

L'équité contre l'égalité? Contribution pour repenser les termes du débat

La notion d'équité est de plus en plus souvent utilisée pour avancer l'idée selon laquelle l'impossibilité d'augmenter le niveau des prélèvements obligatoires et les dépenses sociales imposerait une redistribution de ces dernières vers les plus défavorisées. En opposant équité et égalité, la rhétorique contemporaine est toutefois loin de contribuer à clarifier les termes du débat sur une nouvelle solidarité. En particulier quant il s'agit de la protection santé.

Depuis le rapport *La France de l'an 2000*, rédigé en 1994 sous la direction d'Alain Minc¹, la notion d'équité est de plus en plus souvent proposée contre celle d'égalité pour constituer le paradigme conceptuel permettant de planifier l'évolution de la protection sociale dans notre pays. La Fondation Saint Simon l'a régulièrement mise en valeur et l'a en quelque sorte adoptée officiellement dans le récent essai politique qu'elle vient de publier² - peu après qu'Alain Minc lui-même ait vigoureusement relancé cette problématique dans les médias³. Au niveau le plus immédiat, la notion d'équité a été mise en avant, sur fond d'austérité pour les régimes sociaux, pour justifier l'introduction de mesures de discrimination positive dans le système de protection sociale. Ces mesures passent notamment par la mise sous condition de ressources d'allocations ou de prestations qui jusque-là n'y étaient pas soumises - l'exemple le plus récent étant le plafonnement des allocations familiales. Cette problématique de l'équité a selon ses tenants une portée générale et touche l'ensemble de la sécurité sociale, voire de l'action de l'État en général: elle devrait en effet être étendue à la protection maladie et concerner des secteurs comme l'éducation.

Cette problématique a soulevé beaucoup de critiques, en particulier du côté de la gauche républicaine ou radicale mobilisée au nom de l'«égalité» en faveur de la défense de prestations uniformes indépendamment du revenu des personnes considérées. Même en laissant de côté les incohérences de ces partisans «radicaux» d'un tel statu quo⁴, force est de reconnaître qu'ils ont globalement accepté le terrain du débat tel qu'il était posé par les partisans de l'«équité». Or, c'est ce terrain lui-même qu'il s'agit peut-être de questionner.

La conception équitable de l'égalité

Ne convient-il pas d'ailleurs de s'interroger sur l'usage du terme d'équité ainsi opposé à celui d'égalité? Après tout, s'il s'agissait seulement de justifier des discriminations positives, il aurait été possible de le faire au nom de l'égalité elle-même: il suffisait pour cela d'opposer l'égalité réelle des individus, par exemple dans l'accès aux soins médicaux, à l'égalité formelle que constitue le fait d'assurer un même taux de remboursement à des individus dont certains peuvent payer une mutuel-

le et d'autres non - situation qui porte ces derniers à ne pas engager certaines dépenses de santé que les premiers se permettent sans hésitation⁵. Pourquoi donc avoir choisi de brandir le drapeau de l'équité?

Pour le comprendre, il n'est pas inutile de rappeler que la notion a officiellement été empruntée au philosophe américain John Rawls - elle constitue la traduction française la plus répandue de la «*fairness*». Il ne saurait être question ici de discuter sur la pertinence philologique de cet emprunt revendiqué. Pour autant, il est intéressant de rappeler brièvement la problématique dans laquelle J. Rawls inscrit la notion de *fairness*. Le philosophe nord-américain entend avec elle articuler les principes d'égalité et de liberté d'une part, donner priorité aux intérêts des plus défavorisés d'autre part, le tout dans la perspective d'une théorie de la justice qui sache intégrer de façon «réaliste» un certain nombre de données socio-économiques, et en particulier le fait que la société marchande engendre inévitablement des inégalités⁶. Dans ce cadre, l'équité, loin de s'opposer à l'égalité, intègre celle-ci dans une conception élargie. Sur le plan socio-économique, l'idée de base est double: (a) Il ne s'agit pas simplement de s'en tenir à une égalité formelle, il faut viser une réelle égalité des chances; plus, dans une perspective démocratique (et antiméritocratique), la structure de base de la société doit compenser les inégalités naturelles de talents et de capacités. (b) Cependant, certaines inégalités peuvent être justes. Entre deux systèmes, l'un qui partage également les parts du gâteau mais ne permet de fabriquer qu'un gâteau de taille modeste, et l'autre qui partage inégalement ces parts mais qui permet de fabriquer un gâteau si gros que sa plus petite part est plus importante que chacune des parts égales du gâteau du premier système, il est juste de préférer le second. Si l'économie marchande s'avère si dynamique qu'une fois corrigée par les mécanismes redistributeurs de l'État providence, elle permet que les plus défavorisés vivent mieux que dans un système économique étatisé et strictement égalitaire, elle est alors préférable à ce dernier. Cet argument ne prend cependant son sens que dans une logique globale qui dépasse largement le seul plan financier. La perspective de droits de base égaux pour tous inclut en effet une série de dimensions qui limitent de façon très stricte l'ampleur des inégalités tolérables et ne peut en aucun cas être comprise comme un hymne à la société marchande⁷.

Indirectement, ces deux volets conjugués permettent de justifier les discriminations en positif: dans un monde non idéal, il s'agit de compenser un certain nombre de discriminations dont sont ou ont été victimes certains groupes. Au-delà, plutôt que de considérer les plus défavorisés comme res-

1. Odile Jacob/
La Documentation
Française, Paris 1994.
La commission
chargée de rédiger ce
rapport comprenait
entre autres L. Ferry,
J.P. Fitoussi, J.B. de
Foucauld, E. Morin,
R. Rémond,
P. Rosanvallon et
A. Touraine.

2. Cf. Nicolas
Dufourcq: «L'État-
providence sélectif»,
*Notes de la Fondation
Saint Simon*, mars
1994, repris dans
Esprit, décembre
1994; *Pour une
nouvelle République
sociale*, Calmann-
Lévy 1997. P.
Rosanvallon a adopté
quant à lui une
approche beaucoup
plus sceptique sur la
question. Cf. *La
nouvelle question
sociale*, Seuil, Paris
1995.

3. Cf. notamment *Le
Monde*, 03/07/1997.

4. Sauf exception,
aucun n'a par
exemple réclamé que
le montant des
diverses formes
d'allocation logement
attribuées jusqu'à
aujourd'hui par la
CAF aux plus
démunis soit réparti
également entre toutes
les familles,
indépendamment de
leur niveau de
ressources.

5. Il faut cependant reconnaître que le manifeste politique de la Fondation Saint Simon est sur ce point assez précautionneux. On y lit en effet: «Par opposition à la formule de l'égalité *a minima* de l'État-providence libéral, la conception équitable de l'égalité demande à l'État-providence social d'agir plus pour ceux qui ont le moins. Il s'agit de rétablir une égalité des chances rompue par les injustices de la vie économique» (*Pour une nouvelle République sociale*, op. cit., p. 68).

6. Les deux principes de justice fondamentaux sont, par ordre de priorité: «1. Chaque personne a un droit égal à un système pleinement adéquat de libertés et de droits de base égaux pour tous, compatible avec un même système pour tous.

2. Les inégalités sociales et économiques doivent remplir deux conditions: en premier lieu, elles doivent être attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous dans des conditions de juste (fair) égalité des chances; et, en second lieu, elles doivent être au plus grand avantage des membres les plus défavorisés de la société» (*Justice et démocratie*, Paris, Seuil 1993, p. 156).

7. Cf. B. Guillaume, «Philosophie de l'égalitarisme», *Philosophie politique*, 7, 1995.

8. Cf. N. Burgi-Golub, «Égalité, équité: les catégories idéologiques des politiques sociales», *Politix*, 34, 1996.

9. C'est seulement à la marge, notamment dans les actions accompagnant les allocations logement, que les CAF jouent un rôle similaire.

ponsables de leur situation s'orienter vers une société juste implique de maximiser prioritairement leurs intérêts (dans le respect des normes de liberté et d'égalité politiques et juridiques).

Une conception idéologique de l'équité

La problématique rawlsienne constitue une réflexion abstraite sur la société juste plutôt que sur la marche empirique vers celle-ci. En tout état de cause, elle est porteuse d'une forte visée égalitaire et s'est inscrite résolument à gauche dans les débats philosophico-politiques anglo-saxons. C'est pourquoi l'«équité» à la mode française s'inscrit en décalage rhétorique et idéologique avec la *fairness* rawlsienne⁸. Rares sont en effet les auteurs français qui ont tenté de définir avec précision une notion censée représenter la nouvelle bannière derrière laquelle le système de protection sociale devrait se ranger. Un certain nombre de thèmes se retrouvent cependant peu ou prou chez la presque totalité des tenants de cette position. Le raisonnement est en gros le suivant: le déficit des régimes sociaux est tel qu'il est nécessaire de prendre des mesures de restructuration radicales et tenables sur le long terme; or, face à la mondialisation et à la concurrence qu'elle implique, en particulier du côté des bas salaires, toute solution qui passerait par des hausses supplémentaires de cotisations serait contre-productive en termes d'emploi et irresponsable en termes d'action publique - car favorisant indûment certaines prestations (retraites, santé) plutôt que d'autres (logement...); dans cette situation, outre l'accroissement des ressources que représente le passage des cotisations à la fiscalisation (type CSG), il s'agit de jouer avant tout là où il a une marge d'action réelle, à savoir sur le montant des prestations, en imposant une enveloppe globale de dépense et en distribuant prioritairement ces ressources aux plus démunis (par exemple à travers l'instauration de cartes de santé permettant un accès gratuit aux soins); car, tant qu'à gérer un certain rationnement, il est plus équitable de favoriser ceux qui ont le plus besoin des prestations sociales; il faut donc étendre la mise sous condition de ressources des prestations de la branche famille à la branche santé, en augmentant par exemple de façon substantielle le ticket modérateur, c'est-à-dire la fraction des dépenses non prise en charge par la Sécurité Sociale - quitte à en exempter totalement les plus démunis.

L'argument ainsi résumé ne manque pas de force, mais il pose problème à plusieurs titres. Il a d'abord très souvent servi de cache-sexe à l'appel à se résigner aux «réalités économiques», à l'euphémisation du caractère structurel des inégalités et à la justification des politiques monétaristes - c'est un tel «réalisme» qui conduisit par exemple Alain Minc à soutenir aux présidentielles la candidature de Balladur, dont le moins qu'on puisse dire est que sa sensibilité au sort des plus démunis n'était pas évidente. Cette posture a puissamment contribué à faire apparaître la notion d'équité comme l'un des volets de la «pensée unique» -

d'autant que cette notion était a priori suspecte car importée de «l'antimodèle» nord-américain au yeux de nombreux «républicains» français. L'argument a de plus tendu à réduire la question à un angle purement comptable. Enfin, même sur un plan strictement financier, il a comme nous le verrons plus bas contribué à occulter une série de questions fondamentales.

À la différence des allocations familiales, les prestations du système de santé ne sont pas purement financières et doivent d'abord être appréhendées en termes de pratiques collectives⁹. Cette réalité n'est que partiellement prise en compte dans des mesures limitant le nombre de médecins (*numerus clausus*) ou mettant en avant des enveloppes globales ou des références médicales opposables (RMO, qui visent à imposer aux praticiens une rationalisation et un meilleur rapport qualité/prix de leurs prescriptions). Ces mesures ont sans doute favorisé chez les professionnels de santé une prise de conscience et une réflexion sur le coût de leurs pratiques. Cependant, le ciblage de certains groupes particulièrement exposés comme relevant d'un effort particulier de la société ne devrait pas être envisagé sous un angle purement comptable et devrait d'abord impliquer des pratiques médicales ciblées, en particulier en termes de prévention et de santé publique. Le problème est plus large que celui de l'accès aux soins. Il est notoire que les individus sont inégaux devant la santé, ce qui se traduit par des taux différentiels de pratique médicale, d'affection ou de mortalité par groupe social. De même, quelques (trop rares) études ont souligné les problèmes de santé rencontrés avec une fréquence spécifique dans les quartiers «sensibles». La plupart des partisans de l'équité - tout comme ceux de l'égalité - négligent ou ne mentionnent qu'incidemment cet aspect du problème.

Quel financement?

Par ailleurs, même en termes purement comptables, on ne voit pas pour quelle raison la discussion porterait uniquement sur les prestations. La question de la nature du financement est en effet loin d'être épuisée avec l'établissement de la CSG. L'abandon du système de cotisations salariales porte à l'évidence un coup décisif à la vision du système de santé comme un mécanisme assurantiel jouant sur un «salaire différé». La fiscalisation et sa contrepartie logique (mais encore incomplètement acquise à ce jour), la couverture universelle, impliquent le passage à un système où la santé est considérée comme un droit garanti non seulement aux salariés, mais à l'ensemble des résidents. Ce passage porte certes avec lui le risque de précariser encore plus une société salariale déjà bien mise à mal ces dernières années. Mais il constitue aussi une évolution qui doit être soutenue. Elle permet en effet d'étendre en s'appuyant sur un raisonnement fondé sur des principes (et non pas seulement dans un esprit charitable ou assistantiel) la couverture maladie aux couches non salariées, qu'elles soient déjà raccro-

chées «par la bande» au système actuel (étudiants, handicapés de naissance, une partie de ceux vivant des minima sociaux...) ou non (certaines personnes complètement désaffiliées, voire, demain, les travailleurs d'un «troisième secteur» d'utilité sociale qui s'insérerait entre le marché et le secteur public). Cela constitue une sanction du fait que la production dépend aujourd'hui d'un cadre qui dépasse largement le seul travail salarié, en même temps qu'un acte impliquant que chaque individu bénéficie directement d'un droit à la santé - et ce indépendamment de son statut de salarié, ou de conjoint ou de descendant d'une personne salariée¹⁰.

Ne faudrait-il pas cependant pousser jusqu'au bout la logique de la fiscalisation, et intégrer la question de la CSG dans celle d'une réforme globale de la fiscalité? D'ailleurs, insister sur la nature fiscale de la CSG n'implique-t-il pas de mettre en question son caractère non progressif (puisque son taux est le même, indépendamment du niveau de revenu, et qu'il est même dégressif puisqu'une partie de la CSG est déductible du montant des ressources imposables, ce qui profite aux revenus les plus élevés)? Parallèlement, le transfert des cotisations patronales vers une taxation de type CSG a parfois été évoqué. Il constituerait une redistribution dans la répartition capital/travail très défavorable au second, accentuant encore une inflexion très nette au cours des deux dernières décennies. Or, la logique de la fiscalisation ne conduit pas nécessairement à un tel transfert. Elle pourrait au contraire mener à abandonner la cotisation patronale fondée sur le salaire au profit d'une taxe sur le chiffre d'affaire.

La question du niveau de financement du système de santé est elle aussi tranchée beaucoup trop vite par les tenants de l'équité, pour lesquels la nécessité d'une stabilisation ou d'une baisse de la part de la santé et de la sécurité sociale en général dans le PIB constitue un *a priori*. Or, il faut affirmer avec force qu'il n'y a pas de seuil «naturel» au-dessus duquel les dépenses de santé ou les prélèvements obligatoires en général seraient condamnables. Le niveau actuel (environ 10% pour la santé, et 45% pour l'ensemble des prélèvements obligatoires) aurait paru démesuré il y a cinquante ans. Qui nous dit que des taux de 15% et 55% ne seront pas considérés comme normaux d'ici une ou deux décennies?

Il est cependant exact qu'un véritable débat public sur ces points est nécessaire, et qu'une augmentation mécanique de la part des dépenses de santé dans le PIB n'a aucune justification «naturelle». Il serait anormal de laisser le niveau des dépenses médicales dépendre seulement, dans un cadre libéral, du jeu de l'offre des professionnels de la santé et d'une demande que tout un chacun pourrait voir satisfaire en étant pris en charge par la collectivité. Le système de santé ne doit pas fonctionner comme un marché, du fait des spécificités de la pratique médicale et parce que tout marché ne prend en compte que la demande solvable - ce qui serait sur ce plan sur ce plan lourd de conséquences. Mais il ne doit pas être non plus

un microcosme communiste où chacun pourrait agir individuellement «selon ses besoins», pour reprendre la formule de Marx. Un débat public, politique et éthique, est nécessaire pour définir les limites à l'intérieur desquelles ce principe du «à chacun selon ses besoins» peut s'appliquer. Les types de soins étant virtuellement illimités et la société d'abondance une mauvaise utopie, l'établissement collectif d'une norme est nécessaire dans ce domaine: quelles sont les pratiques qui relèvent du confort personnel ou du «luxe», comment répartir des biens «rares» comme les greffes d'organes¹¹? Là encore, les aspects pratiques et les aspects financiers sont étroitement imbriqués. De plus, la lutte contre les inégalités et les rapports de domination est nécessairement hautement conflictuelle. Au bout du compte, c'est à la collectivité qu'il convient de définir les secteurs de la pratique médicale qu'il faut soutenir en priorité, en particulier en termes d'allocation des crédits de recherche et d'implantation des structures de soin. C'est aussi à la collectivité qu'il convient d'arbitrer dans la répartition des ressources entre les domaines de la santé, de l'éducation, du logement...

Ces arbitrages et ces spécifications ne signifient pas pour autant qu'il soit illégitime de parler de «droits sociaux», et en particulier d'un droit à la santé¹². Les droits ne sont pas des jokers dont les individus pourraient user de façon absolue; ils constituent des complexes évolutifs et partiellement contradictoires, qui doivent être interprétés, matérialisés, et harmonisés dans des contextes historiques et sociaux déterminés. La *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* de 1789 précise elle-même, dans une optique légictriste, que les droits de chacun doivent être mutuellement compatibles et qu'il revient en conséquence à la loi d'en déterminer les bornes. C'est ainsi que des arbitrages légaux doivent par exemple délimiter les frontières entre la liberté d'expression et le respect de la vie privée, entre le droit de propriété et celui à un environnement non pollué, etc. Le droit à la santé doit être qualifié politiquement et éthiquement pour pouvoir être compatible avec d'autres droits (au logement, à l'éducation...), et pour pouvoir être partagé équitablement par tous les individus. Il n'en reste pas moins un droit - qu'il faut, comme tous les droits, exercer et revendiquer pour qu'il soit effectif.

Quelles prestations?

Même sur le plan où les hérauts de l'équité semblent avoir le plus à dire, celui des prestations financières, une série de simplifications sont malheureusement opérées.

Il faudrait tout d'abord, en s'inspirant librement de Rawls, considérer dans toute sa complexité l'argument de la priorité aux plus démunis - ou, pour employer un langage plus politique, aux plus dominés. D'un strict point de vue financier, il est certes «équitable» de favoriser une égalité réelle des individus devant la santé en remboursant davantage les dépenses des plus démunis. Il ne faut

10. Le premier volet de l'argument renvoie à la thèse du «general intellect» déjà développée par Marx; le second à une critique de la centralité du travail salarié dans le système de protection sociale que l'on retrouve par exemple dans C. Offe: «Smooth Consolidation in the West German Welfare State», in F. Piven (ed.): *Labor Parties in Postindustrial Societies*, Cambridge, Polity 1991.

11. Cf. Jon Elster «Justice locale», *Revue M*, 48 et 49, octobre-novembre et décembre 1991.

12. Cf., dans une telle optique, l'entretien avec Rosanvallon dans ce numéro.



13. Cf. l'article de Skocpol dans ce même numéro.

14. Je rejoins en cela largement l'argument que J.J. Dupeyroux développe dans «Liberté, équité, fraternité», *Libération*, 06/08/1997. L'auteur rappelle que plus de 200 milliards de francs de dépenses sociales sont d'ores et déjà distribuées sous condition de ressources, soit les deux tiers de ce que rapporte l'impôt sur le revenu (la moitié des prestations versées par les CAF étant déjà versées sous condition de ressources). On peut ajouter, pour donner un ordre de grandeur, que l'ensemble des dépenses sociales de la nation représenterait plus de 2 300 milliards de francs en 1994, dont 1 768 milliards pour les seuls régimes de sécurité sociale — la branche santé pesant à elle seule plus de 400 milliards.

15. C'est en bonne partie ce qui prévaut aujourd'hui aux USA.

cependant pas dissimuler le risque que représenterait un recentrage trop poussé de l'État social sur les plus démunis, y compris et d'abord pour ce public ciblé. Comme aux États-Unis, où le *Welfare* tend à être assimilé à l'aide sociale, l'État social risquerait d'être réduit à un État assistantiel. Au regard des rapports de domination qui sont actuellement si prégnants dans nos sociétés, trois menaces planeraient sur les plus démunis. La plus importante est que l'extension au système de santé de la logique purement financière de plafonnement des Allocations Familiales (qui étendrait par exemple de façon excessive le principe du ticket modérateur) aboutirait inévitablement à créer un système dual où coexisteraient un régime social public ou parapublic et un système fondé sur les assurances volontaires privées. Quelles que soient les bonnes intentions à cet égard, la tendance lourde serait alors de se rapprocher d'une situation à l'américaine. Au-delà, le risque serait grand que se forme une coalition politique majoritaire contre l'État social, ou visant au moins à le redimensionner qualitativement à la baisse (c'est ce qui se produit aujourd'hui en Grande Bretagne ou aux USA, où les gouvernements travailliste et démocrate, s'inscrivant dans la continuité de leurs prédécesseurs, effectuent des coupes sombres dans l'aide sociale)¹³. Enfin, ils pourraient être victimes d'une labellisation négative, où les notions d'assisté et de parasite seraient placées en continuum, voire de formes de ghettoïsation territoriale.

Ce qui vient d'être dit n'équivaut pas au refus global de toute discrimination positive, bien au contraire; celles-ci sont tout à fait légitimes sur un

plan principal, et une série de mesure allant en ce sens doivent être adoptées. Simplement, des raisons pragmatiques poussent à réfléchir sérieusement sur leur ampleur souhaitable¹⁴. L'intérêt bien compris des plus démunis peut être sur ce plan de recevoir un peu moins de prestations sur le court terme pour rester dans un cadre universel qui les protège sur le long terme.

La notion de solidarité, souvent employée à tort et à travers, masque à cet égard des logiques opposées. Une couverture sociale réduite aux plus démunis ou centrée sur eux relève d'une logique de l'*assistance* (celle-ci peut à son tour être considérée comme un droit pour les plus démunis ou, dans une logique purement charitable, comme un acte relevant du bon vouloir des autres membres de la société). Une couverture sociale reposant sur des contributions volontaires à des assurances privées, et dont le montant est individualisé corrélativement au risque représenté par l'assuré (ou le groupe d'assurés), ne sort pas d'une logique purement *assurantielle*¹⁵. Enfin, la couverture universelle basée sur un financement fiscalisé obéit à une logique du *droit à la santé*. Bien sûr, ces logiques ne prennent leur sens que dans des contextes particuliers, où elles s'articulent toujours avec d'autres. Globalement, c'est cependant bien cette troisième logique qu'il convient de favoriser dans la perspective d'une justice sociale radicale. En fonction de cette distinction, il est sans doute préférable, s'il est vraiment nécessaire de rembourser de façon différentielle certaines dépenses de santé, de choisir un mécanisme d'indexation de type quotient familial (le principe du remboursement est universel, mais le montant

varie en fonction des ressources) plutôt qu'un mécanisme de plafonnement (qui instaure un effet de seuil et fait sortir du système certains groupes).

Grandeur et misère du mutualisme

Il convient de nuancer ce tableau des risques de mise sous condition de ressources en rappelant que le système de santé français est d'ores et déjà dualiste. Le facteur principal de dualité du système (ou, plus largement, de différenciation) est sans contexte le mutualisme. Celui-ci bénéficie d'une image positive dans le mouvement ouvrier et syndical en fonction du rôle historique qu'il a joué, en particulier en tant que précurseur de la sécurité sociale. Cependant, après l'instauration de celle-ci, leur fonction réelle et leur place dans le système a évolué vers un rôle purement financier et largement corporatif. Or, si le mutualisme représente un mécanisme de solidarité entre individus d'un même groupe, il constitue aussi un facteur d'inégalité entre les différents groupes; à l'heure actuelle, l'une des différences principales passe entre ceux qui ont les moyens de se payer une mutuelle (ou, plus marginalement, une assurance) et les autres, soit environ 20% de la population. La sécurité sociale ne rembourse à l'heure actuelle que moins de 75% des dépenses globales de santé, le reste étant à la charge des patients. La «condition de ressources» joue ici en sens inverse: plusieurs enquêtes ont établi qu'un quart environ des individus renoncent à certaines dépenses de santé du fait de leur coût, la proportion variant bien sûr considérablement en fonction des revenus et des classes sociales¹⁶. Or, la situation empirique régulièrement depuis plusieurs années du fait de la baisse progressive des taux de remboursement, et une médecine à deux vitesses a déjà partiellement été instaurée. Dans ce contexte, le fait que l'organisation actuelle du système mutualiste n'ait pas été questionnée dans le récent débat est d'autant plus étonnant que ce système représente globalement une spécificité française, les mutuelles ayant en majeure partie été intégrées dans les caisses maladies dans les pays voisins. Tout comme la plupart de leurs adversaires «républicains», le Rapport Minc ou le Manifeste de la Fondation Saint Simon n'y font au mieux que de brèves allusions.

Une réforme ambitieuse du système mutualiste ne pourrait-elle pas cependant constituer une voie permettant de réduire «par le haut» les inégalités? L'intégration des mutuelles au régime obligatoire constituerait un pas majeur en ce sens. Plutôt que de passer par la suppression des mutuelles, cette intégration pourrait prendre une forme à l'allemande: il s'agirait en ce sens de leur faire assumer le rôle dévolu actuellement aux caisses de sécurité sociale, un peu à l'image de ce que pratique déjà partiellement la MGEN pour les personnels de l'Éducation Nationale¹⁷. La pluralisation du système de santé qui s'ensuivrait serait sans doute bénéfique, du moins sous certaines conditions: il faudrait à la fois imposer légalement aux mutuelles de s'ouvrir au-delà d'un cadre strictement

corporatif (ou au moins imposer que certaines mutuelles majeures soient ouvertes à tous), et les contraindre légalement à assumer, au-delà de la dimension purement financière, un rôle moteur dans la constitution de filières de santé impliquant généralistes, spécialistes, pharmacies, laboratoires et établissements hospitaliers. Là encore, il s'agirait d'amplifier et de systématiser des orientations déjà à l'œuvre dans le système allemand ou, de façon plus embryonnaire, dans des organismes comme la MGEN. L'allocation des ressources aux mutuelles pourrait par exemple reposer sur le nombre de leurs affiliés, étant entendu que les individus pourraient choisir librement leurs mutuelles. Des mécanismes de stabilisation et de compensation entre les différentes caisses devraient aussi être mis en place. Enfin, cette restructuration d'ampleur pourrait être l'occasion de démocratiser en profondeur la gestion du système de santé, en renforçant en particulier le rôle des citoyens-usagers.

Au total, il faut réaffirmer que le statu quo n'est pas défendable, pour des impératifs d'équilibre financier mais aussi et surtout pour des raisons de justice sociale. Cela ne signifie pas que toute innovation soit bénéfique et le système actuel peut empirer, notamment sous l'effet d'un renforcement qualitatif de son dualisme. En tout état de cause, l'arc des réformes envisageables ne se réduit pas à celles qui sont proposées aujourd'hui sous le signe de «l'équité» à la française. Cette notion aurait pu être mise au service d'une critique du caractère largement formel et mythique de l'égalité «républicaine», au nom d'une conception élargie de l'égalité et de la justice sociale. L'usage rhétorique et idéologique qui a été fait de la notion d'équité, en particulier en l'opposant à celle d'égalité, a sans doute interdit pour un temps au moins son usage fructueux dans le débat public de notre pays. **M**

Notons cependant qu'il faut distinguer cette *logique* assurantielle *stricto sensu*, basée sur la corrélation individualisée risque/cotisation/prestation, des *techniques* assurantielles utilisées dans tous les systèmes, qui passent par la socialisation des risques, le calcul de leur probabilité et de leur récurrence, etc. Une partition plus résolue du système actuel de protection sociale entre un régime assurantiel fondé sur les «bons payeurs» et un régime de «solidarité» (ou, pour employer un langage moins euphémique, d'assistance) pour les autres, tel qu'il était proposé par Rosanvallon dans *La nouvelle question sociale*, serait immanquablement porteur d'un dualisme à l'américaine.

16. Cf. notamment *Le Monde*, 05/10/1995.

17. La MGEN gère aussi bien la part mutualiste que la part sécurité sociale des prestations maladie.