# DE L'ASSURANCE MALADIE À L'ASSURANCE SANTÉ

FONDATION FOUR L'INNOVATION POLITIQUE fondapol.org

**Patrick NEGARET** 

FONDATION POUR L'INNOVATION POLITIQUE fondapol.org

# DE L'ASSURANCE MALADIE À L'ASSURANCE SANTÉ

Patrick NEGARET

FONDATION POUR L'INNOVATION POLITIQUE fondapol.org

# La Fondation pour l'innovation politique est un think tank libéral, progressiste et européen.

Président : Nicolas Bazire
Vice Président : Grégoire Chertok
Directeur général : Dominique Reynié
Présidente du Conseil scientifique et d'évaluation : Laurence Parisot

La Fondation pour l'innovation politique publie la présente note dans le cadre de ses travaux sur *la croissance économique*.

#### FONDATION POUR L'INNOVATION POI ITIQUE

# Un think tank libéral, progressiste et européen

La Fondation pour l'innovation politique offre un espace indépendant d'expertise, de réflexion et d'échange tourné vers la production et la diffusion d'idées et de propositions. Elle contribue au pluralisme de la pensée et au renouvellement du débat public dans une perspective libérale, progressiste et européenne. Dans ses travaux, la Fondation privilégie quatre enjeux : la croissance économique, l'écologie, les valeurs et le numérique.

Le site fondapol.org met à disposition du public la totalité de ses travaux. La plateforme « **Data.fondapol** » rend accessibles et utilisables par tous les données collectées lors de ses différentes enquêtes et en plusieurs langues, lorsqu'il s'agit d'enquêtes internationales.

De même, dans la ligne éditoriale de la Fondation, le média « Anthropotechnie » entend explorer les nouveaux territoires ouverts par l'amélioration humaine, le clonage reproductif, l'hybridation homme/ machine, l'ingénierie génétique et les manipulations germinales. Il contribue à la réflexion et au débat sur le transhumanisme. « Anthropotechnie » propose des articles traitant des enjeux éthiques, philosophiques et politiques que pose l'expansion des innovations technologiques dans le domaine de l'amélioration du corps et des capacités humaines.

Par ailleurs, le média « Trop Libre » offre un regard quotidien critique sur l'actualité et la vie des idées. « Trop Libre » propose également une importante veille dédiée aux effets de la révolution numérique sur les pratiques politiques, économiques et sociales dans sa rubrique « Renaissance numérique ».

La Fondation pour l'innovation politique est reconnue d'utilité publique. Elle est indépendante et n'est subventionnée par aucun parti politique. Ses ressources sont publiques et privées. Le soutien des entreprises et des particuliers est essentiel au développement de ses activités.

#### RÉSUMÉ

La dégradation lente et inéluctable de notre système de santé nécessiterait des mesures fortes, structurelles, qui s'attaquent aux causes de cette situation. Continuer dans la voie actuelle aboutit à une lente érosion de la prise en charge par l'assurance maladie et à une augmentation régulière des prélèvements, assorties d'un déficit permanent. Malgré des soins de haut niveau et une certaine qualité des soins courants, les faits sont éloquents : difficultés d'accès aux soins, résultats sanitaires souvent moyens, mécontentement des établissements de soins et des professionnels de santé, voire des assurés sociaux, gaspillages récurrents.

Outre les nécessaires réformes pour remédier à ces problèmes multiples, un constat devrait guider l'action : la partie la plus importante et dynamique des dépenses de santé repose sur les affections chroniques. Et il est possible de parvenir à limiter cette progression en modifiant notamment les comportements individuels. Les soins ne sont qu'une partie de la santé et une véritable politique de santé ne saurait se résumer à toujours dépenser plus pour les soins. Au-delà de son rôle traditionnel de prise en charge des frais de santé, l'assurance maladie doit évoluer dans son approche et donner aux individus qu'elle est censée protéger les moyens de gérer leur capital santé.

C'est tout le sens de la démarche Santé Active initiée à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Sarthe à partir de 1998 et reprise ensuite à l'échelon national par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en 2011. Néanmoins, ce service en santé n'est plus guère soutenu aujourd'hui, excepté le coaching en ligne. La véritable ambition de ce grand service public qu'est l'assurance maladie n'est-elle pas de garantir la santé de ses concitoyens et pas seulement la prise en charge des soins ? D'être une assurance santé plutôt qu'une assurance maladie ?

# DE L'ASSURANCE MALADIE À L'ASSURANCE SANTÉ

#### Patrick NEGARET

Directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines et concepteur de la démarche Santé Active de la CNAMTS

« À tous les carrefours de la route du futur, chaque esprit précurseur est confronté à un millier d'hommes chargés de préserver le passé »

Maurice Maeterlinck

Après avoir longtemps été considéré comme le « meilleur du monde », notre système de santé ne peut plus être qualifié comme tel aujourd'hui. Les dépenses consacrées à la santé sont parmi les plus élevées de l'OCDE mais avec un déficit permanent et des résultats sociaux et sanitaires inégaux et souvent moyens. Ces insuffisances sont de plus en plus menaçantes pour l'avenir du système. Conçue à l'origine pour garantir des remboursements, l'assurance maladie est encore aujourd'hui quasi exclusivement centrée sur les soins. Pourtant, la plupart des maladies sont désormais composées d'affections chroniques qui ne cessent de croître et peuvent être évitées ou limitées. Malgré cela, les actions sur les déterminants de la santé sont nettement insuffisantes et aucune politique de prévention n'est à la mesure des enjeux.

La démarche Santé Active, initiée dans le régime général de l'assurance maladie, a démontré qu'il était possible d'agir efficacement pour changer l'approche du système de soins.

# LA FRANCE N'A PLUS LE MEILLEUR SYSTÈME DE SANTÉ AU MONDE

S'il est incontestable que notre pays a beaucoup investi dans les soins, malgré un déficit récurrent du régime général de l'assurance maladie, il devient désormais indispensable de parvenir à une maîtrise des coûts autrement que par une succession de réformes conjoncturelles. Plus d'une vingtaine de réformes se sont succédé depuis 1975, sans parvenir pour autant à un retour à l'équilibre du régime général, sans compter les difficultés que rencontrent les autres régimes.

En effet, les tensions deviennent de plus en plus fortes et génèrent des insatisfactions croissantes, tant pour les assurés que pour les professionnels de santé ou les établissements de soins. Malgré cette course en avant dans les dépenses, la performance sociale et sanitaire se dégrade.

Autrefois considéré comme excellent, le système de santé français voit sa position se détériorer lentement dans les grands classements internationaux, comme le soulignent les études suivantes :

- -Euro Health Consumer 2013 (systèmes de santé en Europe): 9e rang sur 35;
- Commonwealth Fund 2014 (systèmes de santé dans le monde) :  $9^e$  rang sur 11 ;
- Bloomberg Most Efficient Health Care 2014 (systèmes de santé dans le monde) : 8° rang sur 51.

Dans la préface d'un rapport du Haut Conseil de la santé publique paru en mars 2012, son président, le professeur Salamon, déclarait qu'« en matière de santé, la France est aujourd'hui un pays "moyen", parfois meilleur que certains autres, mais pas toujours¹».

La part du PIB allouée aux dépenses de santé en France était de 10,9 % en 2013 2 (pour 2,6 % en 1950 3 !), soit bien au-dessus de la moyenne de l'OCDE (8,9 %). Mis à part les États-Unis (16,4 %) notre pays fait quasiment jeu égal avec les Pays-Bas, la Suisse, la Suède et l'Allemagne (tous à 11 %). Cet écart de 2 points de PIB se chiffre ainsi à plus de 40 milliards d'euros de surcoût annuel. Quelques éléments permettent de caractériser ce classement plutôt moyen.

<sup>1.</sup> Haut Conseil de la santé publique (HCSP), La Santé en France et en Europe : convergences et contrastes, mars 2012, p. 6 (www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301 santeFranceEurope.pdf).

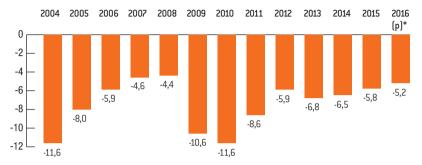
<sup>2.</sup> OCDE, « Dépense de santé : comment la France se positionne ? », Statistiques de l'OCDE sur la santé en 2015, 7 juillet 2015, tableau p. 2 (www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/French%20Country-Note-FRANCE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf).

<sup>3. « 60</sup> années de dépenses de santé. Une rétropolation des comptes de la santé de 1950 à 2010 », Études et résultats, Drees, n° 831, février 2013 (drees.social-sante.gouv.fr/lMG/pdf/er831.pdf).

#### Le rendement financier

L'assurance maladie connaît des déficits récurrents depuis une trentaine d'années (voir graphique 1).





\*(p): prévisionel

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

La dette sociale, c'est-à-dire les déficits cumulés des organismes de sécurité sociale, s'élevait au 30 juin 2016 à 137,1 milliards d'euros, soit un déficit cumulé de 253,9 milliards d'euros <sup>4</sup>. La part de l'assurance maladie s'établit à près de 60 % de la dette sociale (régime général et fonds de solidarité vieillesse). Cette dette constitue une anomalie qu'on ne retrouve dans aucun grand pays d'Europe. Son amortissement et la charge d'intérêt nécessitent un prélèvement obligatoire de 14,4 milliards d'euros annuel.

Néanmoins, la hausse des dépenses de santé par habitant est, depuis quelques années, parmi la plus faible des pays de l'OCDE, ce qui nous situe au sixième rang. Nous sommes malgré tout face à une véritable crise financière, victimes d'une fuite en avant permanente financée à crédit, y compris donc par les nouvelles générations. Outre une réforme du financement, l'enjeu est de définir une politique de santé garantissant un véritable accès à la santé et pas seulement aux soins.

Le taux de prise en charge, c'est-à-dire la part des soins remboursée par l'assurance maladie, se dégrade pour les soins ambulatoires. On assiste ainsi à un lent mais inexorable déclin de l'assurance maladie obligatoire. Si le taux global de prise en charge des dépenses pour l'assurance maladie est de 76,1 % (voir tableau 1), c'est en quelque sorte l'arbre qui cache la forêt car il n'est plus que de 51 % pour les soins ambulatoires (y compris l'optique) hors ALD (affection de longue durée) <sup>5</sup>.

<sup>4.</sup> Lettre d'information de la Cades, n° 40, novembre 2016, p. 2 (cades.fr/pdf/lettres/fr/Lettre 40 FR.pdf).

<sup>5.</sup> Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles le ticket modérateur est la plupart du temps supprimé.

**Tableau 1**: Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par le régime général de la Sécurité sociale en 2012

en%	Non ALD	ALD	Ensemble des consommants
Ensemble des soins	61,3	88,6	76,1
Soins ambulatoires hors optique	56,3	86,5	72,0
Soins ambulatoires y compris optique	51,0	84,4	67,7
Hôpital	88,1	95,0	92,4
Pour mémoire : part dans la population de consommants	82,7	17,3	100,0

Source: Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM, in Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Rapport annuel 2013*, p. 18.

C'est ainsi que le reste à charge pour les assurés sociaux atteint des sommes significatives. La distribution de la dépense reste très concentrée, puisque 5 % seulement des assurés sociaux consomment 50 % de la dépense. Le dispositif des ALD comporte d'ailleurs des inégalités de traitement et peut lui-même laisser des restes à charge élevés car il repose sur une approche médicalisée, avec une liste de maladies, et non pas économique, avec la mesure d'un coût à supporter (ce qui est une spécificité française). Deux assurés faisant face à des dépenses de santé semblables peuvent ainsi bénéficier de remboursements différents.

Selon une étude du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2012, on aboutit à des montants très importants : 1 % des assurés ont un reste à charge moyen de 4 026 euros pour les soins de ville, et 945 euros pour l'hôpital<sup>7</sup>. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) d'avril 2016 montre que les patients principalement traités en ambulatoire pour maladies chroniques (pas nécessairement en ALD) supportent des restes à charge de plus de 3 090 euros pour 10 % d'entre eux (et de 1 942 euros en moyenne) <sup>8</sup>.

Le poids des dépenses consacrées à la protection complémentaire dans le budget des ménages devient donc de plus en plus important pour couvrir ces restes à charge et peut atteindre 10 % pour les couples de plus de 60 ans. Cette couverture n'est d'ailleurs pas intégrale car, quand l'organisme complémentaire propose un contrat dit « responsable », il ne peut rembourser

<sup>6.</sup> Somme non couverte par l'assurance maladie dans les dépenses donnant droit à remboursement. Ce reste à charge inclut les tickets modérateurs, les participations forfaitaires, les franchises, le forfait hospitalier et les dépassements au-delà des tarifs opposables.

<sup>7.</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Rapport annuel 2012*, p. 18 (www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport annuel 2012 hcaam.pdf).

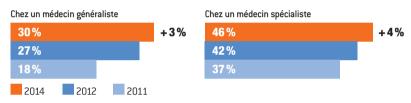
<sup>8.</sup> Carine Franc et Aurélie Pierre, « Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps », Questions d'économie de la santé, n° 217, avril 2016, p. 2-3 (www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-dela-sante/217-restes-a-charge-eleves-profils-assures-et-persistance-dans-le-temps.pdf).

la franchise. Et de nombreux contrats ne prennent pas en charge l'ensemble des dépassements de tarifs.

#### Une performance sociale inégale

Comme on vient de le voir, l'importance croissante du reste à charge devient un véritable frein à l'accès aux soins. Le renoncement aux soins lié au coût est quant à lui en progression régulière (voir graphiques 2 et 3). Néanmoins, la première cause de renonciation aux soins reste le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste.

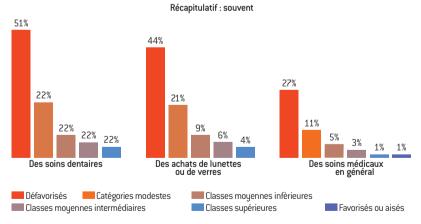
Graphique 2 : Part des Français ayant déjà renoncé aux soins à cause du coût de la consultation



Source: Observatoire Jalma de l'accès aux soins, édition 2014, p. 16<sup>9</sup>.

**Graphique 3**: Part des Français ayant déjà renoncé aux soins par catégories socioprofessionnelles

Vous arrive-t-il souvent, de temps en temps, rarement ou jamais pour des raisons financières de renoncer ou de différer...?



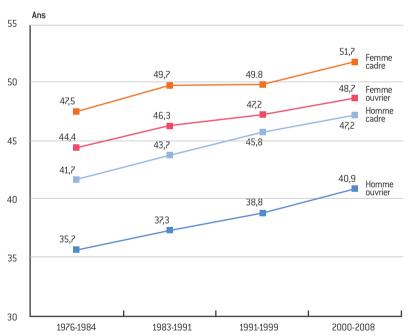
Source : Laure Bonneval, Jérôme Fourquet et Fabienne Gomant, *Portrait des classes moyennes*, Fondation pour l'innovation politique, 2011, p. 22

 $<sup>9. \</sup> www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/0bservatoire-de-lacces-aux-soins\_Edition-2014.pdf$ 

Même si l'espérance de vie à la naissance situe la France plutôt favorablement dans l'OCDE (en 2013), une disparité demeure (même si elle diminue) entre les femmes, qui ont une espérance de vie de 85,6 ans (3° place), et les hommes, qui ont une espérance de vie de 79 ans (18° place) 10.

L'examen des inégalités territoriales montre des différences d'espérance de vie allant jusqu'à cinq ans entre régions. Ces inégalités sont pour l'essentiel dues aux inégalités socio-économiques plutôt qu'aux inégalités d'accès aux soins. À titre d'exemple, en 2014, pour les hommes : Nord-Pas-de-Calais : 76,9 ans ; Île-de-France et Picardie : 80,8 ans, et pour les femmes : Nord-Pas-de-Calais : 83,6 ans ; Île-de-France, Pays de la Loire et Picardie : 85,9 ans <sup>11</sup>.

S'ajoutent, enfin, des inégalités sociales : l'écart d'espérance de vie à 35 ans persiste entre les ouvriers et les cadres, aussi bien pour les femmes (dans une moindre mesure) que pour les hommes (voir graphique 4).



Graphique 4 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

Source : Nathalie Blanpain, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », Insee Première, n° 1372, octobre 2011, p. 1.

<sup>10.</sup> OCDE, op. cit., p. 55

<sup>11.</sup> Insee, « La situation démographique en 2014 », Insee Résultats, nº 182, 2 juin 2016

Cet écart est supérieur à six ans pour les hommes et n'a pas tendance à se réduire. Pire encore, un ouvrier, s'il vit moins longtemps en moyenne, vit aussi moins longtemps en bonne santé. C'est ainsi qu'être à la fois homme, ouvrier et habiter dans le Nord inflige une triple peine.

Enfin, pour être complet, il faut bien percevoir les causes de l'augmentation de l'espérance de vie. L'amélioration de l'hygiène a joué un très grand rôle ainsi que la baisse de la mortalité infantile. Mais, désormais, c'est la prolongation de la durée de vie des personnes âgées qui fait la différence. En effet, elles ont été dans l'ensemble à l'abri de la pollution, des produits chimiques toxiques, de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation. Dans l'état actuel de la science (et à condition de pouvoir financer toutes ses avancées), rien ne dit que les enfants qui naissent aujourd'hui vivront plus longtemps et en meilleure santé, dans la mesure où nous ignorons largement les conditions d'hygiène et de vie et, *a fortiori*, leur impact dans le futur. Ainsi, à titre d'exemple, avait-on prévu il y a trente ans les effets de la pollution sur la santé ? Une étude de l'agence Santé publique France de juin 2016 montre que la pollution de l'air due aux particules fines serait responsable de 48 000 décès par an en France et cette pollution représenterait « une perte d'espérance de vie pour une personne âgée de 30 ans pouvant dépasser deux ans 12 ».

## Des résultats sanitaires globalement moyens

En France, l'espérance de vie en bonne santé en 2014 (c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure) n'est que de 63,4 ans pour les hommes et 64,2 pour les femmes <sup>13</sup>. Ce qui signifie que les femmes, avec une espérance de vie de plus de 85 ans, connaîtront une période d'incapacité d'environ vingt ans.

À cet égard, le *Panorama de la santé 2015* de l'OCDE <sup>14</sup> apporte quelques éclairages comparatifs intéressants sur 34 pays. Si notre pays est très bien situé pour la mortalité par crise cardiaque (2°) et pour les maladies cérébrovasculaires (3°), il l'est en revanche beaucoup moins bien pour la mortalité par cancer (18°), particulièrement chez les hommes. Il en est de même pour la mortalité infantile, avec un positionnement à la 22° place. Pour la morbidité, l'incidence du cancer place la France à un rang encore plus défavorable : la 27° place. La moitié de cette morbidité étant due à quatre cancers : sein, prostate, colorectal et poumon.

<sup>12. «</sup>La pollution de l'air responsable de près de 48 000 morts en France », lavoixdunord.fr, 21 juin 2016 (www.lavoixdunord.fr/13967/article/2016-06-21/la-pollution-de-l-air-responsable-de-pres-de-48-000-morts-en-france)

<sup>13.</sup> ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/4/46/Healthy\_life\_years%2C\_2014\_%28years%29\_YB16-fr.png
14. OCDE, *Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2015 (apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177fr/s22177fr.pdf).

La progression des affections de longue durée publiée par la CNAM montre des évolutions inquiétantes et très disparates selon les départements. Par exemple, en France, entre 2003 et 2011, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont progressé de 49 % (mais de 91 % en Alsace), l'insuffisance cardiaque de 93 % (mais de 124 % en Lorraine), le diabète de 52 % (mais de 72 % en Basse-Normandie). Cette progression et ces disparités ne peuvent pas s'expliquer uniquement par le vieillissement, car le nombre de personnes de plus de 60 ans n'a progressé que de 9 % sur la même période. L'amélioration du dépistage n'est pas non plus un facteur explicatif puisque, par exemple, le Nord-Pas-de-Calais (région aujourd'hui incluse dans les Hauts-de-France), qui est la région avec le plus fort taux de cancer du sein, est celle où le taux de dépistage est le plus faible. Nous sommes donc face à une véritable crise sanitaire due à un ensemble de déterminants non exclusivement sanitaires.

Les effectifs et dépenses remboursées mettent en évidence le poids important des pathologies lourdes dans le coût de la santé (*voir graphique 5*) qui représentent plus de 60 % du total des dépenses et 8/10 de leur évolution.

Maladies cardio-neurovasculaires Traitement du risque vasculaire Diabète 7,9 16.1 Maladies psychiatriques ou psychotropes Maladies neurologiques ou dégénératives Maladies respiratoires chroniques Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida Insuffisance rénale chronique terminale 3,9 Maladies du foie ou du pancréas 2,3 Autres affections de longue durée 3,9 Traitement antalgique ou anti-inflammatoire 1,6 Maternité | Hospitalisations ponctuelles Soins courants 15,4 n 5 10 15 20 25 30 35

Graphique 5 : Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014 (en milliards d'euros)

Champ: tous régimes (extrapolés) - France entière.

Source : CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2017, rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2017 [loi du 13 août 2004], juillet 2016, p. 5.

Mais les données les plus significatives restent les « déterminants non médicaux de la santé ». C'est ce qui permet d'appréhender plus concrètement les politiques publiques de prévention. Et, sur ce registre, la France n'apparaît pas vraiment à la hauteur et figure même parmi les mauvais élèves.

Ainsi, 24 % des plus de 15 ans déclarent fumer tous les jours. Certes, en 2000 ils étaient 27 %, mais à l'époque la moyenne des pays de l'OCDE était à peu près équivalente à la nôtre, elle est désormais descendue à 20 % <sup>15</sup>. Les chiffres des décès liés au tabac (73 000 par an) et à l'alcool (48 000 par an) <sup>16</sup> sont impressionnants. En effet, nous nous distinguons par la consommation d'alcool avec plus de 11 litres consommés par an et par habitant contre moins de 9 litres dans l'OCDE <sup>17</sup>. Bien évidemment, ces excès conduisent à une mortalité prématurée (avant 65 ans) et évitable élevée alors que les niveaux de mortalité sont très favorables après 65 ans <sup>18</sup>. Cette mortalité prématurée équivaut à 34 000 décès par an, soit 9 % de la mortalité annuelle <sup>19</sup>.

L'obésité, si elle présente une prévalence moindre en France (15 % contre 25 % en Allemagne ou 33 % au États-Unis), a quand même connu une progression notable car elle ne touchait que 6,5 % des Français en 1991 <sup>20</sup>. Et elle constitue un facteur de risque pour des affections chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires ou encore le cancer.

Enfin, pour terminer, il ne faut pas négliger la transition démographique historique que nous vivons avec une population de plus de 60 ans désormais plus nombreuse que celle des moins de 20 ans. Près d'un Français sur cinq est âgé de 65 ans ou plus (soit 11,6 millions de personnes, dont plus de la moitié ont atteint ou dépassé les 75 ans <sup>21</sup>). L'espérance de vie en bonne santé devient une donnée clé et les problèmes liés à la dépendance vont occuper une place prépondérante. C'est pourquoi dans son dernier *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise qu'une « action globale de santé publique en matière de vieillissement s'impose en urgence <sup>22</sup> ». Cela exigera une transformation des systèmes de santé s'éloignant des modèles curatifs car, sinon, les coûts des soins de santé augmenteront considérablement.

<sup>15.</sup> OCDE, Panorama de la santé 2015..., op. cit., p. 75.

<sup>16.</sup> Le Parisien, « Tabac et alcool, les deux premières "causes évitables" de mortalité », 2013. (www.leparisien.fr/laparisienne/sante/tabac-et-alcool-les-deux-premières-causes-evitables-de-mortalite-07-06-2013-2878301.php)

<sup>17.</sup> Ibid., tableau p. 77.

<sup>18.</sup> Voir Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable », avril 2013.

<sup>19.</sup> Santé Publique France, Impacts sanitaires de la pollution de l'air en France: nouvelles données et perspectives, Juin 2016

<sup>(</sup>www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Impacts-sanitaires-de-la-pollution-de-lair-en-France-nouvelles-donnees-et-perspectives)

<sup>20.</sup> OCDE, Panorama de la santé 2015 ..., op. cit., p. 81.

<sup>21.</sup> Institut national d'études démographiques [Ined], « Santé et vieillissement », ined.fr, avril 2014 (www. ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/sante-vieillissement/).

<sup>22.</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, 2016*, p. 239 (apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842\_fre.pdf).

# LA NÉCESSAIRE REFONDATION DU SYSTÈME : L'ASSURANCE SANTÉ PLUTÔT QUE L'ASSURANCE MALADIE

# Un système centré sur les soins

Nous vivons une transition épidémiologique, les affections chroniques ayant pris le pas sur les affections aiguës. Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, a ainsi déclaré le 21 avril 2011 : « L'augmentation des maladies chroniques non transmissibles représente un énorme défi. Pour certains pays, il n'est pas exagéré de décrire la situation comme une catastrophe imminente pour la santé, pour la société et surtout pour les économies nationales <sup>23</sup>. » Ce constat, établi lors d'une réunion préparatoire à la conférence de New York sur « la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles » du 20 septembre 2011, à l'occasion de l'Assemblée générale de l'ONU, aboutira à la déclaration finale signée par 184 chefs d'État et de gouvernement : « Nous, chefs d'État et de gouvernement [...] reconnaissons que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale, constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI<sup>e</sup> siècle <sup>24</sup>. » Les coûts liés à ces affections chroniques deviennent de plus en plus lourds, et parfois exorbitants. C'est ainsi qu'en une décennie le prix des nouveaux médicaments anticancéreux a doublé, passant d'un coût moyen de 3700 à 7400 euros par mois <sup>25</sup>. Une tendance également observée aux États-Unis, où le prix d'une « année de vie » supplémentaire a considérablement augmenté entre 1995 et 2013<sup>26</sup>. Cette tendance s'aggrave même avec les thérapies ciblées conduisant à l'arrivée de médicaments de niche. Le cas du Solvadil (contre l'hépatite C), du laboratoire Gilead, a défrayé la chronique en 2014 avec un prix de 57 000 euros pour... 12 semaines de traitement, ramené après négociation avec le ministère de la Santé à 41 000 euros <sup>27</sup>, ce qui fait un coût annuel pour le budget de l'assurance maladie de 800 millions d'euros.

<sup>23.</sup> Centre d'actualités de l'ONU, « Les maladies non transmissibles principales causes de décès », un.org, 27 avril 2011 (www.un.org/apps/newsFr/storyEasp?NewsID=25108#.WITjxyPhDpQ).

<sup>24. «</sup> Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles », p. 1 (www.un.org/fr/documents/view\_doc.asp?symbol=A/66/L.1).

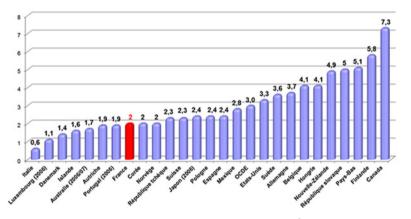
<sup>25.</sup> Pierre Bienvault, «Les médicaments du cancer atteignent un niveau de prix immoral », entretien avec Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, la-croix.com, 6 novembre 2013 (www.la-croix.com/Actualite/France/Les-medicaments-du-cancer-atteignent-un-niveau-de-prix-immoral-2013-11-06-1056577).

<sup>26.</sup> Solveig Godeluck, « Santé : le coût de l'innovation est devenu un problème pour les pays riches », lesechos. fr, 16 janvier 2017 (www.lesechos.fr/idees-debats/sciences-prospective/0211690203662-sante-le-cout-de-linnovation-est-devenu-un-probleme-pour-les-pays-riches-2057321.php).

<sup>27.</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, « Mettre l'innovation au service des malades rapidement et au prix juste (fixation du prix de la spécialité Sovaldi) », communiqué de presse, 20 novembre 2014 (www.hopital-marmottan.fr/wordpress/wp-content/uploads/2014/11/201114-CP-Sovaldi-Touraine.pdf).

Dès lors, il devient totalement illusoire de poursuivre sur un mode de gestion quasi exclusivement fondé sur les soins curatifs. Il nous faut donc passer d'une médecine curative à une médecine préventive, et même à une médecine prédictive et personnalisée. L'ère de la médecine prédictive a d'ailleurs commencé grâce à la génomique et aux technologies favorisant la détection précoce des marqueurs montrant l'apparition de maladies d'évolution lente. Le développement des outils numériques favorise d'ailleurs grandement cette approche.

Graphique 6 : Le poids de la prévention dans les dépenses de santé courantes (en %)



L'insuffisance de prise en compte de cette nouvelle donne dans la politique de santé est d'autant plus incompréhensible et inquiétante. Le peu d'intérêt que les élites politiques portent au sujet de la santé est d'ailleurs significatif. À l'approche de l'élection présidentielle de 2017, un certain nombre de personnalités se sont regroupées pour demander que ce sujet soit intégré dans les propositions des candidats <sup>28</sup>.

D'ailleurs, à partir d'un certain seuil, plus de dépenses de santé ne signifie pas nécessairement plus de santé. L'exemple des États-Unis est à cet égard particulièrement frappant puisque, en consacrant 16,4 % de leur PIB à la santé (deux fois plus que la moyenne de l'OCDE), ils obtiennent des résultats plutôt moyens (obésité, diabète, espérance de vie à la naissance, mortalité infantile

<sup>28.</sup> Think Tank Économie Santé, *Que la santé fasse partie des débats de l'élection présidentielle de 2017. La recommandation 2016*, 2016 [www.lesechos-events.fr/media/uploads/tt\_ecosante\_reco/doc\_tt\_eco\_sante-planche-v5.pdf].

et par accident de transport), avec une proportion de personnes non assurées qui s'améliore sensiblement mais s'élève encore en 2015 à près de 10 % de la population.

C'est désormais d'accès à la santé qu'il conviendrait de parler plutôt que d'accès aux soins. En effet, seule une politique de prévention organisée et volontariste permettra d'évoluer vers un système centré sur la santé de la personne plus que sur sa maladie. À ce propos, bien qu'il soit difficile d'évaluer précisément la part des dépenses consacrées à la prévention, les comparaisons internationales restent toujours intéressantes sur un champ comparable et mettent en évidence un faible poids des dépenses de prévention en France (voir graphique 6).

# Une politique de prévention pour quoi faire ?

# Qu'est-ce qu'une politique de prévention en matière de santé?

La plupart du temps, l'argument développé par les promoteurs d'une politique de prévention est celui de générer des économies : éviter que les gens tombent malades, retarder la survenue d'une maladie ou diminuer sa gravité permettraient de générer des économies. Cela reste difficile à prouver, notamment parce que l'évaluation doit se réaliser sur une longue période, mais l'objectif d'une réelle politique de santé, comme son nom l'indique, n'est-il pas de se préoccuper d'abord... de la santé des gens ? Et, bien sûr, de tous les gens sans exception afin de leur permettre l'accès à la santé sans considération de lieu, de sexe ou de catégorie socio-professionnelle.

Le terme « prévention » est galvaudé et trop facilement présenté comme la solution miracle à tous les maux du système de santé. En réalité, il recouvre nombre d'actions diverses d'un coût et d'une efficacité variables, et d'ailleurs pas toujours dans le champ de l'assurance maladie (comme la prévention routière, par exemple). Une étude réalisée dans la Sarthe <sup>29</sup> sur les différences de consommation de soins entre des assurés adoptant des mesures de prévention et d'autres a clairement démontré que c'est l'approche du système de soins qui était modifiée, et ceci à court terme. En effet, forts de nouvelles habitudes de vie qu'on leur avait enseignées, ces assurés ont eu nettement moins tendance à se reposer exclusivement sur les soins pour améliorer leur santé.

Bien évidemment, ceci n'exclut pas d'assurer les meilleurs soins au meilleur coût. Ce qui est encore loin d'être le cas. Pourtant, les voies à emprunter sont connues et partagées : meilleure répartition de la démographie des professions

<sup>29.</sup> Voir Franck Maunoury, Jacques Derouineau, Christian Farinetto, Alexandre Brouste, Youri Koutoyants et Jean-Yves Engler « Évaluation économique du Club Santé Active proposé par la Caisse primaire d'assurance maladie de la Sarthe », *Journal d'économie médicale*, vol. 29, n° 8, décembre 2011, p. 409-421.

de santé, amélioration de la gestion des hôpitaux, développement de l'évaluation des pratiques de soins, meilleure coordination entre professionnels, rééquilibrage en faveur des soins ambulatoires...

Le gaspillage est réel, comme dans beaucoup de pays d'ailleurs. Il est généralement estimé que 30 % des dépenses de soins sont inutiles ou dangereuses <sup>30</sup>. Ces gaspillages sont la résultante de mauvaises pratiques qui perdurent et qui sont rarement remises en cause. Les exemples abondent : hospitalisations et interventions évitables, bilans biologiques systématiques, voire en doublon, prescriptions abusives ou inappropriées, infections nosocomiales...

Pourtant, il est possible de mieux faire, comme l'ont démontré aux États-Unis, par exemple, Intermountain Healthcare et dix-huit autres systèmes au sein de la High Value Healthcare Collaborative (HVHC). Des soins de haute qualité et abordables peuvent être délivrés grâce à une amélioration continue des processus de soins et un investissement massif dans la prévention (à hauteur de 14 % pour la SelectHealth). Ainsi, le taux de prise en charge des soins ambulatoires s'élève à 80 %, contre à peine plus de 50 % pour la France. Les soins dentaires sont couverts à hauteur de 71 % (contre 13 % pour la France) et l'optique à 40 % (contre 5 % pour la France)<sup>31</sup>.

La question de l'évaluation est essentielle pour mesurer l'efficience de la prévention mais aussi celle des soins. Et, dans ce dernier domaine, notre pays a encore bien des progrès à accomplir par rapport aux pays anglo-saxons, par exemple. On peut citer la Grande-Bretagne qui utilise le critère QALY (Quality Adjusted Life Year) afin de déterminer la valeur financière d'une intervention ou d'un traitement. Une année en bonne santé est chiffrée 1 ; une thérapeutique causant un décès, 0. Entre les deux, on mesure simultanément l'espérance de vie et la qualité de vie. Les États-Unis sont également fortement engagés dans cette démarche avec, entre autres, l'Institute for Healthcare Improvement.

Mais si l'efficience des soins est si peu évaluée, celle de la prévention ne l'est guère plus. D'ailleurs, l'intérêt de certains dépistages et examens systématiques est parfois carrément remis en cause. Ainsi, dans un rapport de 2016, l'Imperial Collège de Londres révèle que les bilans offerts aux 40-74 ans tous les cinq ans n'ont que des effets infimes sur la santé de la population <sup>32</sup>. Des examens systématiques, non fondés sur des critères cliniques et une bonne connaissance de la vie de la personne, n'apportent pas nécessairement des informations utiles

<sup>30. «</sup>Reducing waste in the healthcare», Health Policy Brief, 13 décembre 2012 (healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief pdfs/healthpolicybrief 82.pdf).

<sup>31.</sup> Pierre-Henri Bréchat, Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie, Presses de l'EHESP, 2016.

<sup>32.</sup> Kate Wighton, « NHS "mid-life MOT" has marginal health benefits, say researchers », imperial.ac.uk, 2 mai 2016 [www3.imperial.ac.uk/newsandeventspggrp/imperialcollege/newssummary/news\_2-5-2016-21-47-25].

au diagnostic et aux soins à mettre en œuvre. De plus, on peut s'interroger sur l'intérêt de signaler à quelqu'un les risques qu'il encourt sans lui proposer une démarche thérapeutique avec les moyens pratiques à mettre en place.

Il est donc impératif de proposer des mesures d'accompagnement, type ateliers de coaching, pour aider les individus à retrouver le chemin de la santé. À cet égard, il faut d'ailleurs souligner que, pour nécessaires qu'elles soient, les grandes campagnes d'information destinées à sensibiliser le public (par exemple, celles promues par le Programme national nutrition santé) ne sauraient être considérées comme suffisantes. Un meilleur ciblage des actions de prévention et les gains obtenus sur ne serait-ce qu'une partie du gaspillage des soins, permettraient largement de dégager des moyens pour mener des actions efficaces de changement de comportement.

En réalité, il n'existe pas de véritable politique de prévention visant les comportements à l'origine des affections chroniques. Lutter contre la mauvaise alimentation, la sédentarité, le stress, l'insuffisance de sommeil, l'alcool ou le tabac constitue pourtant des actions de prévention réellement efficaces. La prévention primaire permet d'éviter l'apparition des situations à risque en agissant en amont sur la réduction des facteurs prédisposants. Ce type de prévention est le plus efficient quant aux allocations optimales de ressources, car on évite ainsi l'installation durable d'un comportement. Agir à temps facilite l'obtention de résultats. Il est plus aisé d'apprendre à modifier un comportement que de lutter contre une dépendance ou des maux déjà bien installés. C'est la prévention secondaire qui permettra de réduire ce type d'atteintes à défaut d'avoir pu ou su gérer la situation en amont, la prévention tertiaire consistant à intervenir après que la maladie est déclarée.

#### Les bénéfices d'une politique de prévention réussie

Deux exemples suffisent à mettre en évidence les carences dans la politique de prévention. Dans une lettre ouverte de février 2014, la Société française de nutrition (SFN), la Société française de santé publique (SFSP) et la Société française de pédiatrie (SFP) ont fait part de leur inquiétude face à la modestie des propositions faites dans le domaine de la nutrition dans le plan Cancer : une seule page sur 152, alors qu'il est reconnu qu'un tiers des cancers pourraient être évités ainsi (et, plus particulièrement, 65 % pour les cancers des voies aéro-digestives et 50 % pour les cancers colorectaux).

Par ailleurs, concernant les « politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool », la Cour des comptes dénonce « une tolérance générale visà-vis de la consommation de boissons alcoolisées, dont les effets négatifs sont

largement sous-estimés <sup>33</sup> » et considère que l'État ne se donne pas les moyens d'infléchir les comportements à risque avec « des politiques mal coordonnées reposant sur des bases mal établies <sup>34</sup> ». Là encore, les actions prévues ne visent qu'à sensibiliser sans agir sur les comportements ou l'environnement. Au passage, en l'absence d'actions ciblées, on ne fait qu'accroître encore plus les inégalités sociales de santé <sup>35</sup> puisque les populations qui en ont souvent le plus besoin ne sont généralement pas réceptives à ce genre d'action.

Comment faire pour rendre accessibles les mesures de prévention à tous et, dans le même temps, ne pas en faire un instrument de stigmatisation ? L'équilibre reste précaire entre ces mesures et la protection des libertés individuelles, le respect du libre arbitre de chacun. Le Code de la santé publique comporte déjà de nombreuses normes en tout genre, concernant le tabac, l'alcool, la vaccination, etc., et les exigences en matière de sécurité sanitaire ne cessent de s'allonger et de se renforcer – isolation de l'habitat, normes de pollution, usage de la cigarette, taux d'alcoolémie pour conduire...

De plus, on a trop laissé penser aux individus que la santé se résumait aux soins. Et ce phénomène s'est amplifié à mesure des progrès considérables, voire spectaculaires (à grand renfort de promotion médiatique), des thérapeutiques. S'y sont ajoutées des définitions de seuils pour certains facteurs de risque (hypertension artérielle, cholestérol...) qui, étant de plus en plus bas, ont renforcé cette médicalisation à outrance, par ailleurs bien accompagnée de puissantes actions marketing. Le médicament, véritable « pilule miracle », est devenu la solution de facilité, prétexte à tous les renoncements. On ne peut imaginer plus belle mise en cause de la liberté individuelle!

En réalité, la limite réside entre culpabilisation et responsabilisation. Donner accès gratuitement et sans arrière-pensée (par le biais d'un service en santé délivré par l'assurance maladie obligatoire) donne l'opportunité à chacun de pouvoir gérer son capital santé, de faire enfin percevoir, comprendre et intégrer qu'au-delà des soins (qui peuvent s'avérer tout à fait indispensables) il existe une voie pour retrouver sa liberté d'agir et reprendre sa santé en main. Outre ce qu'il convient d'appeler des conflits d'intérêts, la France semble constamment découvrir avec retard les avancées décisives dans le domaine de la prévention. Les exemples sont multiples.

<sup>33.</sup> Cour des comptes, Les Politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, juin 2016, p. 15 (www. ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool). 34. *Ibid.*, p. 99.

<sup>35.</sup> Voir Serge Hercberg, *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie nationale de santé*, 1<sup>re</sup> partie, « Mesures concernant la prévention nutritionnelle », La Documentation française, 15 novembre 2013 (www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000068.pdf).

Après la sortie d'un de ses ouvrages dénonçant les méfaits de l'excès de sel dans l'alimentation <sup>36</sup>, le professeur Meneton, chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), a dû faire face à un procès intenté par le Comité des salines de France. Le docteur Cicolella, chimiste, toxicologue et chercheur français en santé environnementale, a bataillé pendant des années pour parvenir à l'interdiction du bisphénol A dans les emballages alimentaires. Le professeur Belpomme, médecin et professeur de cancérologie, a lui aussi lutté pour faire admettre les liens entre environnement et cancer. Quant à David Servan-Schreiber, médecin et chercheur en neurosciences, il a été sévèrement critiqué par ses pairs pour ses conseils « anti-cancer » afin de rester en bonne santé.

Récemment encore, le 11 juillet 2016, la Commission européenne décidait d'offrir un traitement d'exception pour la réglementation sur les perturbateurs endocriniens, repoussant les promesses de restriction et d'interdiction des polluants chimiques (hormis pour certains adjuvants du glyphosate et avec une réglementation pour limiter son utilisation dans certains endroits). Pourtant, depuis nombre d'années, les preuves des effets nocifs de ces produits, que l'on retrouve dans de multiples objets de consommation (plastiques, cosmétiques, peintures, pesticides...) et qui sont à l'origine de plusieurs maladies graves (cancers, infertilité, anomalies de développement cérébral...), sont établies. Tous ces enseignements sont constamment ignorés, voire rejetés, tant par le monde politique, économique que professionnel. Il y a de quoi s'interroger sur ce constat et les racines de ce phénomène. Quant à la prévention, elle reste le parent pauvre du système de santé. Or elle est, avec les soins primaires, une composante essentielle de la lutte contre les affections chroniques. C'est ainsi que, selon la Cour des comptes, les moyens consacrés à la prévention sont dix fois moins importants que ceux consacrés à la sécurité routière. Cette juridiction souligne, à juste titre, que cela n'est pas suffisant. L'OCDE préconise également de placer la prévention au centre des politiques de santé. Les tensions se multiplient et génèrent de plus en plus d'insatisfaits. Ce qui est quand même un comble au vu des sommes consacrées à la santé en France! Il nous faut changer de logiciel, sortir des mesures conjoncturelles classiques (prélèvements supplémentaires, « coups de rabot » sur les dépenses...) afin de parvenir enfin à une réforme structurelle. Dans la mesure où le taux de prélèvements obligatoires a atteint un seuil inégalé parmi les pays développés, la tentation est forte, à la fois par manque d'imagination et de courage, de réduire de nouveau les dépenses de façon systématique. Cette politique de

<sup>36.</sup> Pierre Meneton, Le Sel, un tueur caché, Favre, 2009.

fuite en avant ne fait en réalité que transférer la prise en charge collective vers les organismes complémentaires. C'est ainsi que progressivement – mais sûrement –, on refait l'histoire à l'envers car, comme on l'a vu, le taux de prise en charge des soins de ville par l'assurance maladie diminue constamment pour s'approcher dangereusement des 50 %. Il est même descendu à 5 % pour l'optique et à 13 % pour les soins dentaires, ce qui amène la protection complémentaire à redevenir majoritaire pour ces postes de dépenses ! Mais, ce faisant, nous sortons d'une assurance solidaire, où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, vers une assurance de type plus classique, où la cotisation (la prime) est fonction de l'âge et de la situation familiale et proposant une variété de contrats plus ou moins accessibles selon ses revenus. Et, *in fine*, c'est le budget des ménages qui supporte la dépense.

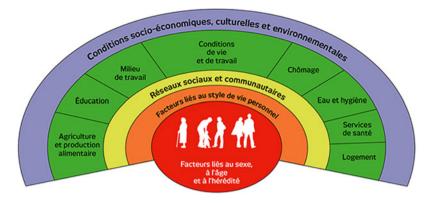
#### Les facteurs influant la santé d'une population

La santé d'une population dépend de multiples facteurs, et l'OMS estime que les soins n'interviennent que pour 15 % dans la santé. Les autres facteurs, appelés déterminants de la santé, sont indiqués sur le graphique 7.

Les déterminants structurels de l'état de santé sont ceux qui sont liés au contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique, et donc la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques, on trouve : la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera, pour les conditions matérielles : le logement, la qualité du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

Graphique 7: Les déterminants de la santé



Source: Göran Dahlgren et Margaret Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute of Future Studies, 2007, p. 11.

De nombreuses enquêtes ont prouvé le lien premier entre hygiène de vie et santé. L'étude Suvimax<sup>37</sup> rappelle qu'une bonne alimentation peut réduire de 31 % le risque de cancers, et de 37 % la mortalité, alors qu'une étude réalisée par des chercheurs de l'université de Cambridge (Royaume-Uni)<sup>38</sup> rappelle la nécessité du respect de quatre règles d'or : pas de tabac, limitation de la consommation d'alcool, activité physique et alimentation équilibrée afin d'augmenter de quatorze années en moyenne son espérance de vie.

Ces différents travaux démontrent l'impact d'une multiplicité de facteurs sur la santé mais ne remettent nullement en cause la légitimité d'actions visant à réduire les facteurs de risques individuels sur lesquels la personne peut agir directement. Ainsi, la mise en œuvre d'une offre de service qui vise à une meilleure gestion de sa santé est possible et souhaitable. Tous ces éléments s'imbriquent entre eux : la santé est une valeur transversale et agir sur les facteurs qui conditionnent un comportement individuel est essentiel.

L'assurance maladie peut, à son niveau, aider à faire changer les comportements de la population en lui faisant prendre conscience des facteurs de risque. Après bien des années de scepticisme – parfois encore présent aujourd'hui –, il est désormais scientifiquement démontré et reconnu qu'une meilleure hygiène de vie permet d'éviter ou de retarder l'apparition d'affections chroniques et, quand elles surviennent, d'en limiter les effets, voire d'éviter les rechutes.

<sup>37.</sup> L'étude Suvimax (Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants) a été lancée le 11 octobre 1994 en vue de constituer une source d'informations sur la consommation alimentaire des Français et leur état de santé. L'étude a été menée par Serge Hercberg, directeur de l'unité Inserm Épidémiologie nutritionnelle. Ses conclusions ont été rendues officiellement le 21 juin 2003.

<sup>38.</sup> Paul Pharoah et al., « Polygenes, Risk Prediction, and Targeted Prevention of Breast Cancer », *The New England Journal of Medicine*, vol. 358, n° 26, 26 juin 2008, p. 2796-2803 (www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0708739#t=article).

Les principaux facteurs sur lesquels il faut agir sont bien identifiés : sédentarité, alimentation, sommeil, stress, alcool et tabac. Bien sûr, ceci n'exclut pas d'agir aussi sur les facteurs collectifs tels que l'éducation, environnement, l'habitat ou les conditions de travail. À titre d'exemple, les bienfaits de l'activité sportive sont tout à fait significatifs. Selon le docteur Thierry Bouillet, cancérologue, karatéka et cofondateur de la Fédération nationale Cancer Arts martiaux et Informations (Cami), dans la population générale le sport permet une diminution de 20 à 25 % de tous les cancers, d'augmenter les chances de guérison de 5 à 10 % et de diminuer la moitié des risques de récidive. Rien que pour les cancers du sein, du colon et de la prostate, la pratique régulière d'une activité physique permettrait de sauver 12 000 vies par an.

Les patients atteints de diabète, de maladies cardio-vasculaires ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou encore victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont également intérêt à s'adonner à une activité physique. De même, chez les personnes âgées, pratiquer une activité physique fait baisser d'un tiers le risque de chute grave. À cet égard, il faut saluer l'insertion d'un article qui prévoit la possibilité de prescrire une activité physique par ordonnance dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 <sup>39</sup>. L'impact d'une prescription médicale est beaucoup plus important qu'une simple recommandation par une personne qui n'appartient pas au corps médical et cela devrait inciter les professionnels de santé à s'intéresser de plus près à la prévention (outre les mesures sur les modes de rémunération et leur montant).

De même, les liens entre alimentation et santé sont de mieux en mieux établis. Une alimentation suffisante, équilibrée et diversifiée a un impact sur la survenue de nombre d'affections chroniques. Au Québec, les professeurs Lamy, Gingras et Béliveau, précurseurs dans ce domaine, ont mis en évidence que 30 % des cancers sont liés à l'alimentation <sup>40</sup>. De son côté, dans une étude de 2015, l'équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle du professeur Hercberg a établi que la consommation d'aliments ayant un profil de moins bonne qualité nutritionnelle est associée à une prise de poids plus importante et un risque de cancer et de maladie cardio-vasculaire majoré <sup>41</sup>.

<sup>39.</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 144 (www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=09DF38E775FDF06C3B635EF6E42AA25B.tpdila14v\_1?cidTexte=J0RFTEXT 000031912641&categorieLien=id).

<sup>40.</sup> Sylvie Lamy, Denis Gingras et Richard Béliveau, « Green Tea Catechins Inhibit Vascular Endothelial Growth Factor Receptor Phosphorylation », Cancer Research, vol. 62, n° 2, 15 janvier 2002, p. 381-385 (cancerres. aacrjournals.org/content/62/2/381.full-text.pdf).

<sup>41.</sup> Serge Hercberg et al., « Prospective associations between a dietary index based on the British Food Standard Agency nutrient profiling system and 13-year weight gain in the SU.VI.MAX cohort », *Preventive Medicine*, vol. 81, décembre 20145, p. 189-194.

Afin d'orienter les consommateurs vers des comportements alimentaires plus sains, la loi de modernisation de notre système de santé a également prévu le principe d'un étiquetage nutritionnel à l'aide des codes de couleur (inspiré du modèle britannique développé par la Food Standards Agency) <sup>42</sup>. On ne compte d'ailleurs plus les livres qui traitent du sujet « alimentation et santé », certains auteurs, tel le médecin nutritionniste Laurent Chevallier, allant jusqu'à prescrire des ordonnances alimentaires <sup>43</sup>.

#### Pour une approche globale de prévention

Toutes ces données cumulées sur les déterminants de la santé incitent clairement à mener une action d'envergure pour donner aux individus les chances d'éviter d'être victimes d'affections chroniques. L'Assurance maladie, grand service public de protection sociale, est à même de remplir ce rôle essentiel. Se cantonner dans le remboursement des soins comme au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ne suffit plus. À trop assister, on déresponsabilise; à trop culpabiliser, on stigmatise. Chaque assuré doit avoir la possibilité de gérer au mieux son capital santé et de prendre véritablement sa santé en main. Les progrès accomplis dans le domaine médical, particulièrement dans celui du médicament, permettent aujourd'hui de soigner efficacement les symptômes en évitant ainsi de se préoccuper des causes. On casse en quelque sorte le thermomètre, ce qui évite ou reporte toute volonté d'adopter des mesures en amont de la maladie. On est face à un véritable « impérialisme du soin », pour reprendre l'expression de Didier Tabuteau, responsable de la chaire Santé de l'Institut d'études politiques de Paris et codirecteur de l'Institut Droit et Santé 44.

Pourtant, de nombreuses études démontrent que des affections comme le diabète ou l'hypertension peuvent être évitées ou jugulées grâce à une bonne hygiène de vie. L'objectif final doit plutôt être de garantir à tous le meilleur accès à la santé que le simple remboursement des soins, même si ce dernier doit se faire dans les meilleures conditions et sans nier les apports considérables des thérapeutiques conventionnelles. L'idée est donc de créer un service en santé qui, en miroir de l'appellation « Assurance maladie » trop centrée sur la réparation, s'appellera « Santé Active », prémices du déploiement vers une « Assurance santé » qui offrirait de multiples services en santé.

<sup>42.</sup> Loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, op. cit., art. 14.

<sup>43.</sup> Laurent Chevallier, Mes ordonnances alimentaires. Comment vous soigner par une bonne alimentation, Les Liens qui libèrent, 2010.

<sup>44.</sup> Voir Didier Tabuteau, Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de Santé, Odile Jacob, 2013.

## SANTÉ ACTIVE

#### Qu'est-ce que la démarche Santé Active ?

La démarche Santé Active constitue un projet global de santé qui vise à encourager les assurés sociaux à devenir acteurs de leur santé en adoptant un changement de comportement. Elle intègre les recommandations en matière de prévention, de règles hygiéno-diététiques et de recours aux soins. Cette démarche cible des thèmes de prévention à forts enjeux en termes de santé publique et d'économie, en lien avec les comportements individuels. Les enjeux de santé présentés précédemment montrent l'importance de généraliser une démarche permettant à chaque assuré qui le souhaite de prendre sa santé en main et de pouvoir préserver son capital santé notamment par la modification de ses comportements hygiéno-diététiques.

Les espaces Santé Active, différents des lieux habituels de l'Assurance maladie, sont implantés en plein centre-ville, au cœur du quotidien des assurés et à leur disposition. Le service est ouvert jusqu'à 19 h 00, y compris le samedi, une petite révolution dans l'accueil de l'assurance maladie. Et c'est bien sûr gratuit, donc accessible à tous, quel que soit le revenu.

L'écoute et l'information sont attachées au fonctionnement de cet espace. Une équipe de conseillers propose un accueil et oriente vers des conseils et des programmes de santé, en toute confidentialité. Le développement de partenariats avec des associations sportives ou de malades, des professionnels de la santé, permet de prolonger le travail que chaque adhérent réalise pour améliorer sa santé. Les conseillers aident les visiteurs à trouver les informations utiles parmi les ressources disponibles sur place : une bibliothèque santé et un espace multimédia. La bibliothèque regroupe des guides sur le bien-être, la nutrition, le bon usage du médicament, les pathologies, etc., et des ouvrages récents et des revues, le tout en consultation sur place. Cédéroms, vidéos et DVD sont également à disposition. En parallèle, l'espace multimédia offre en libre accès une sélection de sites Internet santé pour rechercher des conseils de prévention au quotidien.

Après un entretien individuel de motivation avec un conseiller, l'assuré, qui devient alors adhérent, choisit en fonction de ses souhaits la solution la plus adaptée. En suivant un programme de coaching, il s'engage à participer au dispositif et définit ses propres objectifs de santé. Dans le cadre de ces programmes, les équipes Santé Active travaillent en collaboration avec des professionnels de santé: un entretien personnalisé, puis un bilan nutrition

individualisé réalisés par des diététiciennes, des ateliers santé du dos<sup>45</sup> avec des kinésithérapeutes... En devenant acteur, l'adhérent bénéficie alors d'un suivi et d'un soutien régulier.

Un club Santé Active permet aussi de créer un lien privilégié et un engagement fort entre l'assuré et sa caisse d'assurance maladie. En devenant adhérent, il reçoit régulièrement de l'information personnalisée, notamment sur ses consommations de soins.

Un lien Internet a été mis en place, délivrant une multitude d'informations et de conseils sur les meilleures façons de lutter contre la survenue des affections chroniques en sensibilisant aux facteurs de risque <sup>46</sup>. L'idée est d'informer les individus sur la gestion de leur capital santé, les conséquences de leur comportement, leur donner les clés de compréhension pour une bonne utilisation du système de santé. Plusieurs supports pédagogiques ont été créés à cet effet : vidéos, articles, forums, témoignages... Certains pays ont développé ce type de plateforme, par exemple en Grande Bretagne avec le site NHS Choices <sup>47</sup> ou aux États-Unis avec, entre autres, Kaiser Permanente <sup>48</sup>.

#### Impliquer le patient dans la gestion de son capital santé

La question de savoir s'il faut informer les assurés ou non de leur consommation de soins se pose fréquemment. Dès le début de Santé Active, dans la Sarthe, il a été décidé de fournir cette information régulièrement aux adhérents du club Santé Active. Ceci n'a jamais posé la moindre difficulté puisque, en aucun cas, il ne s'agissait de stigmatiser l'assuré. Mais l'idée étant de modifier l'approche quant à l'utilisation du système de soins, l'utilité de ce type d'information devenait plus nécessaire. En somme, il s'agissait de constater le manque d'information des patients et de proposer une information complète, pertinente et utile.

L'assuré participe également à des ateliers pratiques sur des thèmes de santé lui correspondant dans le cadre de trois programmes : nutrition (alimentation et activité physique), santé du dos et santé du cœur. Ces ateliers permettent de fournir concrètement les bonnes pratiques au quotidien afin de modifier durablement les habitudes de vie.

À ce stade, il faut souligner le regret de n'avoir pu intégrer plus avant dans le processus l'ensemble des médecins traitants, qui ont un rôle décisif à jouer. En effet, ce type d'atelier est destiné également à venir en complément de

<sup>45.</sup> Atelier conçu par un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle reconnu et médecinchef d'un centre de réadaptation.

<sup>46.</sup> www.ameli-sante.fr/coaching-sante-active/coaching-sante-active-1001-bons-gestes-pour-votre-sante.html 47. www.nhs.uk/pages/home.aspx

<sup>48.</sup> healthy.kaiserpermanente.org/

l'activité médicale, car le médecin, dans la plupart des cas, n'a ni le temps ni la formation suffisante pour agir durablement sur les comportements. Comment faire, dans le temps d'une consultation, pour expliquer à un patient comment revoir son alimentation ou se mettre à exercer une activité physique ? Le choix de prescrire des ateliers de coaching permet justement de dégager du temps médical, de plus en plus précieux, au bénéfice de son patient.

En 2011, grâce à l'impulsion de son directeur général Frédéric Van Roekeghem. adepte de l'innovation et des services en santé, la CNAM a accepté d'élargir progressivement l'expérimentation réalisée à la CPAM de la Sarthe depuis une douzaine d'années compte tenu des résultats observés. Ce sont ainsi 22 caisses primaires qui ont déployé la démarche Santé Active sur la centaine que compte le réseau de l'Assurance maladie (après appel à candidatures, 40 organismes s'étaient portés volontaires, montrant ainsi l'intérêt pour la démarche). Parallèlement est née l'idée de créer un coaching en ligne afin de compléter les ateliers en présentiel. En effet, la difficulté dans tout changement de comportement est de s'assurer qu'il perdure. Ce service, via Internet et le compte ameli de l'assuré, garantit cette possibilité et contribue en même temps à la modernisation de l'image de l'Assurance maladie. Et, finalement, il a été décidé de le proposer à tout assuré qui le souhaite, même s'il n'a pas suivi d'ateliers en présentiel. Il n'est pas certain que l'impact sera aussi positif, mais l'avenir le dira. Ce service ira même jusqu'à supplanter tous les autres puisque la décision a été prise par les pouvoirs publics et la CNAM de ne plus accepter de financement des espaces Santé Active et de leurs ateliers. Pourtant, malgré toutes les vicissitudes liées à la mise en place, la montée en charge s'est déroulée rapidement (moins de trois ans) pour un projet d'une telle ampleur. Les chiffres de fréquentation attestent de l'intérêt que suscite la démarche malgré les multiples obstacles rencontrés 49.

Il est à noter également que les entreprises sont de plus en plus intéressées par ce type d'ateliers qui permet à leurs salariés de mieux gérer leur capital santé. Pour un coût très faible (la rémunération du coach), elles bénéficient d'un service clé en main ayant un réel impact sur leurs salariés (sur les arrêts de travail, par exemple). Cette appétence a été confirmée par une étude Malakoff Médéric-OSI qui montre que les salariés attendent des services en santé de la part de leur entreprise <sup>50</sup>. Il convient de souligner au passage que les salariés sont d'abord désireux que le service soit totalement gratuit.

<sup>49.</sup> Depuis l'ouverture de son premier espace en 2012, l'Assurance maladie des Yvelines a reçu près de 20 000 visiteurs et compte aujourd'hui 7 400 adhérents (3 000 entretiens réalisés et plus de 6 000 participants aux ateliers). L'espace Santé Active du Mans a reçu jusqu'à 15 000 visiteurs par an.

<sup>50.</sup> La Santé: de nouveaux territoires d'action pour les entreprises, étude Malakoff Médéric-0SI, avril 2016 (www.wk-rh.fr/actualites/upload/social/social\_actu94410 Etude-Malakoff-Mederic-0SI-2016.pdf).

L'Assurance maladie déploie désormais plusieurs services en santé : Sophia, Prado <sup>51</sup> et Santé Active. Autant de services qui, en complément du service de base de prise en charge des remboursements, accompagnent l'assuré tout au long de sa vie pour l'aider à préserver sa santé et utiliser au mieux le système de soins.

#### Une démarche confortée par ses résultats

Mesurer l'impact de Santé Active sur la consommation de soins, c'est désormais chose faite depuis 2011 <sup>52</sup>. L'université du Maine (Le Mans) a mis en évidence une différence significative de la consommation de soins pour les adhérents à la démarche Santé Active. Une diminution des dépenses de soins, avec parfois même une inversion de tendance, a été constatée sur plusieurs postes de dépenses (médicaments, actes de kinésithérapie, indemnités journalières, consultations de médecins généralistes).

 Tableau 2 : Synthèse des effets du programme Santé Active par type de soins et par type

 de médicaments

	Soins et médicaments				Classes thérapeutiques			
Groupes	Soins de médecins généralistes	Ensemble du poste médicament	Soins de kinésithérapie	Soins infirmiers	Indemnités journalières	I.P.P	Analgésiques	Psychotropes
40-60 ans sans ALD		<b>(a)</b>	<b>(1</b> )		<b>①</b>	<b>①</b>		<b>①</b>
40-60 ans en ALD	4						4	
Sup. à 60 ans sans ALD		<b>(1</b> )		<b>(†)</b>		<b>①</b>	<b>(1</b> )	

Légende : Universion de tendance à la baisse

décélération de la croissance
différences non significatives

nversion de tendance à la hausse

Source: Patrick Negaret.

Pour parvenir à ce résultat, quinze années d'efforts et de persuasion auront été nécessaires pour mettre en œuvre une idée à l'origine pourtant évidente : combattre le développement des affections chroniques par la prévention primaire pour le bien-être de nos concitoyens et l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie. Et ce combat concerne bien tous nos concitoyens. Il a souvent été reproché au programme Santé Active de ne pas s'adresser suffisamment aux couches défavorisées de la population. En réalité, la gratuité du service est un élément déterminant pour en faciliter l'accès. C'est ce qu'a

<sup>51.</sup> Programme de retour à domicile après un accouchement ou une intervention chirurgicale.

<sup>52.</sup> Franck Maunoury..., art. cit.

d'ailleurs démontré une étude de sociologues de l'université de Strasbourg <sup>53</sup> qui confirme que la gratuité des activités proposées par la mairie facilite grandement l'adhésion au dispositif, notamment pour les populations des quartiers pauvres, également les plus touchées par certaines affections chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires). Sinon, le financement repose sur les individus, les entreprises, les collectivités et les assureurs. L'Assurance maladie, assureur solidaire en santé, n'est-elle pas légitime à ce titre ? Sinon qui, à part l'État ? D'ailleurs, dans un rapport récent, l'Assurance maladie énonce cet objectif : « Déployer des actions de prévention efficaces et coût-efficaces pour lutter contre les facteurs de risque [...]. Car la stratégie de l'Assurance maladie ne se limite pas à améliorer les soins curatifs : agir sur les risques évitables, c'est-à-dire prévenir l'apparition des maladies chroniques, ralentir leur progression, éviter la survenue des complications, sont des leviers majeurs pour améliorer l'efficience du système de santé <sup>54</sup>. »

Le coaching permettra également aux plus défavorisés d'accéder à un service vers lequel ils ne seraient pas allés spontanément. Des études ont montré que ces populations avaient un recours important aux services Internet (et aux applications mobiles).

Santé Active avait également débuté un ciblage par typologie sociale de population. En effet, afin de toucher les publics en situation plus fragile, et en sus d'un accès en ligne (e-coaching) et de la gratuité du dispositif, la CPAM de la Sarthe avait expérimenté le travail avec les réseaux associatifs des quartiers accueillant des populations plus vulnérables, sur des territoires donnés. Cela reposait d'abord sur une étude de géographie de la santé, puis, sur ces zones, des partenariats étaient engagés avec les réseaux de proximité, les associatifs, en tant qu'intermédiaires et professionnels de proximité travaillant avec les publics fragiles. Pour cela, des bilans nutritionnels adaptés ont été déployés et ont permis d'adapter l'offre de services Santé Active aux publics plus vulnérables, ayant bien souvent des priorités quotidiennes éloignées des discours traditionnels de prévention.

L'Assurance maladie devient progressivement mais inéluctablement une entreprise de règlement de prestations, prise en étau entre l'État, *via* les ARS, et les organismes complémentaires. Le système est dans une impasse sanitaire et financière. Il existe aujourd'hui une opportunité et aussi le désir de changer.

<sup>53.</sup> William Gasparini et Sandrine Knobé, « Sport sur ordonnance : l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues », *Informations sociales*, n° 187, janvier 2015, p. 47-53 (disponible sur www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-1.htm).

<sup>54.</sup> CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2017, rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2017 [loi du 13 août 2004], juillet 2016, p. 2 [www.ameli.fr/fileadmin/user\_upload/documents/cnamts\_rapport\_charges\_produits\_2017.pdf].

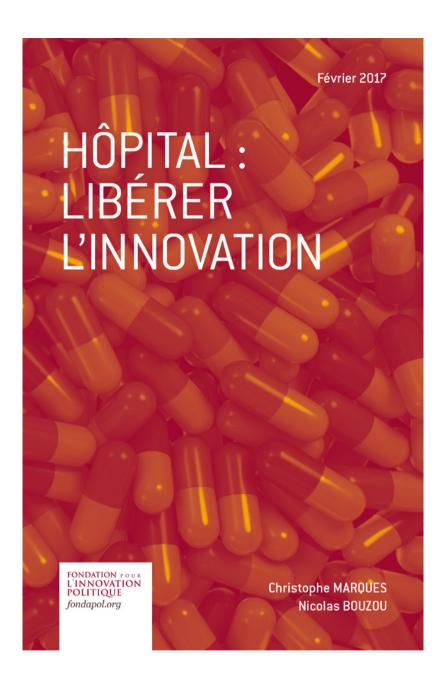
C'est donc un nouveau défi qui induit un changement de paradigme, donne du sens au système de santé en modifiant son rapport à la population qu'il couvre et ouvre la voie à de nouveaux services et métiers. De la conviction, du temps, de l'énergie au service de l'intérêt général : n'est-ce pas cela un vrai service public ?

#### CONCLUSION

Le fait que le déficit des régimes d'assurance maladie perdure malgré des plans successifs pour le résorber devrait amener à s'interroger sur la validité des mesures prises. En réalité, ces dernières sont la plupart du temps conjoncturelles, avec des effets à court terme et qui ne font que réduire lentement mais sûrement le champ de l'assurance maladie obligatoire. Pourtant, les défis à relever sont nombreux, qu'ils soient d'ordre sanitaire, social, technologique ou encore économique. Manifestement, la réflexion prospective est absente, sans véritable pilote ni stratégie. La vision est restée la même qu'en 1945, lors de la création de la Sécurité sociale, c'est-à-dire centrée sur les soins et la maladie plutôt que sur la santé et la personne dans son environnement. Pire encore, malgré les résultats obtenus et validés depuis maintenant de nombreuses années, les actions visant à favoriser le changement des comportements par des mesures simples restent (à de rares exceptions près) lettre morte en étant même, chez certains acteurs, méconnues, voire contestées.

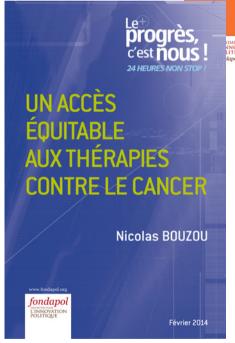
Après avoir été repris au plan national grâce à ses bons résultats, le programme Santé Active a finalement été subitement abandonné (sauf le coaching en ligne) au nom d'économies qu'il faut certainement réaliser, mais non pas au détriment d'un programme dont les performances sont reconnues.

Ne nous privons pas de cette opportunité de refonder un système à bout de souffle qui génère de plus en plus d'inégalités et de mécontentements. La centralité de ce sujet dans une société de progrès fait qu'on ne peut le laisser de côté. Sa concrétisation repose sur la mobilisation des citoyens et leur implication dans la gestion de leur capital santé, dans une société de plus en plus ouverte à l'information. Trouver le chemin pour redéfinir les conditions d'une santé publique durable, responsable et viable est essentiel à la préservation du contrat social.



Hôpital : libérer l'innovation Christophe Marques et Nicolas Bouzou, février 2017, 48 pages





Nicolas BOUZOU Christophe MAROUES

Éradiquer l'hépatite C en France : quelles stratégies publiques ? Nicolas Bouzou et Christophe Marques, janvier 2015, 40 pages

> Un accès équitable aux thérapies contre le cancer Nicolas Bouzou, février 2014, 52 pages

Retrouvez sur notre site internet les vidéos des interventions lors de l'événement de la Fondation pour l'innovation politique,

## LE PROGRÈS, C'EST NOUS! 24 HEURES NON-STOP

LE 16 NOVEMBRE 2013 À LA MAISON DE LA MUTUALITÉ À PARIS.



Barbara Demeneix
sur le thème des perturbateurs endocriniens
www.fondapol.org/fondapol-tv/le-progres-cest-nous-barbara-demeneix-100-ans-de-sante-sure/



Patrick Negaret sur le thème de l'assurance maladie et de la prévention www.fondapol.org/fondapol-tv/le-progres-cest-nous-patrick-negaret-100-ans-de-sante-sure/

### NOS PUBLICATIONS

Hôpital: libérer l'innovation

Christophe Marques et Nicolas Bouzou, février 2017, 44 pages

Le Front national face à l'obstacle du second tour

Jérôme Jaffré, février 2017, 48 pages

La République des entrepreneurs

Vincent Lorphelin, janvier 2017, 52 pages

Des startups d'État à l'État plateforme

Pierre Pezziardi et Henri Verdier, janvier 2017, 52 pages

Vers la souveraineté numérique

Farid Gueham, janvier 2017, 44 pages

Repenser notre politique commerciale

Laurence Daziano, janvier 2017, 48 pages

Mesures de la pauvreté, mesures contre la pauvreté

Julien Damon, décembre 2016, 40 pages

L' Autriche des populistes

Patrick Moreau, novembre 2016, 72 pages

L'Europe face aux défis du pétro-solaire

Albert Bressand, novembre 2016, 52 pages

Le Front national en campagnes. Les agriculteurs et le vote FN

Eddy Fougier et Jérôme Fourquet, octobre 2016, 52 pages

Innovation politique 2016

Fondation pour l'innovation politique, PUF, octobre 2016, 758 pages

Le nouveau monde de l'automobile (2) : Les promesses de la mobilité électrique Jean-Pierre Corniou, octobre 2016, 68 pages

jean Tierre Cormou, octobre 2010, 00 pages

Le nouveau monde de l'automobile (1) : l'impasse du moteur à explosion

Jean-Pierre Corniou, octobre 2016, 48 pages

L'Opinion européenne en 2016

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, septembre 2016, 224 pages

L'individu contre l'étatisme. Actualité de la pensée libérale française (XX° siècle)

Jérôme Perrier, septembre 2016, 52 pages

L'individu contre l'étatisme. Actualité de la pensée libérale française (XIX<sup>e</sup> siècle)

Jérôme Perrier, septembre 2016, 52 pages

Refonder l'audiovisuel public.

Olivier Babeau, septembre 2016, 48 pages

La concurrence au défi du numérique

Charles-Antoine Schwerer, juillet 2016, 48 pages

Portrait des musulmans d'Europe : unité dans la diversité

Vincent Tournier, juin 2016, 68 pages

Portrait des musulmans de France : une communauté plurielle

Nadia Henni-Moulaï, juin 2016, 48 pages

La blockchain, ou la confiance distribuée

Yves Caseau et Serge Soudoplatoff, juin 2016, 48 pages

La gauche radicale : liens, lieux et luttes (2012-2017)

Sylvain Boulouque, mai 2016, 56 pages

Gouverner pour réformer : Éléments de méthode

Erwan Le Noan et Matthieu Montjotin, mai 2016, 64 pages

Les zadistes (2) : la tentation de la violence

Eddy Fougier, avril 2016, 44 pages

Les zadistes (1): un nouvel anticapitalisme

Eddy Fougier, avril 2016, 44 pages

Régionales (2) : les partis, contestés mais pas concurrencés

Jérôme Fourquet et Sylvain Manternach, mars 2016, 52 pages

Régionales (1) : vote FN et attentats

Jérôme Fourquet et Sylvain Manternach, mars 2016, 60 pages

Un droit pour l'innovation et la croissance

Sophie Vermeille, Mathieu Kohmann et Mathieu Luinaud, février 2016, 52 pages

Le lobbying : outil démocratique

Anthony Escurat, février 2016, 44 pages

Valeurs d'islam

Dominique Reynié (dir.), préface par le cheikh Khaled Bentounès, PUF,

janvier 2016, 432 pages

Chiites et sunnites : paix impossible ?

Mathieu Terrier, janvier 2016, 44 pages

Projet d'entreprise : renouveler le capitalisme

Daniel Hurstel, décembre 2015, 44 pages

Le mutualisme : répondre aux défis assurantiels

Arnaud Chneiweiss et Stéphane Tisserand, novembre 2015, 44 pages

L'Opinion européenne en 2015

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, novembre 2015, 140 pages

La noopolitique : le pouvoir de la connaissance

Idriss J. Aberkane, novembre 2015, 52 pages

Innovation politique 2015

Fondation pour l'innovation politique, PUF, octobre 2015, 576 pages

Good COP21, Bad COP21(2): une réflexion à contre-courant

Albert Bressand, octobre 2015, 48 pages

Good COP21, Bad COP21(1): le Kant européen et le Machiavel chinois

Albert Bressand, octobre 2015, 48 pages

PME : nouveaux modes de financement

Mohamed Abdesslam et Benjamin Le Pendeven, octobre 2015, 44 pages

Vive l'automobilisme! (2) Pourquoi il faut défendre la route

Mathieu Flonneau et Jean-Pierre Orfeuil, octobre 2015, 44 pages

Vive l'automobilisme ! [1] Les conditions d'une mobilité conviviale

Mathieu Flonneau et Jean-Pierre Orfeuil, octobre 2015, 40 pages

Crise de la conscience arabo-musulmane

Malik Bezouh, septembre 2015, 40 pages

Départementales de mars 2015 (3) : le second tour

Jérôme Fourquet et Sylvain Manternach, août 2015, 56 pages

Départementales de mars 2015 (2) : le premier tour

Jérôme Fourquet et Sylvain Manternach, août 2015, 56 pages

Départementales de mars 2015 (1) : le contexte

Jérôme Fourquet et Sylvain Manternach, août 2015, 44 pages

Enseignement supérieur : les limites de la « mastérisation »

Julien Gonzalez, juillet 2015, 44 pages

Politique économique : l'enjeu franco-allemand

Wolfgang Glomb et Henry d'Arcole, juin 2015, 36 pages

Les lois de la primaire. Celles d'hier, celles de demain.

François Bazin, juin 2015, 48 pages

Économie de la connaissance

Idriss J. Aberkane, mai 2015, 48 pages

Lutter contre les vols et cambriolages : une approche économique

Emmanuel Combe et Sébastien Daziano, mai 2015, 56 pages

Unir pour agir: un programme pour la croissance

Alain Madelin, mai 2015, 52 pages

Nouvelle entreprise et valeur humaine

Francis Mer, avril 2015, 32 pages

Les transports et le financement de la mobilité

Yves Crozet, avril 2015, 32 pages

Numérique et mobilité : impacts et synergies

Jean Coldefy, avril 2015, 36 pages

Islam et démocratie : face à la modernité

Mohamed Beddy Ebnou, mars 2015, 40 pages

Islam et démocratie : les fondements

Aḥmad Al-Raysuni, mars 2015, 40 pages

Les femmes et l'islam : une vision réformiste

Asma Lamrabet, mars 2015, 48 pages

Éducation et islam

Mustapha Cherif, mars 2015, 44 pages

Que nous disent les élections législatives partielles depuis 2012 ?

Dominique Reynié, février 2015, 4 pages

L'islam et les valeurs de la République

Saad Khiari, février 2015, 44 pages

Islam et contrat social

Philippe Moulinet, février 2015, 44 pages

Le soufisme : spiritualité et citoyenneté

Bariza Khiari, février 2015, 56 pages

L'humanisme et l'humanité en islam

Ahmed Bouyerdene, février 2015, 56 pages

Éradiquer l'hépatite C en France : quelles stratégies publiques ?

Nicolas Bouzou et Christophe Marques, janvier 2015, 40 pages

Coran, clés de lecture

Tareq Oubrou, janvier 2015, 44 pages

### Le pluralisme religieux en islam, ou la conscience de l'altérité

Éric Geoffroy, janvier 2015, 40 pages

#### Mémoires à venir

Dominique Reynié, janvier 2015, enquête réalisée en partenariat avec la

Fondation pour la Mémoire de la Shoah, 156 pages

### La classe moyenne américaine en voie d'effritement

Julien Damon, décembre 2014, 40 pages

### Pour une complémentaire éducation : l'école des classes moyennes

Erwan Le Noan et Dominique Reynié, novembre 2014, 56 pages

### L'antisémitisme dans l'opinion publique française. Nouveaux éclairages

Dominique Reynié, novembre 2014, 48 pages

### La politique de concurrence : un atout pour notre industrie

Emmanuel Combe, novembre 2014, 48 pages

### Européennes 2014 (2) : poussée du FN, recul de l'UMP et vote breton

Jérôme Fourquet, octobre 2014, 52 pages

### Européennes 2014 (1) : la gauche en miettes

Jérôme Fourquet, octobre 2014, 40 pages

### Innovation politique 2014

Fondation pour l'innovation politique, PUF, octobre 2014, 554 pages

### Énergie-climat : pour une politique efficace

Albert Bressand, septembre 2014, 56 pages

### L'urbanisation du monde. Une chance pour la France

Laurence Daziano, juillet 2014, 44 pages

### Que peut-on demander à la politique monétaire ?

Pascal Salin, mai 2014, 48 pages

### Le changement, c'est tout le temps! 1514 - 2014

Suzanne Baverez et Jean Sénié, mai 2014, 48 pages

### Trop d'émigrés ? Regards sur ceux qui partent de France

Julien Gonzalez, mai 2014, 48 pages

### L'Opinion européenne en 2014

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, avril 2014, 284 pages

### Taxer mieux, gagner plus

Robin Rivaton, avril 2014, 52 pages

### L'État innovant (2) : Diversifier la haute administration

Kevin Brookes et Benjamin Le Pendeven, mars 2014, 44 pages

### L'État innovant (1) : Renforcer les think tanks

Kevin Brookes et Benjamin Le Pendeven, mars 2014, 52 pages

### Pour un new deal fiscal

Gianmarco Monsellato, mars 2014, 8 pages

### Faire cesser la mendicité avec enfants

Julien Damon, mars 2014, 44 pages

### Le low cost, une révolution économique et démocratique

Emmanuel Combe, février 2014, 52 pages

### Un accès équitable aux thérapies contre le cancer

Nicolas Bouzou, février 2014, 52 pages

### Réformer le statut des enseignants

Luc Chatel, janvier 2014, 8 pages

Un outil de finance sociale : les social impact bonds

Yan de Kerorguen, décembre 2013, 36 pages

Pour la croissance, la débureaucratisation par la confiance

Pierre Pezziardi, Serge Soudoplatoff et Xavier Quérat-Hément, novembre 2013, 48 pages

Les valeurs des Franciliens

Guénaëlle Gault, octobre 2013, 36 pages

Sortir d'une grève étudiante : le cas du Québec

Jean-Patrick Brady et Stéphane Paquin, octobre 2013, 40 pages

Un contrat de travail unique avec indemnités de départ intégrées

Charles Beigbeder, juillet 2013, 8 pages

L'Opinion européenne en 2013

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, juillet 2013, 268 pages

La nouvelle vague des émergents : Bangladesh, Éthiopie, Nigeria, Indonésie, Vietnam, Mexique

Laurence Daziano, juillet 2013, 40 pages

Transition énergétique européenne : bonnes intentions et mauvais calculs

Albert Bressand, juillet 2013, 44 pages

La démobilité : travailler, vivre autrement

Julien Damon, juin 2013, 44 pages

LE KAPITAL. Pour rebâtir l'industrie

Christian Saint-Étienne et Robin Rivaton, avril 2013, 40 pages

Code éthique de la vie politique et des responsables publics en France

Les Arvernes, Fondation pour l'innovation politique, avril 2013, 12 pages

Les classes moyennes dans les pays émergents

Julien Damon, avril 2013, 38 pages

Innovation politique 2013

Fondation pour l'innovation politique, PUF, janvier 2013, 652 pages

Relancer notre industrie par les robots (2) : les stratégies

Robin Rivaton, décembre 2012, 40 pages

Relancer notre industrie par les robots (1) : les enjeux

Robin Rivaton, décembre 2012, 52 pages

La compétitivité passe aussi par la fiscalité

Aldo Cardoso, Michel Didier, Bertrand Jacquillat, Dominique Reynié et Grégoire Sentilhes, décembre 2012, 20 pages

Une autre politique monétaire pour résoudre la crise

Nicolas Goetzmann, décembre 2012, 40 pages

La nouvelle politique fiscale rend-elle l'ISF inconstitutionnel?

Aldo Cardoso, novembre 2012, 12 pages

Fiscalité : pourquoi et comment un pays sans riches est un pays pauvre ...

Bertrand Jacquillat, octobre 2012, 40 pages

Youth and Sustainable Development

Fondapol/Nomadéis/United Nations, juin 2012, 80 pages

La philanthropie. Des entrepreneurs de solidarité

Francis Charhon, mai / juin 2012, 44 pages

Les chiffres de la pauvreté : le sens de la mesure

Julien Damon, mai 2012, 40 pages

Libérer le financement de l'économie

Robin Rivaton, avril 2012, 40 pages

L'épargne au service du logement social

Julie Merle, avril 2012, 40 pages

L'Opinion européenne en 2012

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, mars 2012, 210 pages

Valeurs partagées

Dominique Reynié (dir.), PUF, mars 2012, 362 pages

Les droites en Europe

Dominique Reynié (dir.), PUF, février 2012, 552 pages

Innovation politique 2012

Fondation pour l'innovation politique, PUF, janvier 2012, 648 pages

L'école de la liberté : initiative, autonomie et responsabilité

Charles Feuillerade, janvier 2012, 36 pages

Politique énergétique française (2) : les stratégies

Rémy Prud'homme, janvier 2012, 40 pages

Politique énergétique française (1) : les enjeux

Rémy Prud'homme, janvier 2012, 48 pages

Révolution des valeurs et mondialisation

Luc Ferry, janvier 2012, 36 pages

Quel avenir pour la social-démocratie en Europe?

Sir Stuart Bell, décembre 2011, 36 pages

La régulation professionnelle : des règles non étatiques pour mieux

responsabiliser

Jean-Pierre Teyssier, décembre 2011, 36 pages

L'hospitalité : une éthique du soin

Emmanuel Hirsch, décembre 2011, 32 pages

12 idées pour 2012

Fondation pour l'innovation politique, décembre 2011, 110 pages

Les classes moyennes et le logement

Julien Damon, décembre 2011, 40 pages

Réformer la santé : trois propositions

Nicolas Bouzou, novembre 2011, 32 pages

Le nouveau Parlement : la révision du 23 juillet 2008

Jean-Félix de Bujadoux, novembre 2011, 40 pages

La responsabilité

Alain-Gérard Slama, novembre 2011, 32 pages

Le vote des classes moyennes

Élisabeth Dupoirier, novembre 2011, 40 pages

La compétitivité par la qualité

Emmanuel Combe et Jean-Louis Mucchielli, octobre 2011, 32 pages

### Les classes moyennes et le crédit

Nicolas Pécourt, octobre 2011, 32 pages

### Portrait des classes moyennes

Laure Bonneval, Jérôme Fourquet et Fabienne Gomant, octobre 2011, 36 pages

### Morale, éthique, déontologie

Michel Maffesoli, octobre 2011, 40 pages

### Sortir du communisme, changer d'époque

Stéphane Courtois (dir.), PUF, octobre 2011, 672 pages

### L'énergie nucléaire après Fukushima : incident mineur ou nouvelle donne ?

Malcolm Grimston, septembre 2011, 16 pages

### La jeunesse du monde

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, septembre 2011, 132 pages

### Pouvoir d'achat : une politique

Emmanuel Combe, septembre 2011, 52 pages

### La liberté religieuse

Henri Madelin, septembre 2011, 36 pages

### Réduire notre dette publique

Jean-Marc Daniel, septembre 2011, 40 pages

### Écologie et libéralisme

Corine Pelluchon, août 2011, 40 pages

### Valoriser les monuments historiques : de nouvelles stratégies

Wladimir Mitrofanoff et Christiane Schmuckle-Mollard, juillet 2011, 28 pages

### Contester les technosciences : leurs raisons

Eddy Fougier, juillet 2011, 40 pages

### Contester les technosciences : leurs réseaux

Sylvain Boulouque, juillet 2011, 36 pages

### La fraternité

Paul Thibaud, juin 2011, 36 pages

### La transformation numérique au service de la croissance

Jean-Pierre Corniou, juin 2011, 52 pages

### L'engagement

Dominique Schnapper, juin 2011, 32 pages

### Liberté, Égalité, Fraternité

André Glucksmann, mai 2011, 36 pages

### Quelle industrie pour la défense française?

Guillaume Lagane, mai 2011, 26 pages

### La religion dans les affaires : la responsabilité sociale de l'entreprise

Aurélien Acquier, Jean-Pascal Gond et Jacques Igalens, mai 2011, 44 pages

### La religion dans les affaires : la finance islamique

Lila Guermas-Sayegh, mai 2011, 36 pages

### Où en est la droite ? L'Allemagne

Patrick Moreau, avril 2011, 56 pages

### Où en est la droite ? La Slovaquie

Étienne Boisserie, avril 2011, 40 pages

### Qui détient la dette publique ?

Guillaume Leroy, avril 2011, 36 pages

### Le principe de précaution dans le monde

Nicolas de Sadeleer, mars 2011, 36 pages

### Comprendre le Tea Party

Henri Hude, mars 2011, 40 pages

### Où en est la droite ? Les Pays-Bas

Niek Pas, mars 2011, 36 pages

### Productivité agricole et qualité des eaux

Gérard Morice, mars 2011, 44 pages

### L'Eau : du volume à la valeur

Jean-Louis Chaussade, mars 2011, 32 pages

### Eau : comment traiter les micropolluants ?

Philippe Hartemann, mars 2011, 38 pages

### Eau : défis mondiaux, perspectives françaises

Gérard Payen, mars 2011, 62 pages

### L'irrigation pour une agriculture durable

Jean-Paul Renoux, mars 2011, 42 pages

### Gestion de l'eau : vers de nouveaux modèles

Antoine Frérot, mars 2011, 32 pages

### Où en est la droite ? L'Autriche

Patrick Moreau, février 2011, 42 pages

### La participation au service de l'emploi et du pouvoir d'achat

Jacques Perche et Antoine Pertinax, février 2011, 32 pages

### Le tandem franco-allemand face à la crise de l'euro

Wolfgang Glomb, février 2011, 38 pages

### 2011, la jeunesse du monde

Dominique Reynié (dir.), janvier 2011, 88 pages

### L'Opinion européenne en 2011

Dominique Reynié (dir.), Édition Lignes de Repères, janvier 2011, 254 pages

### Administration 2.0

Thierry Weibel, janvier 2011, 48 pages

### Où en est la droite ? La Bulgarie

Antony Todorov, décembre 2010, 32 pages

### Le retour du tirage au sort en politique

Gil Delannoi, décembre 2010, 38 pages

### La compétence morale du peuple

Raymond Boudon, novembre 2010, 30 pages

### L'Académie au pays du capital

Bernard Belloc et Pierre-François Mourier, PUF, novembre 2010, 222 pages

### Pour une nouvelle politique agricole commune

Bernard Bachelier, novembre 2010, 30 pages

### Sécurité alimentaire : un enjeu global

Bernard Bachelier, novembre 2010, 30 pages

### Les vertus cachées du low cost aérien

Emmanuel Combe, novembre 2010, 40 pages

### Innovation politique 2011

Fondation pour l'innovation politique, PUF, novembre 2010, 676 pages

### Défense : surmonter l'impasse budgétaire

Guillaume Lagane, octobre 2010, 34 pages

### Où en est la droite? L'Espagne

Joan Marcet, octobre 2010, 34 pages

### Les vertus de la concurrence

David Sraer, septembre 2010, 44 pages

### Internet, politique et coproduction citoyenne

Robin Berjon, septembre 2010, 32 pages

### Où en est la droite ? La Pologne

Dominika Tomaszewska-Mortimer, août 2010, 42 pages

### Où en est la droite ? La Suède et le Danemark

Jacob Christensen, juillet 2010, 44 pages

### Quel policier dans notre société?

Mathieu Zagrodzki, juillet 2010, 28 pages

#### Où en est la droite? L'Italie

Sofia Ventura, juillet 2010, 36 pages

### Crise bancaire, dette publique : une vue allemande

Wolfgang Glomb, juillet 2010, 28 pages

### Dette publique, inquiétude publique

Jérôme Fourquet, juin 2010, 32 pages

### Une régulation bancaire pour une croissance durable

Nathalie Janson, juin 2010, 36 pages

### Quatre propositions pour rénover notre modèle agricole

Pascal Perri, mai 2010, 32 pages

### Régionales 2010 : que sont les électeurs devenus ?

Pascal Perrineau, mai 2010, 56 pages

### L'Opinion européenne en 2010

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, mai 2010, 245 pages

### Pays-Bas: la tentation populiste

Christophe de Voogd, mai 2010, 43 pages

### Quatre idées pour renforcer le pouvoir d'achat

Pascal Perri, avril 2010, 30 pages

### Où en est la droite ? La Grande-Bretagne

David Hanley, avril 2010, 34 pages

### Renforcer le rôle économique des régions

Nicolas Bouzou, mars 2010, 30 pages

### Réduire la dette grâce à la Constitution

Jacques Delpla, février 2010, 54 pages

### Stratégie pour une réduction de la dette publique française

Nicolas Bouzou, février 2010, 30 pages

### Iran : une révolution civile ?

Nader Vahabi, novembre 2009, 19 pages

Où va l'Église catholique ? D'une querelle du libéralisme à l'autre

Émile Perreau-Saussine, octobre 2009, 26 pages

Agir pour la croissance verte

Valéry Morron et Déborah Sanchez, octobre 2009, 11 pages

L'économie allemande à la veille des législatives de 2009

Nicolas Bouzou et Jérôme Duval-Hamel, septembre 2009, 10 pages

Élections européennes 2009 : analyse des résultats en Europe et en France Corinne Deloy, Dominique Reynié et Pascal Perrineau, septembre 2009, 32 pages

Retour sur l'alliance soviéto-nazie, 70 ans après

Stéphane Courtois, juillet 2009, 16 pages

L'État administratif et le libéralisme. Une histoire française

Lucien Jaume, juin 2009, 12 pages

La politique européenne de développement : Une réponse à la crise de la mondialisation ?

Jean-Michel Debrat, juin 2009, 12 pages

La protestation contre la réforme du statut des enseignants-chercheurs : défense du statut, illustration du statu quo.

Suivi d'une discussion entre l'auteur et Bruno Bensasson

David Bonneau, mai 2009, 20 pages

La lutte contre les discriminations liées à l'âge en matière d'emploi

Élise Muir (dir.), mai 2009, 64 pages

Quatre propositions pour que l'Europe ne tombe pas dans le protectionnisme

Nicolas Bouzou, mars 2009, 12 pages

Après le 29 janvier : la fonction publique contre la société civile ? Une question de justice sociale et un problème démocratique

Dominique Reynié, mars 2009, 22 pages

La réforme de l'enseignement supérieur en Australie

Zoe McKenzie, mars 2009, 74 pages

Les réformes face au conflit social

Dominique Reynié, janvier 2009, 14 pages

L'Opinion européenne en 2009

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, mars 2009, 237 pages

Travailler le dimanche: qu'en pensent ceux qui travaillent le dimanche?

Sondage, analyse, éléments pour le débat

Dominique Reynié, janvier 2009, 18 pages

Stratégie européenne pour la croissance verte

Elvire Fabry et Damien Tresallet (dir.), novembre 2008, 124 pages

Défense, immigration, énergie : regards croisés franco-allemands sur trois priorités de la présidence française de l'UE

Elvire Fabry, octobre 2008, 35 pages

Retrouvez notre actualité et nos publications sur fondapol.org

# SOUTENEZ LA FONDATION POUR L'INNOVATION POLITIQUE!

Pour renforcer son indépendance et conduire sa mission d'utilité publique, la Fondation pour l'innovation politique, institution de la société civile, a besoin du soutien des entreprises et des particuliers. Ils sont invités à participer chaque année à la convention générale qui définit ses orientations. La Fondation pour l'innovation politique les convie régulièrement à rencontrer ses équipes et ses conseillers, à discuter en avant-première de ses travaux, à participer à ses manifestations.

Reconnue d'utilité publique par décret en date du 14 avril 2004, la Fondation pour l'innovation politique peut recevoir des dons et des legs des particuliers et des entreprises.

### Vous êtes une entreprise, un organisme, une association

Avantage fiscal : votre entreprise bénéficie d'une réduction d'impôt de 60 % à imputer directement sur l'IS (ou le cas échéant sur l'IR), dans la limite de 5 % du chiffre d'affaires HT (report possible durant 5 ans) (art. 238bis du CGI).

Dans le cas d'un don de 20 000 €, vous pourrez déduire 12 000 € d'impôt, votre contribution aura réellement coûté 8 000 € à votre entreprise.

### Vous êtes un particulier

Avantages fiscaux: au titre de l'IR, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 66 % de vos versements, dans la limite de 20 % du revenu imposable (report possible durant 5 ans); au titre de l'ISF, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 75 % de vos dons versés, dans la limite de 50 000 €.

Dans le cas d'un don de  $1000 \, \text{€}$ , vous pourrez déduire  $660 \, \text{€}$  de votre IR ou  $750 \, \text{€}$  de votre ISF. Pour un don de  $5000 \, \text{€}$ , vous pourrez déduire  $3300 \, \text{€}$  de votre IR ou  $3750 \, \text{€}$  de votre ISF.

contact: Anne Flambert +33 (0)1 47 53 67 09 anne.flambert@fondapol.org

### DE L'ASSURANCE MALADIE À L'ASSURANCE SANTÉ

### Par Patrick NEGARET

La dégradation lente et inéluctable de notre système de santé nécessiterait des mesures fortes, structurelles, qui s'attaquent aux causes de cette situation. Continuer dans la voie actuelle aboutit à une lente érosion de la prise en charge par l'assurance maladie et à une augmentation régulière des prélèvements, assorties d'un déficit permanent. Malgré des soins de haut niveau et une certaine qualité des soins courants, les faits sont éloquents : difficultés d'accès aux soins, résultats sanitaires souvent moyens, mécontentement des établissements de soins et des professionnels de santé, voire des assurés sociaux, gaspillages récurrents.

Outre les nécessaires réformes pour remédier à ces problèmes multiples, un constat devrait guider l'action : la partie la plus importante et dynamique des dépenses de santé repose sur les affections chroniques. Et il est possible de parvenir à limiter cette progression en modifiant notamment les comportements individuels. Les soins ne sont qu'une partie de la santé et une véritable politique de santé ne saurait se résumer à toujours dépenser plus pour les soins. Audelà de son rôle traditionnel de prise en charge des frais de santé, l'assurance maladie doit évoluer dans son approche et donner aux individus qu'elle est censée protéger les moyens de gérer leur capital santé.

C'est tout le sens de la démarche Santé Active initiée à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Sarthe à partir de 1998 et reprise ensuite à l'échelon national par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en 2011. Néanmoins, ce service en santé n'est plus guère soutenu aujourd'hui, excepté le coaching en ligne. La véritable ambition de ce grand service public qu'est l'assurance maladie n'est-elle pas de garantir la santé de ses concitoyens et pas seulement la prise en charge des soins ? D'être une assurance santé plutôt qu'une assurance maladie ?

