" les pratiques et de protéger les personnes qui veulent se prémunir contre les risques liés à la santé. Cette démarche qui à ce jour n'a pas abouti, a été reprise à son compte par la FNMF. Elle rejoint celle des partenaires sociaux qui négocient des accords dans les entreprises. La protection contre la maladie, l'invalidité, le décès, le vieillissement, dans la mesure où elle touche le corps humain, ne peut être traitée comme n'importe quel marché. Pour faire prévaloir les solutions qu'elle préconise, la Mutualité s'est imposée un patient travail d'explication auprès des partenaires sociaux comme auprès des individus. Les deux voies différentes de l'assurance et de la solidarité, au delà des techniques et des politiques de tarification, ouvrent un choix qui à bien des égards rejoint un choix de société : la cohésion de groupe ou le chacun pour soi.

2.2. Le rôle social de la Mutualité face aux enjeux de la modernisation

Si la distribution des prestations n'a jamais constitué l'axe unique des interventions de la Mutualité, bien évidemment elle mobilise la majeure partie de ses ressources provenant, il faut le rappeler, des cotisations de ses adhérents. Son identité tient à ses valeurs et à une stratégie originale dans le monde de la santé, dont la préservation dans un contexte concurrentiel devient un enjeu majeur. Les diverses facettes du rôle social de la Mutualité permettent de donner la mesure de la dimension qualitative de son action. Mais dans un monde qui change, la spécificité ne peut être synonyme d'immobilité. Nous essaierons donc de situer les grandes options qui déterminent l'avenir de la Mutualité Française, aux lendemains d'un congrès dont se fut la préoccupation essentielle.

2.2.1. La dimension sociale de l'action mutualiste

L'objectif premier qui donne tout son sens à l'action mutualiste a été et reste de favoriser l'accès aux soins de ses membres, quelle que soit leur condition sociale. Une de ses acquis est précisément d'avoir contribué à diffuser très largement dans toutes les couches de la société le modèle de la consommation de soins qui fut longtemps l'apanage des seuls cadres moyens et supérieurs : une plus grande attention aux soins à visée préventive, par un accès très large à la médecine de première ligne, générant ensuite (toutes choses égales par ailleurs) un moindre recours à

l'hospitalisation. Plusieurs études sont venues corroborer ce recours "plus rationnel" des mutualistes au système de soins.

Ce rôle, en quelque sorte pédagogique, a parfois été reproché à la Mutualité accusée de favoriser une "surconsommation" médicale. Cet effet d'optique résulte souvent d'une prise en compte exclusive de la consommation de soins ambulatoires et d'un "oubli" des dépenses hospitalières ainsi évitées.

Si certaines catégories défavorisées ont peu accès à la Mutualité (alors qu'elles en auraient le plus grand besoin), cette situation de fait ne saurait être reprochée au mouvement mutualiste dont l'action repose sur l'initiative volontaire et suppose un effort contributif qui, même modeste, reste insupportable pour certains. Ceci ne signifie pas que la Mutualité soit indifférente aux problèmes posés par la mutualisation des catégories défavorisées ; un effort non négligeable a ainsi été accompli pour maintenir la couverture mutualiste de chômeurs en fin de droits. Mais il ne peut être résolu par le recours aux seules capacités contributives des mutualistes, sans financement direct de la part de la collectivité nationale.

La volonté de favoriser l'accès de tous aux premiers soins apparaît notamment dans le rôle joué par les mutuelles dans la diffusion des procédures dites de "tiers-payant", où les assurés n'ont pas à faire l'avance des frais pour le paiement de leurs soins. Au delà des cas prévus par la réglementation (accidents du travail, maternité, hospitalisation notamment) par voie d'accords avec les professions de santé, ces procédures permettent par règlement direct aux prestataires de soins, d'éviter que l'obstacle financier ne vienne interférer dans la décision de recourir aux soins (honoraires, pharmacie ...). De proche en proche, de tels accords se sont étendus, que ce soit ou non à l'initiative de la Mutualité ; en particulier dans la mesure où les professions de santé ont compris le parti qu'elles pourraient tirer de ce moyen pour solvabiliser leur clientèle. Les cartes santé des compagnies d'assurance sont une bonne illustration de l'utilisation à des fins commerciales, d'un service à l'origine social.

La part prise par la Mutualité dans le développement d'une politique de prévention et d'éducation sanitaire fournit une illustration différente de ce rôle pédagogique joué par la Mutualité à l'égard de ses adhérents. La prévention, l'information des mutualistes et des assurés sociaux sont des moyens privilégiés pour tenter de peser sur les comportements dans l'optique d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Symboliquement, depuis 1980, chaque adhérent mutualiste verse quatre francs par an pour le financement d'actions de prévention. Une partie du fonds national ainsi constitué est redistribuée aux groupements mutualistes pour des actions locales décentralisées, par hypothèse là où peuvent le mieux être appréciés les besoins. Une seconde partie finance des actions nationales en partie dans le cadre d'une association, créée et gérée partitairement par la CNAMTS et la FNMF. En matière de prévention, la ligne de conduite choisie consiste à évaluer (parfois avec difficulté) l'efficacité des actions expérimentées au plan local ou national, et donc de permettre à tous, en particulier aux pouvoirs publics, de disposer des éléments d'appréciation en vue d'une application plus large.

De par le Code de la Mutualité, les mutuelles ont également la faculté de créer et gérer un large éventail de réalisations sanitaires et

sociales de nature très diverse : pharmacies, centres médicaux ou dentaires, centres d'optique, cliniques et services d'hospitalisation ou de soins à domicile, maisons de retraite, établissements pour handicapés etc... Ces réalisations concrétisent le poids que la Mutualité entend exercer à l'égard de la distribution des soins. Les groupements mutualistes ayant la possibilité par ce biais, non seulement de financer certains soins mais aussi de gérer directement les structures susceptibles de répondre aux besoins de santé de leurs adhérents, dans des conditions jugées optimales de prix et de qualité, ces établissements offrant par ailleurs le bénéfice du Tiers-Payant. En dehors de cette dimension de "service" aux adhérents, ces réalisations mutualistes constituent un moyen de pression non négligeable auprès du secteur libéral des professions de santé, en particulier là où l'intervention de la sécurité sociale est notoirement insuffisante (optique, soins dentaires), ce qui explique l'hostilité certaine qu'elles rencontrent de la part des professions libérales et les obstacles politico-administratifs souvent opposés à leur création. Les tarifs qu'elles pratiquent peuvent servir de référence et ne sont pas sans influence sur les dérives tarifaires concentrées dans le secteur lucratif.

Les réalisations mutualistes sont également un instrument de négociation avec les mêmes professions de santé : les objectifs mutualistes (fixer des tarifs respectés correspondant à des prestations de qualité) peuvent être atteints par voie d'accords conventionnels ; à défaut d'accord, les centres mutualistes répondront à ces objectifs. Pour autant, la Mutualité n'a jamais eu pour ambition de couvrir le territoire national de structures de soins mutualistes, mais de donner des impulsions au système de soins dans le sens de la prise en compte de ses préoccupations, et donc de contribuer à la maîtrise des coûts de santé.

Cet aspect de la maîtrise des coûts est tout à fait décisif dans la stratégie de la Mutualité à l'égard du système de soins. Un exemple peut l'illustrer : un accroissement des remboursements mutualistes sera bien souvent inopérant, s'il n'est pas accompagné d'une réelle maîtrise des tarifs sur lesquels sont calculés ces remboursements. A défaut, bien souvent, la croissance des remboursements (en matière d'honoraires médicaux par exemple) ne fera qu'alimenter et encourager l'augmentation des tarifs pratiqués par les professions de santé dont les malades supporteront les conséquences. Ceci explique l'importance que revêt pour la Mutualité, la notion de tarifs respectés et négociés, puisque c'est la base de leurs remboursements.

La défense des consommateurs de soins constitue donc un aspect important de l'action mutualiste. Porte parole des intérêts des usagers de la santé et de la protection sociale, la Mutualité a été amenée à plusieurs reprises ces dernières années, au nom même de ses valeurs, à mener des campagnes d'opinion en faveur du maintien d'une protection sociale de haut niveau comme garantie essentielle de l'accès aux soins pour tous, mutualistes ou non.

De même, la campagne réalisée sur les disparités de prix entre médicaments identiques vise à montrer que des économies pouvaient être réalisées au bénéfice du consommateur comme des organismes de protection sociale, sans réduction corrélative des garanties collectives.

Les mutualistes sont en effet bien placés pour apprécier les conséquences dans leur budget d'une réduction de la couverture sociale obligatoire. Les nouveaux arbitrages cotisations/prestations qui en

découlent leur permettent de sentir le prix de chaque prestation accordée et son coût nécessairement plus élevé dans le cadre d'une solidarité volontaire, de groupe, que dans la solidarité générale. La défense de la protection sociale ne se confond pas pour autant avec la défense de l'institution mutualiste ; après tout, chaque recul de la sécurité sociale renforce son poids et son importance. C'est au contraire le mouvement social qui se manifeste et mobilise autour de lui ses adhérents. Ce rôle est si bien compris que la Mutualité Française est largement reconnue comme partenaire social représentatif pour tout ce qui concerne la protection sociale.

2.2.2. Les grands enjeux stratégiques pour l'avenir

Désormais, la Mutualité est entrée dans l'économie de marché. Comme bien d'autres secteurs d'activité économique, elle est exposée aux aléas d'un environnement chargé d'incertitude. Il lui faut apporter la preuve, en surmontant les défis qui s'imposent à elle, qu'elle n'est pas une tradition conviviale mais passéiste, qu'elle sait s'adapter comme elle le fit lors de l'instauration de la sécurité sociale, surtout qu'elle est capable de définir un projet, une ambition à la mesure du rôle que la Mutualité entend jouer dans la société française.

Plusieurs aspects de ces défis qui appellent une prise de conscience, un sursaut de la Mutualité tout entière, ont déjà été suggérés :

A. La technologie tout d'abord

C'est-à-dire cette course à la productivité et à l'efficacité qui bouleversera ses méthodes de travail et les qualifications de ses salariés ; une difficulté supplémentaire s'imposera à elle pour maintenir les relations privilégiées qu'elle entretient avec ses adhérents.

Si ces technologies nouvelles (bureautique, télématique, informatique de réseau ...) sont maîtrisées, elles sont porteuses d'une amélioration du service rendu aux mutualistes, et pour les mutuelles, d'une réduction de leurs coûts de gestion. Par conséquent, inévitables, elles également lourdes de menaces pour ceux qui ne sauront pas s'adapter au changement, ou qui n'auront pas les moyens d'assumer les investissements nécessaires.

B. La concurrence ensuite

Les compagnies d'assurance ont trouvé avec les couverture complémentaire maladie ou vieillesse, un marché aux perspectives prometteuses : le besoin de sécurité ne se dément pas avec la crise et l'on peut prévoir dès maintenant que la santé sera la premier poste de la consommation des ménages d'ici l'an 2000. Parviendra-t-on à maintenir le niveau de prise en charge sociale de besoins en croissance aussi rapide ? Certains en doutent, nourrissant de ce fait une spéculation dangereuse sur le sort des régimes de protection sociale.

Ce nouveau marché offre également aux compagnies d'assurance le moyen de toucher une clientèle plus large pour diffuser l'ensemble de leurs

produits. Ce sont donc en particulier les catégories jeunes et solvables qui sont l'objet de leurs sollicitations. Les mutuelles ne sont pas toutes préparées à une concurrence débridée. Certaines, jalouses de leur zone d'influence, redoutent bien davantage la concurrence des mutuelles voisines, par habitude ou par inconscience.

La perspective du marché unique européen en 1992 renforcera sans aucun doute la pression de cette concurrence. La liberté d'installation des compagnies européennes existe déjà, mais en 1992, le principe de la "libre prestation de services" permettra à une compagnie d'assurer un risque dans un autre pays membre sans y être installée.

De plus, cette liberté se limitera aux entreprises d'assurance ; les mutuelles comme les institutions de prévoyance, qui sont des particularités françaises, seraient exclues de son champ d'application. Il leur faudra donc trouver des formes nouvelles pour prolonger leurs activités en Europe.

La concurrence est d'autant plus menaçante qu'elle ne s'exerce pas à armes égales. Les mutuelles redoutent à juste titre le vieillissement de leurs effectifs qui résulte d'un écrémage systématique des "bons risques" par les assurances, leur laissant la charge des catégories les plus fragiles, empêchant ainsi le jeu normal de la solidarité entre les malades et les biens portants, jeunes et personnes âgées. Ce danger ne serait pas écarté si les mutuelles se lançaient dans une course poursuite pour calquer leurs pratiques sur celles des compagnies d'assurance. La perte d'identité qui en résulterait ne leur apporterait qu'un répit temporaire.

Sans doute faut-il chercher des systèmes nouveaux de compensation, pour que les "mauvais risques" ne soient pas exclus de la couverture complémentaire. Car le problème posé est réel et bien connu des gestionnaires de l'assurance maladie : la demande de soins est concentrée sur un petit nombre d'assurés (10 % d'entre eux reçoivent 70 % des remboursements), surtout âgées (les plus de 60 ans bénéficient de la moitié des remboursements alors qu'ils représentent 18 % de la population). En ce sens, l'émiettement des structures mutualistes est une cause supplémentaire de fragilité aux évolutions démographiques.

Toutes ces réflexions amènent également des interrogations nouvelles de la part des mutuelles, sur le sens de leur action et sur les solidarités qui s'exercent en leur sein du fait des transferts qui s'opèrent par les cotisations et les prestations.

Traditionnellement, ces transferts bénéficiaient dans une proportion importante aux personnes âgées : cotisations minimales, en plus de la distribution des prestations évoquées plus haut. Or ces personnes âgées disposent souvent de revenus plus importants et surtout plus stables que bon nombre d'actifs et de jeunes, dont par ailleurs, les mutuelles ont le plus grand besoin pour leur équilibre démographique. Un autre problème récurrent est celui des garanties à maintenir aux chômeurs : en ce sens, une action d'envergure a été réalisée par la FNMF depuis deux ans en faveur des chômeurs en fin de droits.

Les désengagements successifs de l'assurance maladie obligatoire, posent également le problème de la progression du coût des garanties mutualistes. Car face au dilemme augmentation des

cotisations/réduction des prestations, c'est le plus souvent la première voie qui finit par l'emporter, bien qu'avec d'extrêmes variations dans la définition exacte des prestations. De telles augmentations ne sont pas sans limites, et ne sont pas nécessairement supportables pour tous à l'infini. Une évolution vers la diversification des prestations mutualistes peut constituer une solution, à condition toutefois de préserver la solidarité au sein du groupe mutualiste.

Faut-il en effet offrir à tous les membres d'un groupement des prestations identiques ou un éventail de formules entre lesquelles le choix individuel des mutualistes peut s'exprimer ? La deuxième option présente l'avantage de mieux cibler les besoins, de mieux répondre aux aspirations de tous.

Fidéliser l'adhésion mutualiste dès le plus jeune âge est tout aussi indispensable. Il s'agit également d'éviter les situations douloureuses dans lesquelles se sont retrouvées sans couverture mutualiste les personnes âgées, victimes du Plan SEGUIN. A cet égard, ce n'est pas trahir la solidarité que de privilégier les mutualistes de longue date par rapport aux adhésions tardives.

La spécificité de la Mutualité tient également pour une large part à la dimension "sociétale" qu'elle a souhaité donner à son action. Elle a d'une façon générale, un rôle fondamental à jouer dans l'innovation, l'expérimentation de nouvelles pratiques de santé, sans oublier la dimension essentielle de l'évaluation de leur efficacité et de leur coût. Pour ce faire, elle dispose de l'atout important qui consiste à pouvoir jouer à la fois sur des prestations financières et des prestations directes de services de santé, entre lesquelles des synergies nouvelles doivent être recherchées : constitution de réseau de soins coordonnés, par exemple. Son rôle d'assureur complémentaire n'est pas incompatible avec une intervention régulatrice par rapport au système de soins. La Mutualité a une vocation naturelle par ses réalisations à être l'un des acteurs de la politique de santé de demain.

Toutes ces mutations de la Mutualité comme de son environnement sont loin d'être arrivées à leur terme. Une chose est sûre : le temps du repli sur soi de chaque mutuelle est dépassé. Nous entrons dans une ère nouvelle où le sens de l'organisation du mouvement tout entier, la professionnalisation de sa gestion, revêtent une importance primordiale.

Sa visée humaniste peut lui permettre de ne pas être un simple objet, bousculé par les lois du marché. Son potentiel de militants n'est pas le moindre de ses atouts, au moment où la préservation de son identité et de ses valeurs représente sa meilleure arme face à la concurrence.

3 - ACTION SUR LA DEMANDE, COÛTS ET FINANCEMENTS : MAINTIEN DES SPECIFICITES ET RECHERCHE DE L'EFFICACITE

Remerciements

Ils sont adressés à Hughes Feltesse, Directeur général de l'UNIOFSS. Les quelques réflexions qui suivent doivent beaucoup à sa connaissance approfondie des associations des secteurs sanitaire et social, des enjeux et débats qui déterminent leur développement. C'est très aimablement qu'il nous les a longuement exposés pour nourrir notre réflexion. Qu'il en soit ici remercié.

Confrontés à une évolution quantitative et qualitative de la demande, les organismes producteurs ne peuvent penser leur développement en termes purement quantitatifs (plus de prestations, plus d'équipements), une croissance quasi-continue asséchant des ressources limitées. Qu'ils assurent principalement des transferts monétaires ou des prestations de services, les producteurs de l'économie sociale ne peuvent faire l'économie d'une action sur la demande. Celle-ci passe par une gestion active des relations avec leur environnement : usagers/bénéficiaires (in fine "l'opinion publique"), partenaires institutionnels, concurrents relevant d'autres secteurs socio-doctrinaux. Elle interfère directement sur les caractéristiques de l'offre et les besoins en financements nécessaires. En retour, les contraintes imposées par les financeurs extérieurs et par l'adoption de méthodes internes de gestion modèlent les possibilités d'adaptation des organismes aux besoins sociaux révélés.

Mutuelles et associations intervenant dans le champ de la protection sociale sont donc soumises à des forces souvent contradictoires : des références doctrinales qui les situent naturellement au coeur des principes de solidarité et d'assistance, des contraintes de producteur soumis comme tout agent économique à la validation sociale de ses produits, une structure des ressources qui les rendent plus ou moins dépendants de logiques externes. Le mode de réponse adopté par la Mutualité a déjà été largement développé dans la partie précédente. Il sera alors surtout traité ici de la dynamique associative. Mais pour l'une et l'autre de ces "familles" de l'économie sociale, l'enjeu stratégique est identique : comment conserver, et valoriser, la spécificité "économie sociale", qui les réunit, dans la nouvelle donne caractérisant l'avenir de la protection sociale ?

3.1. Action sur la demande et adaptation des moyens : le poids de l'extérieur

Adapter produits et moyens suppose, dans le champ de la protection sociale, une double capacité : capacité à maîtriser l'évolution **prévisible** de la demande, en l'anticipant et en l'orientant, et capacité à gérer le **résidu** imprévisible. La première résulte le plus souvent d'une démarche contradictoire. Jouant, par vocation, un rôle de repérage de nouveaux besoins, de "révélateur" des risques sociaux, mutuelles et associations contribuent directement à constituer une demande **révélée** à partir d'une perception privilégiée de la demande **potentielle**. Autrement dit, elles contribuent à l'élargissement et la complexification du champ même de la protection sociale. L'histoire confirme notamment le rôle déterminant joué par l'économie sociale pour faire passer du domaine privé (familial ou caritatif) au domaine collectif la prise en charge de nombreux handicaps physiques et sociaux. Mais contribuer à adapter le champ institutionnel de la protection sociale à l'évolution des risques individuels encourus n'implique nullement la capacité propre d'y répondre par une offre correspondante.

En effet, l'évolution et l'amplification des risques sociaux sont induites par les transformations en cours du système productif et des rapports sociaux (Cf. 1.1.). Ces "reconversions" (variantes : modernisation, redéploiement, adaptation, etc.), si elles génèrent inadaptations et détresses individuelles, sont aussi source d'un enrichissement social qui bénéficie à d'autres catégories et individus. La dimension prévisible de ce processus ("Les investissements d'aujourd'hui font les profits et les exclus de demain ...") est alors du domaine de l'arbitrage politique, ou à tout le moins de la négociation collective entre les grands partenaires sociaux. Le processus qui conduit à faire prendre en charge par la protection sociale les risques récurrents ne relève donc pas des seuls organismes qui repèrent les situations provoquées par ces risques et y font face.

En termes de financements et de spécification des produits, la situation des producteurs de l'économie sociale est voisine. Ils restent en effet largement tributaires d'agents extérieurs, en particulier des administrations publiques (au sens des comptes nationaux, c'est-à-dire intégrant les organismes de sécurité sociale) : ils agissent complémentaiement à celles-ci dans l'octroi de prestations sociales ou de services sociaux, ils sont contrôlés et/ou financés par celles-ci dans le cadre de missions reconnues d'intérêt général (quelle que soit la forme contractuelle de cette reconnaissance).

Par ailleurs, la population des sociétaires, membres, adhérents, etc, des organismes n'est pas automatiquement en phase (ni représentative) avec celle que concernent des nouveaux besoins repérés, pas plus qu'elle n'est spontanément consciente des choix et arbitrages qui s'imposent pour y faire face.

La maîtrise de l'évolution de la demande requiert donc une politique active dès lors qu'il ne s'agit pas d'investir un marché de biens et services où la sanction "naturelle" est le développement ou la disparition du produit, mais plutôt de répondre à des besoins socialement reconnus pour lesquels la sanction directe est la satisfaction de l'utilisateur plus que son déplacement vers une offre alternative. Politique active en

direction du public et de la "clientèle" potentielle, politique active en direction des pouvoirs publics, politique active en conservant coûte que coûte le développement de pratiques originales, au besoin financées initialement sur les seules ressources propres. Ces pratiques, comme l'ont montré les précédentes contributions et les précédents chapitres de celle-ci, ont d'abord une fonction d'expérimentation sociale ou de "témoignage" ("il est possible de faire autrement et mieux"), avant d'être reconnues institutionnellement et de faire alors éventuellement l'objet des financements externes nécessaires à leur extension.

3.2. La Mutualité dans le compromis institutionnel

Financement et gestion du système de sécurité sociale résultent d'un compromis institutionnel⁶, lié aux tensions centrifuges et centripètes qui caractérisent la dynamique du système : tendances à l'unification et à la norme (unification des régimes, compensation, instauration de normes publiques), tendances à l'individualisation et aux particularismes (liberté d'affiliation, dissociation des régimes). Le mouvement mutualiste n'est pas à l'écart de cette dualité : forme privée et volontaire d'assurance sociale, il participe pourtant pleinement à la régulation d'ensemble du système et reprend à son compte les valeurs de solidarité collective qui le sous-tendent⁷.

Pour la Mutualité, l'action sur la demande reste alors surtout une action à l'intérieur du système de sécurité sociale sur le risque maladie et sa couverture. Les variables déterminantes en sont l'évolution des dépenses de santé et le mode de prise en charge collective de celles-ci. Tout en adaptant sa gestion des prestations complémentaires aux glissements des remboursements "maladie", la Mutualité est ainsi conduite à formuler des propositions générales vis-à-vis de la sécurité sociale et des divers praticiens de santé, éléments essentiels de régulation externe.

Vis-à-vis du système de sécurité sociale, les organisations mutualistes se comportent en partenaires, mais en partenaires vigilants : elles militent pour son nécessaire maintien dans les principes de solidarité et de redistribution qu'elles partagent, tout en demandant à la collectivité et ses représentants politiques la consolidation des ressources du système (notamment par l'élargissement de l'assiette des cotisations) et l'extension du contrôle sur les dépenses prises en charge. Agir sur la demande passe en effet par la recherche de solutions durables dans l'organisation de la distribution des soins de santé, le contrôle et la maîtrise de leurs coûts - sous peine de ne pouvoir sortir de la spirale de court terme, augmentation des prestations, augmentation des cotisations. Le mouvement mutualiste est simultanément porté à une réduction des dépenses, comme partie prenante dans le financement de la protection sociale, et promoteur de la qualité des soins médicaux, du fait de sa représentativité sociale et de ses choix doctrinaux. Il propose alors une évaluation des pratiques médicales et de la rémunération des praticiens, il est le promoteur de la prise en charge hors milieu hospitalier des personnes âgées dépendantes, il expérimente sur une échelle large les

⁶ - Cf. Robert Delorme in "L'Etat et l'Economie" - Seuil - Paris 1983

⁷ - Cf la partie 2 de la présente contribution.

avantages d'une liaison prévention soins curatifs. Autrement dit, la mutualité entend jouer sur les marges en amont de la chaîne des remboursements et sur l'innovation socio-médicale pour maintenir, et améliorer la qualité globale des soins de santé sans mobiliser sans cesse de nouvelles ressources.

A l'égard des **praticiens de santé**, les principes de l'action mutualiste sont voisins. Elle s'exerce vis-à-vis de la médecine de ville avec l'établissement de conventions tarifaires, avec une intervention sur le choix des prescriptions par une campagne de sensibilisation/information très "consumentiste" (et non par une démarche autoritaire). Parallèlement, elle se renforce (seule ou associée) comme producteur de soins et distributeur de biens médicaux, et coordonne des initiatives alternatives à l'hospitalisation, au placement et à différents soins ambulatoires.

Dans le cadre d'un système de solidarité collective (complémentaire maladie, prévoyance), la Mutualité demeure encore positionnée complémentaiement à la sécurité sociale. Cette fonction complémentaire est en partie convoitée par les assureurs "marchands". Les spécificités des interventions et les conditions de cette concurrence ont été amplement développées dans la partie précédente. Reste que la spécificité mutualiste est mise en question par des évolutions qui touchent au champ même de la protection sociale. En matière d'assurance maladie, les assureurs "marchands" proposent des produits souvent spécialisés (risques accidents/loisirs) ou périmédicaux (garde d'enfants malades à domicile). Mais ils visent également des prestations complémentaires (soins dentaires, lunetterie, etc) parmi les plus délicates à gérer dans une optique d'assurance collective : jusqu'où la solidarité doit-elle s'exercer quand interviennent des références "floues" comme l'esthétique, le confort, etc ? Au delà, des assurances privées tendent à limiter, voire à éliminer, les conditions médicales d'accès aux garanties qui prévalaient auparavant, tout en se dotant de systèmes d'analyse des dépenses de santé de leurs assurés qui visent à optimiser le rapport primes/prestations.

Privilégiant souvent les contrats de groupes, visant prioritairement les catégories les moins directement bénéficiaires des principes redistributifs (adultes jeunes, cadres et professions à moyens et hauts revenus), les assurances privées peuvent mettre à l'épreuve le mouvement mutualiste dans son efficacité gestionnaire (effets d'échelle et rentabilité analytique des produits) comme dans ses principes de solidarité collective. Le mouvement mutualiste constitue certes un ensemble considérable au regard de la population des adhérents, mais il est composé d'unités de tailles très diverses gérant des risques d'ampleur inégale (proportion de personnes âgées, de cotisants ou personnes protégées à revenus faibles, etc.), sans que la redistribution des ressources et des charges soit complètement exercée entre ces unités.

D'un côté des incertitudes sur le taux de couverture des dépenses par la sécurité sociale, de l'autre la volonté commerciale des assureurs qu'amplifiera vraisemblablement l'unification européenne de 1993 ; la Mutualité doit rendre compatibles son mode d'organisation (géographique et professionnel) et de fédération, une économie de gestion sensible aux effets d'échelle, et l'attachement de ces adhérents au système des prestations complémentaires. Ceux-ci envisagent par exemple moins douloureusement un alourdissement supplémentaire des cotisations plutôt qu'une diminution des prestations !

La spécificité "économie sociale" de la pratique mutualiste ne réside pas dans le "créneau" de la complémentaire maladie ou prévoyance : ni le produit ni l'activité ne sont par nature "à vocation sociale", "non marchands" ou "sans but lucratif" ... L'arrivée (ou plutôt le retour) d'acteurs divers animés par de stricts soucis de rentabilité et de profitabilité n'est nullement illégitime ou contre-nature. Elle n'est que la manifestation de l'extension de la sphère marchande à l'ensemble des services. La spécificité mutualiste s'affirmera à travers un processus de différenciation -en segmentation- de l'offre de services : la dimension sociale, les principes solidaristes marqueront le couple "catégories de bénéficiaires/conditions d'octroi des prestations" en singularité par rapport à ceux des autres producteurs.

3.3. Les associations entre gestion de la demande et normes publiques

Les administrations publiques ne "s'interposent" pas directement entre les mutuelles et la demande qui s'y adresse, elles ne sont pas pour l'essentiel leurs financeurs, elles ne contrôlent pas directement leur production et leurs résultats⁸. Elles sont dans une relation beaucoup plus étroite avec les associations des secteurs sanitaire et social, en ce qui concerne la régulation externe de celles-ci. Par nature, les administrations publiques sont les prescripteurs et les garants de l'intérêt général, souvent assimilé à l'intérêt public. Ainsi, la reconnaissance, de fait ou de droit, du caractère d'intérêt général des services produits par l'association conditionne largement sa capacité à mobiliser des ressources, qu'il s'agisse de financements publics directs (subventions), de la prise en charge sur fonds publics du paiement des services produits (tiers payant) ou de la latitude laissée à l'association d'accéder à des ressources privées (reconnaissance d'utilité publique, etc.).

La dynamique associative face à la demande est fréquemment une externalisation de celle-ci : l'association fonde son projet initial et sa production à partir d'une demande directe de ses membres, puis se place progressivement dans une relation offre/demande vis-à-vis d'usagers extérieurs, ceux-ci étant ou non les "clients" de l'association, c'est-à-dire les individus qui choisissent l'institution parmi une offre concurrentielle. L'offre associative se caractérise donc, dans la plupart des activités, à la fois par l'existence d'une concurrence face à la demande sociale et par une logique de production de services "sans but lucratif" qui déplace en théorie l'arbitrage de l'utilisateur du prix du service vers la qualité du service. En théorie, car la qualité du service produit est parfois difficilement appréciable par le "client", soit qu'il n'en soit pas l'utilisateur direct (ex. : famille plaçant une personne âgée en maison de retraite), soit que le service soit complexe à identifier parce que trop diversifié (ex. : ligue nationale contre le cancer) ou trop "éloigné" du "client" (ex. : aide dispensée par les ONG.). Pourtant, ce sont bien la souplesse et la capacité d'adaptation qui caractérisent les associations comme producteurs : réaliser un nouveau service face à un besoin nouveau, le faire évoluer hors normes, s'autoriser le "sur mesure", l'expérimental.

⁸ - L'agrément administratif est toutefois requis pour bien des œuvres sociales des mutuelles. Cf la "Saga" des pharmacies mutualistes avec l'action intense du lobby pharmaceutique sur les pouvoirs publics !

De telles caractéristiques spécifient l'offre associative vis-à-vis de l'intervention publique (contrainte par la règle administrative et le principe d'égalité de l'utilisateur) et du producteur à but lucratif (une politique des prix cherchant la maximisation des profits est plus sensible aux effets de série).

Il serait toutefois utopique de conférer aux associations une adaptabilité quasi totale aux variations de la demande. Les contraintes qui les régissent et les entravent se situent surtout dans le financement de leur activité et ses incidences sur leur gestion. La plupart des associations intervenant dans le champ de la protection sociale ont en effet une structure de ressources telles qu'elles sont largement soumises à une logique externe : celle du financeur principal constitué des organismes publics. La confrontation entre cette logique des institutions publiques, "à financement socialisé, gestion publique", et celle des associations productrices, "l'adaptation à la demande suppose l'autonomie du producteur", se révèle dans les faits un processus complexe. D'abord une toile de fond : la crainte "historique" de la part des oeuvres privées d'être phagocytées par l'administration et d'y perdre leur identité. Ensuite une évidence : au delà d'une phase d'expérimentation, la continuité du service produit, comme son extension et son amélioration, requièrent l'allocation de ressources externes de fonctionnement et d'équipement, s'agissant de productions par nature peu rentables sur un marché "social". Dès lors, la complémentarité conflictuelle entre producteur et financeur se matérialise dans l'évaluation du service produit et dans les droits et devoirs qui en découlent pour chaque partie.

Un premier paramètre caractérise la prestation fournie par l'association au regard des obligations incombant aux administrations publiques : s'il s'agit d'une prestation découlant d'un droit établi, la demande détermine presque strictement l'offre, celle-ci s'imposant au financeur public tenu d'honorer des droits dûment constatés des usagers. Une telle "régulation" s'apparente alors à ce qui a été précédemment esquissé à propos des mutuelles : c'est l'action globale en amont, exercée sur le niveau de la demande sociale et sur les choix opérés par les administrations de sécurité sociale et les collectivités publiques, qui détermine à la fois le volume de l'offre et le niveau des prix administrés correspondant à la prise en charge par le financeur.

Par un paradoxe apparent, le traitement économique de cette production de services associatifs, réalisée en concession de service public ou d'un intérêt général suffisamment établi pour être financé en tiers payant (assurance maladie ou action sociale par exemple) a longtemps hésité entre marchand et non-marchand. La production de ces services, comptabilisée comme recette de l'association (chiffre d'affaire) et comme paiement des services consommés par l'utilisateur, constitue pour le financeur le paiement d'une prestation sociale. Le système des prix de journée a, dans bien des cas (hospitalisation privée participant au service public, puis partiellement au secteur médico-éducatif et hébergement de personnes âgées), laissé la place à celui du budget global sans que soit substantiellement modifiée la relation économique entre producteur, consommateur et financeur. L'allocation de ressources au producteur ne constitue pas par elle-même un élément régulateur de la demande (en volume) puisqu'elle correspond à la prise en charge, en principe au coût réel, d'une consommation de services non réellement maîtrisée. La régulation financière s'exerce plutôt via la norme tarifaire, équivalent explicite (prix de journée) ou implicite (budget global) d'un prix unitaire.

La prise en charge, a posteriori, par un "tiers" public de la vente des services n'est pas le seul mode pour lequel le financeur externe est conduit à évaluer le prix du service rendu par le producteur. L'évaluation caractérise aussi dans de nombreux cas le mode subventionnel "a priori" (c'est-à-dire avant réalisation de la production). Au-delà de la première caractéristique examinée ci-dessus qui situe le service produit par rapport à une notion de mission de service public, la confrontation de logiques s'exprime en effet dans la relation formalisée liant financeur public et producteur privé à but non lucratif. Les subventions, par leur caractère forfaitaire et limité du point de vue du financeur, contribuent à réguler l'offre du producteur. Les modalités qui fixent leur montant sont diverses. Celui-ci peut être arrêté unilatéralement par le financeur, sans référence directe et proportionnée au projet et aux moyens nécessaires (ex. : subvention d'équilibre à un club de personnes âgées). Il peut être fixé après une évaluation négociée des objectifs et des moyens (ex. : subvention à un centre social). Il peut être déterminé en référence à un coût et à un nombre d'unités produites (heures ou journées) comme pour les prestations de garde d'enfants ou d'aide à domicile financées par les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses. Mais dans tous les cas, le financeur est tenu budgétairement de limiter l'enveloppe attribuée au producteur, même en cas de dépassement non prévu de la demande. L'adaptation de l'offre est alors fonction de la possibilité donnée à l'association de compléter ses ressources d'origine non publiques ou de comprimer le coût des facteurs. D'où l'importance croissante des procédures d'évaluation et des contraintes internes de gestion quand l'allocation de ressources se raréfie.

3.4. Evaluations des produits et maîtrise des coûts

En face d'une croissance des dépenses de protection sociale, la réaction logique du financeur est de rechercher, ou d'exiger, une maîtrise relative des coûts de production et l'évaluation de l'efficacité des actions. Les producteurs font leurs de tels objectifs, mais sont également soucieux de conserver leur indépendance institutionnelle et leurs capacités d'expérimentation, qui comportent des risques d'échecs ou de dérives financières. Le débat peut alors se focaliser sur le **type de normes** imposées par le financeur/contrôleur et sur la **transparence dans le fonctionnement** de l'unité productrice qu'elle est tenue de garantir en retour aux bailleurs de fonds. Les producteurs cherchent en outre à accéder à d'autres modes de financement plus "banalisés". Ceux-ci leur permettent d'échapper partiellement aux contraintes du financement public, mais peuvent les obliger à rémunérer les financeurs, ou à tout le moins, à garantir à ceux-ci la "bonne" utilisation de leurs apports et/ou leur remboursement.

Dans bien des cas, l'évaluation de l'efficacité des services rendus n'est garantie ex ante que par l'instauration de normes techniques et financières. Les premières s'appliquent tout particulièrement aux associations attributaires d'une concession de service public mais tendent à se généraliser : normes de qualification du personnel sanctionnées légalement (exigences de diplômes) et requises dans les différents secteurs de l'action sanitaire et sociale, normes concernant locaux et équipements. Les normes financières, déjà abordées ci-dessus, tendent également à se généraliser dans les diverses activités. Elles établissent un coût reconnu du service auquel correspond un financement équivalent. Si la procédure est

assez simple pour des prestations horaires ou journalières individuelles, elle devient difficile à maîtriser pour des prestations plus complexes qui correspondent pourtant à l'évolution des produits mentionnée dans les paragraphes précédents (Cf. 1.1.). Les normes à la journée n'ont alors plus grand sens et peuvent induire des effets pervers dénaturant le service rendu et inflationnistes pour le financeur. D'où la mise en oeuvre progressive de la méthode du budget global, dont le caractère incitatif pour la gestion des services et leur amélioration est trop souvent obéré par l'application de taux directeurs uniformes. On peut se demander si, à terme, une tendance à fixer des normes financières très analytiques, du type des coûts par pathologie dans l'hospitalisation ou des coûts par unité d'activité produite dans le médico-social, ne risque pas de se développer. L'évaluation globale du service rendu serait alors très difficile dans l'optique d'une "satisfaction des besoins" de l'utilisateur qui prévaut pourtant encore comme critère d'efficacité en matière de protection sociale.

La régulation par l'objectif peut apparaître comme une alternative positive aux rigidités induites par de telles procédures. Elle se concrétise le plus souvent par la négociation d'une convention entre financeur et producteur de services sociaux. Ce dernier est engagé dans ce contrat sur un projet et la mise en oeuvre de moyens. En principe, l'efficacité de la subvention accordée peut alors être évaluée au regard des résultats obtenus. L'établissement d'une convention suppose toutefois que le projet interne de l'association consitue en même temps un objectif négociable. Comme le souligne le CNVA dans un rapport récent⁹, "les critères qui devraient permettre de choisir entre subvention "simple" et subvention soumise à une convention combinent le montant de l'aide financière, la répétition et la continuité de l'action et la capacité à s'engager sur des objectifs". En particulier, il est nécessaire que le producteur puisse définir et chiffrer ses objectifs, ce qui n'est pas toujours possible, soit qu'il s'agisse de pratiques expérimentales, et par là même hasardeuses, soit qu'il s'agisse de prestations diffuses, nommées "Aides à l'animation" par le CNVA. Dans les deux cas, un financement doit être garanti en dehors de toute possibilité de fixation ex ante d'objectifs et de résultats quantifiables.

Si elle n'est pas totalement généralisable, la procédure conventionnelle n'en constitue pas moins un instrument essentiel pour une régulation du financement articulée sur une réponse maîtrisée à la demande et non sur des normes budgétaires aveugles. Elle présente également l'avantage d'inciter le producteur à améliorer maîtrise et suivi de ses coûts. Budgets prévisionnels et comptabilité analytique deviennent alors des outils nécessaires, alors qu'ils sont loin d'être encore systématisés et normalisés parmi les prestataires de services. Ils doivent d'ailleurs s'appliquer à l'ensemble des charges supportées par l'association et pas uniquement aux coûts directs relatifs à l'action subventionnée. Les coûts de fonctionnement et d'animation, les réserves pour risques, dédits, autofinancement etc., sont en effet caractéristiques à la fois du mode de produire de l'économie sociale et de la structure de ses ressources, et sont rendus indispensables par la croissance de la demande.

⁹ - Conseil National de la Vie Associative "Le financement des associations de l'Economie sociale" - Décembre 1987

3.5. Solidarité directe et besoins de financements

L'importance des administrations publiques comme financeur externe ne constitue pas la seule spécificité des organismes de l'économie sociale engagés dans la production de services. Une dimension essentielle est le poids relatif de la solidarité directe dans la structure de leurs coûts et de leurs ressources : engagement en temps et en argent des membres participant aux unités productrices, allocation "gratuite" de ressources externes sous forme de dons, legs, apports, mécénat, etc ...

"Dans l'enquête d'opinion réalisée par la Sofres pour l'UNIOSS en octobre 1987 sur "Les français et la solidarité", il y avait la question suivante : "Afin de renforcer les solidarités en France, quelles sont les actions qui vous paraissent les plus efficaces ? Et quelles sont celles que vous seriez personnellement prêt à faire ?".

Les réponses "payer plus de cotisations sociales" ou "payer plus d'impôts" n'ont vraiment pas eu la cote, le nombre de réponses favorables a été très faible (6 ou 7 %, 3 ou 4 %). Par contre, la réponse "consacrer du temps à une association et oeuvre d'action sociale et de santé" a eu une réponse positive de 34 % (actions les plus efficaces) et de 26 % (actions que l'on serait prêt à faire). De même "faire des versements réguliers à une association et oeuvre d'action sociale et de santé" a eu respectivement 22 % et 15 % de réponses favorables. Cela signifie que les français sont réticents à payer davantage d'impôts et de charges sociales, mais beaucoup moins réticents à verser leur contribution à des associations qu'ils connaissent, dont ils peuvent mesurer l'efficacité, ce qui n'est pas le cas pour des systèmes de redistribution trop centralisés. Nombreux sont également ceux qui sont prêts à consacrer bénévolement du temps à des oeuvres d'action sociale et de santé.

Il y a donc des ressources en temps et en argent qu'il convient de drainer pour développer les services sociaux."

H. FELTESSE-UNIOSS

La coexistence parmi les facteurs de production d'éléments rémunérés et d'éléments d'emploi gratuit (emploi salarié et bénévolat, investissements en propre et mises à disposition d'équipement) est appelée à se développer, comme la coexistence dans les financements de ressources externes rémunérées et allouées gratuitement. On peut alors repérer un double mouvement : d'une part un appel accru aux ressources de solidarité, d'autre part une tendance à la banalisation des facteurs marchands dont l'emploi s'aligne relativement sur les conditions du marché. Autrement dit, on décèle chez les producteurs associatifs le souhait d'un "recentrage" vers leurs spécificité fondamentale, la solidarité directe comme "source de ressources" et d'un traitement de droit commun pour les autres accès aux marchés des facteurs de production (fiscalité, droit commercial, financement à court et long terme, emploi salarié, etc.). Ainsi dessinent-ils l'alternative possible à un désengagement relatif des pouvoirs publics.

C'est le cas pour le facteur travail. Les associations productrices de services sociaux ont connu une forte croissance de l'emploi rémunéré. Celle-ci s'est accompagnée d'un processus marqué de professionnalisation déjà relevé à propos de l'instauration de normes techniques : généralisation des diplômes et des procédures d'agrément, conventions collectives étendues, rémunérations plus ou moins alignées sur celles de la fonction publique, reconnaissances des qualifications et formations réglementées etc¹⁰. Cette professionnalisation croissante, et encouragée par tous les partenaires, tend à limiter cette nébuleuse d'emplois atypiques, plus ou moins précaires et/ou temporaires, qui caractérise le milieu associatif. Elle n'empêche nullement le recours au bénévolat, dans la mesure où celui-ci s'instaure complémentirement aux emplois salariés, symbolise la solidarité directe et constitue par là-même un élément de "productivité" de l'économie sociale :

"Il ne faut pas réfléchir pour l'avenir aux relations entre salariat et bénévolat comme si on était dans un jeu à somme nulle : les activités assurées par le bénévolat seraient retirées au salariat. Nous sommes dans des activités où les besoins sont importants et où les limites de financement ne sont pas des limites absolues ; elles tiennent, comme nous l'avons vu, en bonne part, à une crise de légitimité. Dès lors que les associations feront preuve de leur dynamisme, de leur efficacité, de leur ouverture à leur environnement social, notamment par la participation des bénévoles à leurs activités, elles pourront plus facilement, fortes de leur légitimité, réclamer aux particuliers et aux collectivités publiques des financements accrus. Ne sous estimons pas non plus l'effet du mécanisme économique des prix. De même que les produits industriels ont pu baisser leurs prix et étendre ainsi la demande, grâce aux gains de productivité, les services sociaux, en faisant appel pour partie à du travail non rémunéré des bénévoles pourront contribuer à étendre la demande, c'est-à-dire augmenter les financements publics et privés nécessaires pour la création d'emplois rémunérés.

L'appellation bénévole recouvre du reste des réalités très différentes et il faudra bien à l'avenir chercher à faire des distinctions. Dans certains cas, les bénévoles sont directement concernés ; ils se rendent un service à eux-mêmes ou à leurs proches, en participant à une association : c'est le cas de la participation à des crèches parentales, de certains services aux personnes âgées, de nombreuses associations en faveur des personnes handicapées.

Dans d'autres cas il y a participation à une activité d'utilité sociale en faveur de personnes avec lesquelles on n'a aucun lien direct.

Sans doute conviendrait-il d'affiner des stratégies différentes pour développer ces deux types de bénévolat. Il faut multiplier les types de solution intermédiaire entre la prise en charge complète par la famille pour les jeunes enfants, les personnes très âgées ou handicapées et la prise en charge complète par des institutions. Il faut inventer des mécanismes incitatifs pour encourager les familles à prendre en charge

¹⁰ - Cf le rapport de M. THERY au C.E.S. déjà cité.

elles-mêmes leurs proches, sans trop leur demander pour ne pas les écraser sous une charge trop lourde."

H. FELTESSE - UNIOFSS.

On peut également tracer un parallèle entre cette action spécifique sur les coûts des facteurs que constitue le recours au bénévolat et l'action spécifique sur les ressources que constituent les ressources gratuites acquises définitivement (cotisations, dons et legs, collectes) ou temporairement (apports). Les associations ont à faire face à un accroissement de leurs besoins de financement, tout en conservant une structure de ressources qui leur garantisse leur indépendance vis-à-vis des administrations publiques et leur spécificité vis-à-vis des unités à but lucratif. Leur action est alors conduite dans deux directions : faciliter et encourager le mobilisation de ces ressources gratuites (**renforcer le spécifique**) et développer l'accès aux produits financiers "courants", au système général d'aides publiques aux entreprises ("**banaliser**" les **moyens de financement**). La première direction est fondée sur le courant profond relevé précédemment, qui conjugue l'attachement majoritaire aux principes de la protection sociale et les souhaits d'individualisation et de suivi des contributions volontaires. Développées largement dans les rapports précités de M. THERY et du CNVA, les orientations visent à faire sauter les blocages législatifs et fiscaux qui limitent la solidarité volontaire des particuliers et des entreprises, la France paraissant sur ce point en retard par rapport à bien des pays.

Une certaine image de la charité publique a subi dans la période récente une nette détérioration : l'action caritative comme palliatif un peu honteux aux lacunes publiques en matière de droits sociaux, une forme d'intervention qui n'exprime pas toujours une reconnaissance moderne des droits et de la dignité des personnes en situation de détresse physique ou sociale et qui traduit une conception périmée et paternaliste de l'assistance. S'y substitue progressivement une conception plus positive de la solidarité, qui constitue un élément significatif pour l'avenir du financement d'une partie de l'action sociale :

"Quelle que soit l'exactitude de ces chiffres (... dons reçus par les associations du secteur sanitaire et social ...), il semble bien qu'on ne puisse mettre en doute leur importante et rapide croissance. Si cette tendance se confirmait au long des années suivantes, ce serait le signe qu'un changement en profondeur se serait amorcé au sein de la société française non seulement en ce qui concerne son soutien à la vie associative, mais plus largement à l'égard d'une forme de solidarité à caractère libre et volontaire. Et ceci sans que son attachement aux solidarités légales et obligatoires mises en oeuvre dans le cadre de la protection sociale, si l'on en croit les sondages d'opinion, connaisse la moindre régression." (Extrait du rapport de M. THERY au CES).

Le deuxième axe de propositions se fonde sur une évidence : les besoins de financement, notamment de long terme, ne pourront être

satisfaits avec une sécurité suffisante par la seule solidarité directe volontaire, ni par des contributions publiques encore soumises largement aux contraintes de l'annualité budgétaire et qui tendent à se raréfier sous l'effet des économies souhaitées par la puissance publique. Il se fonde également sur un constat : les services constituent globalement le secteur recélant les principaux gisements d'emplois. Les besoins sociaux révélés sont loin d'être saturés par l'offre actuelle et les gains de productivité y restent plus faibles que dans la production de biens.

L'offre, y compris marchande, va donc s'accroître, en particulier dans les services aux ménages. Les producteurs de l'économie sociale s'estiment alors en droit de bénéficier du régime commun en matière d'aides publiques aux entreprises : aides à la création d'entreprises, aides à la création d'emplois, etc. D'autre part, des instruments financiers adaptés aux conditions de rentabilité et de rémunération des apports de capitaux prévalant dans le secteur non lucratif doivent être développés pour rendre attractive une mobilisation de l'épargne et des crédits vers les associations productrices. A condition que soient instituées des procédures de garantie pour faire face à la rentabilité aléatoire d'un secteur sans demande solvable certaine. Enfin se développent des formes de "partnership" réunissant mutuelles, associations et collectivités publiques pour que soient répartis apports et risques entre financeurs publics et producteurs de l'économie sociale. On peut renouveler ici la remarque faite au sujet des mutuelles. Le terme "social" accolé à "protection" comme à "économie" ne caractérise pas des types de services sociaux, mais leur mode de production et d'affectation. Si l'ensemble des services aux ménages répondent à des besoins sociaux, tous ne relèvent pas de la protection sociale. La différentiation se fait plus sur les caractéristiques des bénéficiaires que sur celles des produits. A pratiquement chaque risque de la protection sociale correspondent des services marchands et des services non marchands, des producteurs à but lucratif et des organisations désintéressées. Le statut associatif en lui-même n'exclut pas cette dualité. Le recours à la solidarité directe comme à des financements publics ou privilégiés doit donc favoriser les associations effectivement engagées dans la protection sociale, c'est-à-dire qui produisent bien pour les personnes dont la situation justifie pour le corps social une action collective de solidarité.