



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

**LA MISE EN PLACE DE LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ OBLIGATOIRE AU 1^{ER} JANVIER 2016**

– Groupe n° 5 –

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| → BELAUD Hugues | → MANEYROL Arnaud |
| → BOURGEOIS Simon | → OMBALA Prisca |
| → BRAVO Rosa | → PAGE Camille |
| → HAMMOU-KADDOUR Zouhir | → PIAUD Cédric |
| → LECOMTE Bastien | → VALERY Aude |

Animateur

CORON

Gaël

Sommaire

Introduction	1
I. Une réforme conjoncturelle qui s’inscrit dans le cadre d’une institutionnalisation du secteur des complémentaires santé.....	2
A. L’institutionnalisation progressive du secteur des complémentaires a paradoxalement renforcé l’intervention des pouvoirs publics en matière d’accès aux soins	2
i. Une institutionnalisation historique de l’assurance maladie complémentaire initiée dans les années 80 qui s’est traduite par sa quasi-généralisation	2
ii. Une intervention continue des pouvoirs publics afin de garantir un accès aux soins de qualité pour tous	4
B. La généralisation de la couverture complémentaire d’entreprise entérine l’institutionnalisation des complémentaires sans répondre de façon structurelle aux lacunes de ce système	6
i. La mesure de mise en place de la complémentaire santé obligatoire est assortie d’améliorations portant sur des dispositifs existants	6
ii. Une mesure largement conjoncturelle fruit d’une contrepartie à une négociation plus large.....	8
II. La mise en place de la complémentaire santé obligatoire suscite des interrogations quant à l’accès à une couverture de qualité dans un contexte de recomposition du marché de la santé.....	10
A. Présentée comme un progrès social, cette loi bouscule la situation au sein de l’entreprise compte tenu de l’hétérogénéité des salariés et du clivage entre partenaires sociaux.....	10
i. Dans un mouvement de basculement des contrats individuels vers les contrats collectifs, l’accès aux soins complémentaires généralisés répond modérément à l’hétérogénéité des situations salariales et génère des effets d’exclusion porteurs d’inégalités croissantes.....	10
ii. Une mise en œuvre complexe, notamment pour les petites entreprises	11
iii. Un enjeu de dialogue social et de clivage entre partenaires sociaux.....	12
B. La généralisation modifie le fonctionnement du secteur des assurances complémentaires santé et interroge quant aux effets bénéfiques pour les finances publiques	14

i.	Le développement des contrats collectifs ne renforcera pas les instituts de prévoyance de manière inéluctable, malgré leur forte présence sur ce secteur	14
ii.	Le basculement vers les contrats collectifs va certainement accroître la concentration des assureurs complémentaires au sein de groupements de protection sociale.....	14
iii.	Les nouveaux contrats collectifs d'entreprise pourraient aboutir à la mise en place de nouveaux produits de sur-complémentaires	15
iv.	Les réseaux de soins : un outil d'accompagnement de ces nouveaux contrats collectifs	16
v.	Le coût de cette généralisation de la complémentaire santé dans un contexte de contrôle des dépenses publiques	17
III.	Un retour vers une AMO élargissant son panier de prise en charge paraît peu probable, dès lors il convient de renforcer la place de l'AMC par une meilleure concertation entre l'AMO et l'AMC et une refonte de sa gouvernance.....	19
A.	Une reprise en main par l'assurance maladie obligatoire et un appui de l'Etat dans la mise en place de mesures contraignantes auprès des professionnels de santé	19
i.	Un renforcement du rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le système de santé	19
ii.	Vers un rôle renforcé de l'Etat pour imposer des mesures contraignantes auprès des professionnels de santé.....	20
B.	. Un renforcement de la place de l'AMC par un partenariat avec la CNAMTS plus collaboratif permettra de mieux réguler l'offre de soins, d'être moins coûteux pour les finances publiques dans une approche plus territorialisée	21
i.	Développer un partenariat plus collaboratif AMO/AMC dans les négociations auprès des professionnels de santé pour une meilleure régulation de l'offre de soins	22
ii.	Refonder le rôle et la gouvernance de l'UNOCAM.....	23
	Conclusion	25
	Bibliographie.....	26
	Liste des annexes.....	I

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont aidés pour la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre animateur du module interprofessionnel, Monsieur Gaël CORON, enseignant-chercheur, pour le temps qu'il nous a consacré et les précieux conseils prodigués.

Nous remercions également tous les professionnels que nous avons interviewés pour leur disponibilité et d'avoir accepté de nous rencontrer dans un délai restreint.

Enfin nous remercions tout le personnel de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique en charge de la logistique et du bon déroulement de ce module interprofessionnel.

Liste des sigles utilisés

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

AGIRC: Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres

ALD : Affections de Longue Durée

ANI : Accord National Interprofessionnel

AMC : Assurance maladie complémentaire

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ARCCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés

C3S : Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés

CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale

CAE : Conseil d'analyse économique

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CGT : Confédération Générale du Travail

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNSD : Confédération nationale des syndicats dentaires

CSG : Contribution sociale généralisée

CTIP : Centre Technique des Institutions de Prévoyance

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance

FNIM : Fédération Nationale Indépendante de Mutuelles

FNMI : Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle

FMF : Fédération des Mutuelles de France.

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

FMT : Forfait du Médecin Traitant

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

INDECOSA-CGT : Association pour l'Information et la Défense des Consommateurs Salariés

IP : Institutions de Prévoyance

IR : Impôt sur le Revenu

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IRS : Instituts de Retraite Supplémentaire

IS : Impôts sur les Sociétés

NAO : Négociations Annuelles Obligatoires

MECSS : Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale

MEDEF : Mouvement Des Entreprises de France

MFP : Mutualité Fonction Publique

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OC : Organisme Conventionné

OCAM : Organismes de complémentaires d'assurance maladie

RSI : Régime Social des Indépendants

SAM : Sociétés d'Assurances Mutualistes

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

TPE : Très Petite Entreprise

PME : Petite et Moyenne Entreprise

TSA : Taxe de Solidarité Additionnelle

TSCA : Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance

UNEDIC : Union Nationale Interprofessionnelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce

UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire.

Introduction

Au 1^{er} janvier 2016, tous les salariés d'entreprises privées devront être couverts par un contrat collectif de complémentaire santé. Il s'agit d'une extension de la couverture collective santé aux salariés afin de diminuer le renoncement aux soins.

Cette obligation découle du vote de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 qui transpose l'ANI conclu entre partenaires sociaux en janvier de cette même année. Elle renforce le mouvement d'institutionnalisation de l'AMC en tant que second pilier de l'assurance maladie aux côtés de l'AMO. L'assurance complémentaire santé couvre une partie des dépenses des soins non remboursées par l'AMO qui finance quant à elle 75% des dépenses de santé. Ainsi, l'AMC en 2011 représente 13,7% de la consommation des soins et biens médicaux. Après une première phase de négociations au niveau des branches, la mise en place de cette généralisation se poursuit au niveau de chaque entreprise pour déterminer les garanties des contrats et le niveau de participation de l'employeur.

Compte tenu du fait que 96% de la population (en 2010) était déjà couverte par une complémentaire, la mesure de généralisation de la complémentaire santé, incluse dans la Stratégie nationale de santé, a été accueillie de façon hétéroclite par les acteurs de terrain (notamment les assureurs, entreprises, syndicats, professionnels de santé). Cette réforme suscite des débats sur son opportunité, la place de l'AMO et la réduction réelle des inégalités de soins. Il faut donc se demander si la généralisation de la complémentaire santé est le moyen adéquat pour répondre à une amélioration significative de la couverture santé de toute la population sans générer de surcoûts pour les entreprises et les finances publiques.

Ainsi, dans une première partie, nous montrerons que, cette réforme s'inscrit dans le cadre d'une institutionnalisation du secteur des complémentaires santé (I) et dans une seconde partie que la mise en place de la complémentaire santé obligatoire suscite des interrogations quant à l'accès à une couverture de qualité dans un contexte de recomposition du marché de la santé (II). Enfin, nous verrons qu'un retour vers une AMO élargissant son panier de prise en charge paraît peu probable, dès lors il convient de renforcer la place de l'AMC par une meilleure concertation entre l'AMO et l'AMC et une refonte de sa gouvernance (III).

I. Une réforme conjoncturelle qui s'inscrit dans le cadre d'une institutionnalisation du secteur des complémentaires santé

La mise en place obligatoire de la complémentaire santé en 2016 s'inscrit dans un mouvement continu d'institutionnalisation du secteur des complémentaires (A) sans répondre aux lacunes du système (B).

A. L'institutionnalisation progressive du secteur des complémentaires a paradoxalement renforcé l'intervention des pouvoirs publics en matière d'accès aux soins

i. Une institutionnalisation historique de l'assurance maladie complémentaire initiée dans les années 80 qui s'est traduite par sa quasi-généralisation

La mesure de généralisation de la complémentaire santé en entreprise s'inscrit dans un contexte où la quasi-totalité de la population française est de fait déjà couverte par un contrat de complémentaire santé. Ainsi, selon le rapport du HCAAM de 2013¹ : « on peut considérer que la couverture complémentaire est généralisée à l'exception, d'une part, d'une faible frange de la population (environ 2% soit un peu plus d'un million de personnes) qui souhaiterait être couverte mais ne l'est pas pour des raisons financières et, d'autre part, de personnes estimant ne pas en avoir besoin ». Cette quasi-généralisation de la couverture complémentaire santé relève d'une construction historique ancienne en France du secteur des organismes complémentaires en matière de santé et de son institutionnalisation progressive depuis 1945. Ainsi, au début des années 1980, 69% des personnes seulement disposaient d'une assurance complémentaire selon le HCAAM.

Le secteur de la complémentaire santé se caractérise par une multiplicité et une diversité d'acteurs. Schématiquement, trois grandes « familles » d'acteurs se distinguent.

1

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », 18 juillet 2013, pp. 40.

Les mutuelles d'une part, régies par le code de la mutualité, sont les héritières des sociétés de secours mutuels fondées à la fin du 18ème siècle. Ce sont des organismes sans but lucratif gérés par des représentants élus parmi les adhérents. Ces structures se sont construites autour du principe d'égalité de traitement des adhérents via la non sélection et la mutualisation des risques couverts.

Les institutions de prévoyance d'autre part, sont des organismes de droit privé gérés de façon paritaire par les représentants des entreprises adhérentes et des salariés et régis par le code de la Sécurité sociale. Ils sont les héritiers des œuvres sociales patronales développées au 19ème siècle au sein des grandes entreprises industrielles qui visaient à garantir aux salariés une protection en matière non seulement de maladie mais également de retraite et de prévoyance.

Enfin, les assurances, définies par un décret du 22 janvier 1868², constituent le troisième grand pilier de la protection complémentaire maladie. Régies par le code des assurances, elles prennent le plus fréquemment la forme de sociétés anonymes à but lucratif. Elles peuvent également prendre une forme non lucrative et sont alors dénommées sociétés d'assurances mutualistes (SAM).

La structuration historique et ancienne dans le champ de la complémentaire santé constitue le socle ayant permis d'atteindre un niveau de couverture élevée de la population par des contrats complémentaires. Ce constat résulte d'un mouvement continu d'institutionnalisation du secteur complémentaire, en particulier depuis une trentaine d'années avec l'émergence d'enjeux budgétaires de plus en plus prégnants. Ainsi, en 1985 une première loi a incité les entreprises à proposer des contrats de complémentaire santé à leurs salariés, par l'instauration d'exonérations de charges sociales et fiscales. Depuis lors, diverses mesures législatives ont été prises, telles que la loi Fillon du 21 août 2003 qui prévoit que seuls les contrats collectifs obligatoires seront exonérés de charges sociales.

Plus récemment et dans un autre champ, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé l'UNOCAM, avec pour objectif de regrouper les différents opérateurs existants en matière d'AMC (mutuelles, assurances, IP et régime local d'Alsace-Moselle) et d'instaurer un dialogue régulier entre l'AMO et les organismes complémentaires.

En parallèle de ce mouvement d'institutionnalisation, les pouvoirs publics sont intervenus directement dans le but de garantir un accès aux soins de qualité pour tous.

² Décret du 22 janvier 1868 impérial portant rap pour la constitution des sociétés d'assurance.

ii. Une intervention continue des pouvoirs publics afin de garantir un accès aux soins de qualité pour tous

Le mouvement de reconnaissance progressive du secteur de la complémentaire santé comme co-acteur du financement de la prise en charge des dépenses de santé a conduit à une intervention des pouvoirs publics visant à garantir l'accessibilité et la qualité des soins.

L'AMO couvre l'ensemble de la population sur la base d'une mutualisation du risque au niveau national et via un financement globalisé, passant par des prélèvements obligatoires. A contrario, les organismes complémentaires fixent le niveau des primes des contrats souscrits sur la base d'une évaluation du niveau de risque observable (sauf pour certaines mutuelles), du niveau de couverture choisi par l'assuré et de leurs coûts de production.

L'enjeu majeur des organismes complémentaires réside dans le processus de sélection des risques couverts afin d'éviter au maximum les « mauvais » risques qui conduiraient à une hausse du niveau des primes et à une fuite des « bons » risques vers des contrats moins onéreux selon une logique d'antisélection. Cet enjeu, appliqué à la couverture complémentaire maladie, conduit les organismes complémentaires à éviter les populations précaires ou présentant des besoins en soins élevés en mettant en œuvre des stratégies visant à évaluer le risque individuel des assurés.

La prise en compte de ces aléas a conduit à une triple intervention de l'Etat et de l'assurance maladie :

- D'une part, en assumant de façon croissante la légitimité d'une prise en charge par l'AMO du risque « lourd ». Celle-ci est symbolisée par le régime des ALD qui permet pour les catégories de pathologies listées une prise en charge intégrale des dépenses de santé engagées à ce titre.

Par ailleurs, la création de la CMU-C en 1999³ puis de l'ACS en 2004⁴ avait pour objectif de garantir aux personnes les plus précaires une couverture complémentaire de qualité et une accessibilité aux soins satisfaisante via la définition d'un panier de soins.

- D'autre part en encadrant de façon législative et réglementaire les principes et règles relatives aux contrats collectifs de complémentaire santé.

³ Loi du 17 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle.

⁴ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La loi Evin du 31 décembre 1989⁵ a ainsi posé le principe d'interdiction de dénonciation ou de modification des contrats souscrits en cas d'apparition de « mauvais risque ». Elle interdit également l'exclusion par pathologie du panier de soins pris en charge et encadre les augmentations des primes, qui ne peuvent être individuelles mais doivent être uniformes pour l'ensemble des souscripteurs d'un type de contrat donné.

- - Enfin, en instaurant des incitations positives indirectes par le biais d'avantages fiscaux et sociaux, par exemple avec les contrats solidaires et responsables. Pour être qualifiés de « solidaires » et ouvrir droit à l'application d'un taux minoré de taxe spéciale sur les conventions d'assurance par rapport aux contrats de droit commun⁶, les contrats à adhésion facultative (individuels et collectifs) créés en 2001, dans le cadre de la loi de finances rectificatives⁷, devaient satisfaire à certaines conditions : exclusion de recueil d'informations médicales auprès de l'assuré et fixation du niveau de prime indépendante de l'état de santé. Ces conditions ont été reprises en 2004 avec la création des contrats responsables comportant par ailleurs une interdiction de prise en charge de certaines franchises ou forfaits.

En parallèle, les contrats collectifs obligatoires souscrits par les entreprises pour leurs salariés bénéficient d'une exclusion d'assiette du calcul des cotisations de Sécurité sociale pour les employeurs, et pour les salariés d'une déductibilité du revenu imposable. En 2011, au global, ces aides sur les contrats collectifs et obligatoires en santé représentaient selon le HCAAM environ 3 milliards d'euros.

L'institutionnalisation progressive du secteur des complémentaires santé, accompagnée d'une intervention des pouvoirs publics, avait pour objectif d'étendre le bénéfice d'un contrat de complémentaire santé à l'ensemble de la population. L'instauration d'une complémentaire santé obligatoire en entreprise à partir du 1er janvier 2016 s'inscrit alors dans la poursuite de l'objectif de généralisation de la complémentaire santé.

⁵ Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

⁶ 7% en 2001 contre 9% pour le droit commun.

⁷ Article 63 de la loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 de finances rectificative pour 2001.

B. La généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise entérine l'institutionnalisation des complémentaires sans répondre de façon structurelle aux lacunes de ce système

i. La mesure de mise en place de la complémentaire santé obligatoire est assortie d'améliorations portant sur des dispositifs existants

Il convient tout d'abord de rappeler le contenu de la loi du 14 juin 2013 en la matière. Contrairement à l'ANI qui excluait du champ d'application de la mesure les secteurs de l'agriculture, de l'économie et les professions libérales, la loi transpose le principe de généralisation de la complémentaire santé (maladie, maternité, accident du travail) à titre obligatoire et collectif à l'ensemble des salariés des entreprises. Elle fixe à 50% la participation minimale de l'employeur au financement de la couverture complémentaire santé, sans pour autant exclure des taux de prise en charge supérieurs.

La loi prévoit un calendrier en trois temps privilégiant la négociation d'accords de branches. Dans un premier temps, des négociations de branche devaient être engagées avant le 1er juin 2013 et aboutir au plus tard le 30 juin 2014. Si un accord de branche a été conclu, les entreprises ont jusqu'au 1er janvier 2016 pour appliquer les obligations conventionnelles. La loi liste les thèmes de négociations obligatoires au niveau de la branche (définition du contenu, du niveau de garantie et de la répartition de la prise en charge salariés-employeurs des primes, modalités de sélection de l'assureur, dispenses d'affiliation pour certains salariés et/ou leurs ayants droit) mais permet également d'élargir la négociation à d'autres thématiques. Selon certaines personnes interrogées lors de nos entretiens⁸, ces négociations de branche n'ont globalement pas très bien fonctionné.

En cas d'échec, des négociations au niveau des entreprises non couvertes peuvent être conduites entre le 1er juillet 2014 et le 1er janvier 2016 dans le cadre des négociations annuelles obligatoires⁹. A défaut d'accord de branche puis d'entreprise, les employeurs devront, au 1er janvier 2016, proposer de façon unilatérale à leurs salariés une couverture complémentaire¹⁰. Les entreprises déjà couvertes par un accord de branche sur les frais de santé seront également soumises à ces obligations dès lors que les garanties et la prise en charge assurées par l'employeur sont moins favorables que le socle minimal prévu par la

⁸ Entretien avec AP, 5/05/2015; entretien avec RL, 7/05/2015.

⁹ Sous les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du Code du travail.

¹⁰ Article 1er, II, I° de la loi créant l'article L.911-7, I du Code de la sécurité sociale.

loi. A noter que, dans ce cas, la décision unilatérale de l'employeur ne concerne que les contrats de travail conclus postérieurement à l'adoption de la loi du 14 juin 2013 : les salariés employés antérieurement ne pourront être contraints de souscrire s'ils s'y opposent.

La loi précise le panier de soins minimal devant être garanti¹¹ et renvoie à un décret adopté le 8 septembre 2014¹² la définition du niveau de garanties socle, des catégories de salariés pouvant être dispensées et des adaptations de la mesure au régime d'Alsace-Moselle. Doivent ainsi être pris en charge : l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'AMO ; le forfait journalier hospitalier ; les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25% en plus des tarifs de responsabilité ; les dépenses de frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans, à hauteur de 100 à 200€ minimum selon les corrections de vue.

Par ailleurs, l'ANI puis la loi du 14 juin 2013 ont amélioré le mécanisme de portabilité des droits¹³ permettant à un ancien salarié bénéficiant d'indemnités de chômage de conserver, pour lui et ses ayants droit, le bénéfice de la couverture complémentaire santé et prévoyance de son entreprise. Si les conditions pour bénéficier de ces dispositions n'ont pas été substantiellement modifiées par rapport à l'ANI de 2008¹⁴, la loi prévoit ainsi une augmentation de la durée de maintien de la couverture de neuf à douze mois¹⁵, une extension de son périmètre d'application (notamment aux professions libérales, agricoles et au secteur de l'économie sociale) et la suppression de possibilité de financement par les anciens salariés (financement à titre gratuit uniquement dit par mutualisation, pouvant être mis en œuvre soit par une hausse des cotisations des salariés actifs dans l'entreprise pour financer le surcoût réel de la portabilité, soit par une hausse ex ante des cotisations anticipant les surcoûts à venir). Le mécanisme de portabilité concerne les garanties en matière de frais de santé, de maternité¹⁶ et de prévoyance¹⁷ (incapacité, invalidité, décès).

¹¹ Article L.911-7, II du Code de la sécurité sociale.

¹² Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

¹³ Article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

¹⁴ L'ancien salarié doit avoir ouvert des droits au bénéfice de la couverture complémentaire santé et/ou prévoyance chez son dernier employeur ; être dans une situation ouvrant droit à l'assurance chômage dans le cadre d'une rupture autre que pour faute lourde et fournir à l'assureur une justification de sa prise en charge par ce régime.

¹⁵ Article L. 911-8 nouveau du Code de la sécurité sociale.

¹⁶ A compter du 1er juin 2014 pour ces deux risques.

Il est plafonné pour l'ensemble des risques dans la mesure où l'ancien salarié peut percevoir au maximum un montant d'indemnités équivalent à celui de son allocation de chômage¹⁸.

Il apparaît ainsi que les dispositions de l'ANI puis de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 entérinent des dispositions positives en matière d'accès à la complémentaire santé. Toutefois, cette mesure est loin de faire l'unanimité.

ii. Une mesure largement conjoncturelle fruit d'une contrepartie à une négociation plus large

Les acteurs interrogés s'accordent à pointer le caractère « conjoncturel » de la mesure rendant obligatoire la mise en place d'une complémentaire santé en entreprise. En effet, elle ne s'est pas intégrée dans un projet de loi visant à répondre aux lacunes et problématiques posées en matière d'accès et de financement des soins. Les différentes avancées relatives à la complémentaire santé ne constituaient pas le centre du projet de loi mais bien une contrepartie à la mise en œuvre d'une réforme du marché de l'emploi tendant vers une flex-sécurité à la française.

Dans ce contexte, la mesure de généralisation de la complémentaire santé des salariés a été souhaitée, par la CFDT en particulier, comme de nature à garantir une protection des salariés. Ainsi, certains l'ont encouragée alors que d'autres l'ont combattue. L'ANI est en effet le fruit d'un compromis entre la requête du MEDEF sur un besoin supérieur de flexibilité du marché du travail et le désir de certains syndicats (CFDT, CFE-CGC, CFTC) d'assurer une sécurisation des parcours professionnels pour le salarié. La mesure de généralisation de la complémentaire santé d'entreprise s'inscrivait donc pour ces syndicats comme une contrepartie dans le cadre des négociations sur les évolutions du marché de l'emploi. Elle visait à renforcer l'employabilité des salariés en leur assurant un accès aux soins. C'est pourquoi la généralisation de la complémentaire santé est accompagnée d'autres mesures visant à sécuriser l'emploi telles que la portabilité des contrats. La CFDT note que la mise en place obligatoire de la complémentaire santé représente une importante avancée sociale (un « *progrès très significatif* » selon Jocelyne Cabanal, secrétaire nationale chargée de la protection sociale à la CFDT).

¹⁷ A compter du 1er juin 2015.

¹⁸ Ce plafond ne concernait auparavant que l'incapacité temporaire.

La grille de lecture est bien différente du point de vue de la CGT ou de FO, qui avaient refusé de signer l'ANI : selon ces syndicats, il s'agit d'un démantèlement du système de protection sociale avec la remise en cause de ses principes fondateurs que sont la solidarité et la mutualisation des risques.

Les dispositions de la loi semblent à cet égard emblématiques de l'institutionnalisation progressive et par touche, sans réelle vision stratégique, du secteur de la complémentaire santé. Pour autant, si elles ne répondent pas de façon systémique aux enjeux posés, elles entraînent des conséquences majeures pour les acteurs de ce secteur ainsi que pour les bénéficiaires.

II. La mise en place de la complémentaire santé obligatoire suscite des interrogations quant à l'accès à une couverture de qualité dans un contexte de recomposition du marché de la santé

La mise en place d'une complémentaire santé obligatoire en 2016 entraîne des conséquences sur les acteurs en entreprise (A), les complémentaires et l'Etat (B).

A. Présentée comme un progrès social, cette loi bouscule la situation au sein de l'entreprise compte tenu de l'hétérogénéité des salariés et du clivage entre partenaires sociaux

La mesure va engendrer des évolutions substantielles pour l'entreprise en matière d'une part d'accès aux soins pour les salariés concernés et d'autre part de dialogue social.

i. Dans un mouvement de basculement des contrats individuels vers les contrats collectifs, l'accès aux soins complémentaires généralisés répond modérément à l'hétérogénéité des situations salariales et génère des effets d'exclusion porteurs d'inégalités croissantes

Puisque la majeure partie de la population française est déjà couverte par une complémentaire santé, la mesure ne va pas conduire à une hausse substantielle du nombre de personnes en bénéficiant. Cependant, cette mesure va conduire à une répartition différente du type de contrats souscrits. La mise en œuvre de l'ANI devrait permettre à environ 4 millions de salariés¹⁹, jusqu'ici non couverts par une assurance complémentaire (400 000 d'entre eux) ou qui disposaient d'une assurance complémentaire individuelle souvent de moindre qualité ou d'un coût plus élevé, de bénéficier d'un contrat collectif.

En parallèle, la mesure ne concerne pas l'ensemble de la population française et exclut les professions indépendantes, les agents de la fonction publique, les retraités, les actifs sans emploi, les contrats courts, les étudiants. Elle renforce donc le clivage entre les salariés concernés, pouvant être considérés comme des insiders par opposition aux outsiders, qui en sont exclus, devant souscrire un contrat individuel. Le départ massif de salariés des contrats individuels vers du collectif va constituer une fuite d'une partie des « bons

¹⁹ J-J Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, 18ème édition, Dalloz, coll. Précis, Paris, 2015.

risques» (les salariés étant généralement mieux couverts), augmentant la proportion de « mauvais » risques au sein des contrats individuels, ce qui aura des répercussions sur le rapport cotisation / niveau de garantie. Ainsi, soit les cotisations des contrats individuels vont augmenter, soit le niveau de garanties va diminuer à prix identique²⁰. En ce sens, Didier Tabuteau parle de « *vraie fausse généralisation* ».

Par ailleurs, il y aura une forte hétérogénéité dans la couverture offerte pour les salariés d'entreprises privées. Les PME, compte tenu de la charge induite par la mesure et du rapport de force défavorable avec l'assureur, risquent de privilégier les produits d'entrée de gamme basés sur le panier minimum légal, et ainsi de creuser les inégalités entre salariés. De même, la structure du salariat au sein de l'entreprise influencera le coût des cotisations : le prestataire de la complémentaire santé aura tendance à augmenter ses prix avec l'âge des assurés compte tenu du risque maladie. L'extension de la portabilité est potentiellement porteuse d'effets pervers dans l'égalité aux soins entre salariés. En effet, dans le cadre de la loi, le mécanisme de portabilité est mutualisé sur le périmètre du contrat d'entreprise. Ainsi, en cas de plan social important dans une entreprise, le coût de la portabilité pour l'entreprise, notamment les plus petites, risque de se révéler majeur et fait peser le risque d'une intériorisation de cette contrainte via une hausse des cotisations.

Dans nos entretiens avec des entreprises, ces dernières ont également insisté sur le fait que cette mesure de généralisation n'aura pour certaines aucune conséquence du fait de la préexistence d'un tel système de contrats collectifs. Cet effet nul se retrouve par exemple dans le secteur de la boulangerie où depuis 2007, la branche a signé un contrat avec AG2R La Mondiale obligeant chaque salarié à souscrire. De la même manière, les très grandes entreprises faisaient d'ores et déjà bénéficier leurs salariés de contrats collectifs particulièrement avantageux et bien supérieurs au panier de soins standard proposé par la loi.

ii. Une mise en œuvre complexe, notamment pour les petites entreprises

Le décret de septembre 2014 qui prévoit plusieurs cas de dérogations possibles, bien que facultatives, risque également de renforcer les inégalités entre salariés. En effet, le reste à charge pouvant aller jusqu'à 50% pour le salarié, cela pourra freiner les souscriptions des

²⁰ PIERRE Aurélie, chercheuse à l'IRDES. Rennes (entretien téléphonique), 5 Mai 2015 (9)

salariés à bas revenus ou bénéficiant de couverture équivalente. Cette faculté de renonciation dite « opting out »²¹ bénéficiera aux seuls salariés concernés par la mise en place de la mesure via une décision unilatérale de l'employeur et situés dans une des catégories citées à l'article R.242-1-1 (l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale ne donne que des motifs de refus). L'opting out est source de complexité dans sa mise en œuvre car le renvoi à ces articles du code de la sécurité sociale suggère que l'employeur peut réserver le bénéfice des contrats à certaines catégories de salariés, ce qui est contradictoire avec l'objectif initial de généralisation de la protection complémentaire, ou que l'employeur peut priver des salariés de la faculté d'opting out, cette faculté restant subordonnée à une identification préalable par l'employeur.

Selon Pierre Mazière (avocat), « *le paradoxe résultant de la juxtaposition de tous ces textes issus du décret de septembre 2014 est de cantonner l'opting out des salariés aux contrats mis en place par décision unilatérale de l'employeur alors que l'opting out des ayants droit concerne tous les contrats souscrits* ».

D'autres renonciations assorties d'un droit d'option sont possibles, par exemple pour un salarié éligible à l'ACS et qui peut aussi bénéficier d'un contrat collectif responsable par son entreprise : il pourra opter pour l'ACS et évitera ainsi de payer une couverture d'entreprise onéreuse, tout en bénéficiant d'un contrat ACS avec des tarifs encadrés et partiellement financés.

La réussite sur le terrain d'une telle réforme nécessitera des arbitrages et un véritable dialogue social afin de réaliser un compromis entre ce que souhaitent les salariés, ce qu'est en capacité de fournir l'employeur et le poids de ce dernier vis à vis des organismes assureurs.

iii. Un enjeu de dialogue social et de clivage entre partenaires sociaux

La loi de généralisation de la complémentaire met dans l'obligation les acteurs de l'entreprise de se soucier des déterminants de santé et remet cette question au centre du dialogue social. Ainsi se dessine un enjeu fort de dialogue social qui repose sur deux cas de figure : si l'entreprise est dotée d'un délégué syndical, une négociation s'ouvre dès le 1er juillet 2014 ; si elle n'en dispose pas, alors, il y a ratification d'un accord référendaire ou à

²¹ Article D.911-2 du code de la sécurité sociale par renvoi à l'article R.242-1-6

défaut (si aucun accord d'entreprise n'est trouvé avant le 1er janvier 2016) une décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à ses salariés.

Cette mesure peut faire partie d'une politique de ressources humaines afin d'assurer un meilleur climat social avec la construction d'une offre attractive pour tous les salariés. L'ensemble des options (ayants droit inclus ou non par exemple) devra désormais faire l'objet de discussions entre partenaires sociaux mettant en jeu un rapport de force en fonction de l'assise des différents acteurs. Au-delà du clivage salariat/patronat, des clivages peuvent également survenir entre salariés eux-mêmes, certains préférant rester au socle minimum pour limiter le coût de la complémentaire santé à leur charge.

De fait, la mesure de généralisation de la complémentaire santé n'a pas fait l'objet d'une unanimité auprès des syndicats mais marque des lignes de fractures plus larges dans le cadre des négociations de l'ANI quant aux évolutions du marché du travail.

Frédéric Pierru (sociologue) et André Grimaldi (professeur de diabétologie à la Pitié-Salpêtrière et coauteur d'un *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*), rappellent que *« tout euro transféré de la Sécurité sociale vers les complémentaires est un euro inégalitaire et que pour un ménage modeste, l'acquisition d'une complémentaire santé représente près de 13 % de son budget, contre moins de 4 % pour un ménage aisé. »*

Cette différence d'approche aura des impacts sur la qualité du dialogue social en entreprise et sur le choix de l'assureur : comme la liberté de choix de l'assureur est un choix des partenaires sociaux suite à l'abrogation de l'article relatif aux clauses de désignation par le Conseil constitutionnel²², certains syndicats peuvent vouloir privilégier les assureurs dont ils sont proches (exemple de la CFDT avec Harmonie). Des problèmes de conflits d'intérêt dans le choix de l'organisme complémentaire peuvent donc apparaître, les partenaires sociaux étant juges et parties.

Des doutes subsistent quant à l'impact de cette réforme sur le marché des complémentaires et le coût supporté par la collectivité.

²² Cette disposition avait été reprise en modifiant l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale relatif aux clauses de désignation et introduit par la loi Veil n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés. Saisi sur cette disposition, le Conseil constitutionnel a été conduit à examiner l'article L.912-1 dans sa globalité et a considéré que ses deux premiers alinéas (créés par la loi Veil) étaient inconstitutionnels car portant atteinte de façon disproportionnée à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. En conséquence, il a censuré l'ensemble de l'article, déclaré contraire à la Constitution, ce qui a conduit à supprimer, de façon non rétroactive, les clauses de désignation au niveau des branches.

B. La généralisation modifie le fonctionnement du secteur des assurances complémentaires santé et interroge quant aux effets bénéfiques pour les finances publiques

i. Le développement des contrats collectifs ne renforcera pas les instituts de prévoyance de manière inéluctable, malgré leur forte présence sur ce secteur

La généralisation de l'assurance santé collective va bouleverser le marché des complémentaires, notamment du fait de la bascule de plus de 3 millions de contrats individuels vers des contrats collectifs. En théorie, la réforme paraît avant tout bénéficier aux institutions de prévoyance, déjà spécialisées dans les contrats collectifs. Selon « MutRé », pôle de réassurance de la Mutualité Française, la part de marché global (contrats individuels et collectifs) des mutuelles devrait baisser de 7 points du fait de l'ANI, passant de 53% à 46%, alors que celle des institutions de prévoyance devrait progresser de 8 points (de 18 à 26%).

Nonobstant ces prévisions économiques, cette réforme est une occasion pour les sociétés d'assurance de percer dans le secteur des contrats collectifs signés par les petites et moyennes entreprises. Le choix des chefs de TPE/PME se fera moins dans une logique de partenariat avec une organisation, à l'instar des branches et des grandes entreprises qui contractent surtout avec des instituts de prévoyance²³. Au-delà du statut et de la « philosophie » des organismes assureurs, le choix des TPE/PME reposera davantage sur une comparaison des prix et des garanties.

ii. Le basculement vers les contrats collectifs va certainement accroître la concentration des assureurs complémentaires au sein de groupements de protection sociale

Pour faire face aux mutations actuelles, les mutuelles, très présentes sur le marché des contrats individuels, vont devoir s'allier avec des instituts de prévoyance en constituant des groupements de protection sociale (GPS)²⁴. La réforme tend donc à accroître un mouvement de concentration des organismes d'assurance maladie complémentaire qui s'est engagé depuis le début des années 1990 et qui s'est accéléré au début des années 2000

²³ Entretien avec CV, IRES.

²⁴ Entretien avec CV, IRES.

(entre 2006 et 2012, le nombre d'organismes d'assurance maladie complémentaire est passé de 1 628 à 1 018)²⁵. Ces regroupements d'organismes sont souvent nécessaires pour produire des marges et constituer des fonds de réserve. La concentration est souvent une condition sine qua non pour pouvoir exister²⁶.

Par ailleurs, ces GPS peuvent créer des filiales communes avec les sociétés d'assurance pour proposer de nouveaux produits. Par exemple, le GPS Malakoff Médéric a élaboré cette stratégie avec le groupe Axa pour se développer sur le marché des sur-complémentaires. On assiste à des coopérations, c'est-à-dire des collaborations entre différents acteurs économiques qui par ailleurs sont des concurrents (exemple : MGEN et Harmonie Mutuelle), dans une logique d'investissements communs.

Du fait des réformes, la restructuration du secteur est très forte. Aussi, dans le souci d'exister sur le marché, les assureurs devront développer de nouvelles offres auprès des assurés et des entreprises.

iii. Les nouveaux contrats collectifs d'entreprise pourraient aboutir à la mise en place de nouveaux produits de sur-complémentaires

Une des conséquences probable de la généralisation de la complémentaire santé sera le développement des sur-complémentaires santé individuelles qui viendront en complément des contrats collectifs. Cette hypothèse est notamment soutenue par « MutRé »²⁷.

Une chercheuse de l'IRDES que nous avons interrogée explique que de nombreuses PME et TPE vont proposer à leurs salariés un contrat à faible niveau de garanties, voire correspondant au minimum imposé. Ces contrats laisseront la place à un marché de sur-complémentaires entièrement à la charge des salariés. Cette tendance est aussi accentuée par l'augmentation du ticket modérateur et la non prise en charge de certains frais par l'AMO (optique et dentaire).

Toutefois, deux éléments viennent nuancer ces prévisions. D'une part, la concurrence sur ce marché risque d'être limitée pour des raisons pratiques : les autres offreurs que celui qui fournit le contrat collectif aux salariés d'une entreprise risquent d'avoir des difficultés à

²⁵ DREES. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. 2013. p. 11. [(1)]

²⁶ MF, Radianc Humanis

²⁷ MutRé, pôle réassurance de la Mutualité Française. Plan stratégique 2012-2016 - Vision du marché. 2013. (10)

s'implanter dans la même société. En effet, les salariés seront probablement réticents à multiplier les intervenants. D'autre part, en plafonnant certains remboursements, les contrats responsables auront probablement un impact sur ce marché des sur-complémentaires.

Cette évolution représente un coût pour les organismes d'assurance complémentaire santé, et donc pour les assurés. Face au défi de diminuer les primes et de proposer de nouvelles garanties, les assureurs doivent mettre en œuvre des stratégies avec les professionnels par la constitution de réseaux de soins.

iv. Les réseaux de soins : un outil d'accompagnement de ces nouveaux contrats collectifs

Le partenariat entre les organismes de complémentaires d'assurance maladie et les professionnels de santé a débuté il y a une trentaine d'années avec la création de réseaux. Les premiers concernaient l'usage du tiers payant en pharmacie. Puis progressivement, cette collaboration a dépassé le cadre de l'établissement du tiers payant et s'est étendue à d'autres professionnels (à partir de 1999 avec les opticiens et chirurgiens-dentistes).

Le réseau de soins est perçu par les assureurs comme une alternative à l'augmentation des cotisations ou encore la baisse des garanties.

En effet, certaines plateformes santé ayant mis en place des réseaux de soins revendiquent une économie des adhérents des complémentaires grâce à des négociations tarifaires performantes. Selon la plateforme Santéclair, son réseau de soins permettrait aux assurés de réaliser des économies pouvant atteindre 40 % en optique, 20 % en dentaire, 50 % en implantologie dentaire, ou encore 45 % sur les audioprothèses, à prestations et qualité équivalentes²⁸.

L'ensemble des réseaux de soins couvrent environ 38 millions de bénéficiaires dont les plus étendus (Kalivia, Santéclair, Seveane) couvrent plus de 6 millions chacun²⁹.

Le fonctionnement du réseau de soins n'est pas gratuit pour les complémentaires santé. La plateforme Santéclair évalue son coût en 2009 à 2,59€ hors taxes par assuré et par an : « Une somme mineure si l'on prend en compte tous les avantages que nous proposons »³⁰,

²⁸ <https://www.santeclair.fr/web/qui-sommes-nous>

²⁹ <http://www.generalisation-2016.fr/article/complementaire-sante-l-offre-ani-compatible-de-bnp-paribas-cardif,10171>

³⁰ <http://www.journaldunet.com/economie/sante/prix-mutuelles.shtml>

Avec la mise en place de la généralisation, les OCAM mettent à jour leurs offres de couverture.

Les réseaux de soins sont donc des facteurs permettant d'une part de gagner des parts de marché auprès entreprises n'ayant pas mis en place de complémentaire santé, plus spécifiquement les TPE/PME. D'autre part, cette démarche vise à conforter la place des OCAM dans les entreprises disposant déjà d'une complémentaire avant la loi de généralisation.

Parallèlement à la mise en place des réseaux, des critiques sont formulées telles que:

- L'impossibilité pour le patient de consulter le professionnel de son choix³¹.
- La baisse de la qualité des soins³². En effet, si l'accès aux soins sera effectif pour tous les assurés, ces derniers disposeront peu de soins qualitatifs du fait de l'incitation pressante des réseaux de soins faite aux professionnels afin qu'ils baissent leurs tarifs. De plus, renforcerait cette tendance, l'autorisation accordée aux mutuelles en vertu de la loi du 27 janvier 2014³³, d'instaurer un remboursement.

v. Le coût de cette généralisation de la complémentaire santé dans un contexte de contrôle des dépenses publiques

Sur la base d'une appréciation de la population concernée, la généralisation de la couverture collective induirait, selon les pouvoirs publics, un coût supplémentaire pour les finances publiques de 1,5 à 2 milliards d'€, décomposés à la fois en :

- Des exemptions de cotisations sociales imputables d'une part à la généralisation de la couverture collective (entre 300 et 430 M€) et d'autre part à la portabilité (entre 75 et 110 M€).
- Une perte de recettes pour l'Etat, les salariés qui passent d'un contrat individuel à un contrat collectif pouvant déduire leurs abattements ainsi que ceux de leurs employeurs.

Ces prévisions budgétaires nous donnent alors à réfléchir sur l'efficacité de ces moyens accordés par l'Etat aux assurés et aux assureurs. Or, le Conseil des prélèvements

³¹ Entretien mené avec GM (Vice président de la CNSD).

³² Entretien avec opticien.

³³ LOI n° 2014-57 en date du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

obligatoires³⁴ et la Cour des comptes³⁵ ont critiqué ces dispositifs en raison de leur coût élevé, de leurs effets d'accroissement des inégalités d'accès aux complémentaires santé, de leur manque d'articulation avec les dispositifs ciblés sur les catégories défavorisées mais aussi de leurs effets inflationnistes sur les dépenses de santé.

De plus, le Conseil d'analyse économique avance que le financement des contrats collectifs par des aides publiques favorise des couvertures généreuses, ce qui a un effet sur les dépenses remboursées. Le Conseil a ainsi fait un parallèle entre 2006 et 2010, période de montée en charge des contrats collectifs : la prise en charge des dépassements d'honoraires a plus augmenté que la hausse des dépassements eux-mêmes.

Ce risque inflationniste des dépenses publiques en faveur de ces contrats, peut être toutefois relativisé du fait des plafonds prévus par les contrats responsables. Néanmoins, certains estiment que les tarifs plafonds arrêtés, supérieurs aux prix moyens pratiqués, finiront par être assimilés à un tarif cible.

³⁴ Rapport du Conseil des prélèvements obligatoires. *Entreprises et "niches" fiscales et sociales*. 2010

[(6)]

³⁵ Cour des Comptes, rapport annuel de 2011 sur la Sécurité sociale.

III. Un retour vers une AMO élargissant son panier de prise en charge paraît peu probable, dès lors il convient de renforcer la place de l'AMC par une meilleure concertation entre l'AMO et l'AMC et une refonte de sa gouvernance

Avec la mesure de généralisation des complémentaires, le modèle est désormais à cheval entre deux logiques, institutionnalisation du second pilier et prégnance de l'assurance maladie obligatoire.

Les acteurs de ce système hybride devront choisir entre un modèle avec intégration plus forte des organismes complémentaires ou un retour vers une assurance maladie obligatoire plus forte.

Différents scénarios peuvent alors être envisagés, l'un remettant davantage l'assurance maladie obligatoire au centre du système de santé (A), l'autre augurant d'un renforcement du rôle de l'assurance maladie complémentaire (B).

A. Une reprise en main par l'assurance maladie obligatoire et un appui de l'Etat dans la mise en place de mesures contraignantes auprès des professionnels de santé

La thématique de la mise en place de la complémentaire santé obligatoire à compter du 1er janvier 2016 pose la question plus générale de la place accordée à l'assurance maladie complémentaire dans le système de santé français, et par là-même du rôle de l'assurance maladie obligatoire. Cette question a été soulevée dans différents rapports³⁶. La clarification du rôle de l'assurance maladie complémentaire et de son articulation avec le système d'assurance maladie obligatoire est un enjeu majeur.

i. Un renforcement du rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le système de santé

Actuellement le système de santé français semble s'orienter davantage vers un renforcement du rôle de l'AMC au détriment de celui de l'AMO, ce qui va à l'encontre de la

³⁶ Rapport « L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? », think tank Cercle Santé Innovation paru en décembre 2013

conception originelle de la Sécurité sociale selon laquelle l'AMC ne devait jouer qu'un rôle subsidiaire.

Afin de se rapprocher de la conception initiale de 1945, différents scénarios ont été évoqués lors de nos entretiens tels que :

- La restructuration des barèmes de remboursement ou des paniers de soins du régime de base, qui serait plus efficace pour limiter les restes-à-charge des assurés sociaux plutôt que le développement des complémentaires. Cependant l'objectif de maîtrise des coûts rend ce scénario peu réalisable ou nécessitera la réalisation d'économies dans d'autres secteurs.
- L'idée d'une extension à toute la France du régime particulier d'Alsace-Moselle est parfois défendue. Dans cette région, un système d'AMO (le régime local d'Alsace-Moselle) intervient en complément de la Sécurité sociale pour les salariés du commerce et de l'industrie de la région ainsi que pour les retraités, préretraités et chômeurs affiliés au régime à partir de leur activité professionnelle antérieure. Il assure la prise en charge intégrale des dépenses hospitalières et celle des dépenses de médecine de ville à 90%. Le régime ne prend pas en compte les dépassements de tarifs. Il est toutefois peu probable que l'extension de ce régime au reste de la France soit réalisable en raison des nombreuses oppositions qu'elle soulèverait.

Globalement, il s'agit selon Didier Tabuteau de faire en sorte que l'assurance maladie obligatoire redevienne « *l'acteur central* » du système de santé. En effet, l'assurance maladie complémentaire est par essence inégalitaire et la mise en place de la complémentaire santé obligatoire en 2016 ne résout pas cette problématique de l'injustice sociale des complémentaires santé. Il faut donc parvenir à un rééquilibrage entre AMO et AMC.

Dans sa note « *Refonder l'assurance maladie* » d'avril 2014, le CAE va plus loin en proposant de mettre fin à la dualité entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. En effet, les coûts de gestion n'en sont que multipliés et cela nuit à un pilotage efficace de l'offre de soins. À long terme, le CAE préconise donc de mettre fin à ce système mixte d'assurance en organisant un financement des soins unifié.

ii. Vers un rôle renforcé de l'Etat pour imposer des mesures contraignantes auprès des professionnels de santé

La Cour des comptes, dans son rapport de 2014, soulève la question de la légitimité des acteurs conventionnels : en effet, depuis 2004, l'UNCAM a la capacité de décider des

mesures conventionnelles, mais ces mesures dépendent du cadre fixé par le législateur. La Cour des comptes se demande si, dans le cadre actuel d'organisation des relations avec les professionnels de santé, les intérêts de l'Etat sont suffisamment pris en compte. A ce propos, le secrétaire général de l'UNOCAM indique que dans les autres pays européens, contrairement à la France l'Etat n'est pas absent de la table des négociations. Elle recommande également que le contrat passé entre l'Etat et l'UNOCAM recueille un avis du Parlement avant sa signature. Les possibilités de progrès par l'intermédiaire de la négociation rencontrent aujourd'hui leurs limites, en particulier pour la mise en place de mesures contraignantes pour les professionnels de santé.

Lors de nos entretiens³⁷ a été également évoquée la réflexion du Président de la République sur la généralisation de la complémentaire santé concernant la couverture de publics prioritaires notamment les retraités.

La mise en place des scénarios suscités semble peu probable. La mise en place de la complémentaire santé obligatoire en 2016 indique plutôt une tendance vers un renforcement de l'AMC.

B.. Un renforcement de la place de l'AMC par un partenariat avec la CNAMTS plus collaboratif permettra de mieux réguler l'offre de soins, d'être moins coûteux pour les finances publiques dans une approche plus territorialisée

La voie de la consécration de la protection sociale complémentaire en matière de soins courants passe nécessairement par : une inclusion renforcée de l'UNOCAM dans les négociations auprès des professionnels de santé ; plus de concurrence avec moins de régulation de la part de l'Etat ; une refonte du rôle et de la gouvernance UNOCAM. L'AMC devra veiller à proposer des offres attractives sans creuser de nouvelles inégalités pour rester crédible. Une approche territoriale plus développée fait également partie des pistes évoquées.

³⁷ Entretien avec EB (UNOCAM).

i. Développer un partenariat plus collaboratif AMO/AMC dans les négociations auprès des professionnels de santé pour une meilleure régulation de l'offre de soins

Aujourd'hui la situation est donc celle où il existe deux financeurs qui ont des difficultés à valoriser ce que chacun peut apporter. Or, les complémentaires peuvent jouer un rôle où l'AMO n'est pas présente, ou s'est désengagée pour des raisons d'économies. Il faut ainsi que l'AMO intègre plus les complémentaires dans une vision globale du parcours de soins.

Cette meilleure complémentarité passe par :

- Un sentiment de confiance entre les 2 partenaires à développer : le temps d'échange entre l'UNCAM et l'UNOCAM doit être prioritairement renforcé en amont des négociations auprès des professionnels de santé. L'UNOCAM est demandeuse du fait d'avoir plus de visibilité le plus en amont possible sur ce qu'il peut se passer en termes de négociations. Cette démarche permettrait de voir auprès de ses membres s'ils sont intéressés pour se mobiliser sur ces sujets et disposés à consacrer des financements supplémentaires. En effet, actuellement faute d'association en amont, l'UNOCAM a peu de temps d'échanges sur l'objet des négociations conventionnelles, ce qui crispe les positions.

La confiance, c'est également que le législateur traduise dans les textes réglementaires des idées en conformité avec la signature de l'UNOCAM. Ce n'est pas toujours le cas selon EB: « *Si, quand on signe quelque chose après ça prend force exécutoire à travers un texte législatif réglementaire qui n'est pas conforme à ce qu'on a signé, ça ne donne pas envie de signer quoi que ce soit par la suite* ».

- Un meilleur partage des données de santé : il faudrait mieux partager l'information sur les patients afin de dépasser l'actuelle rétention d'informations sur les données de santé ressentie par les acteurs de l'AMC. Ainsi, les paniers de soins proposés par l'AMC pourront être plus individualisés³⁸. Toutefois, la CNIL émet une réserve notamment en termes de protection du secret médical et du risque de sélection des patients.
- Une meilleure intégration aux négociations par le biais de conventions :

³⁸ Entretien direction santé de la FFSA

Actuellement, la loi qui encadre les réseaux de soins est mal vécue par les assureurs car ils y voient une façon de réguler les dépenses et restes à charge pour les assurés sans avoir leur mot à dire. Le gros enjeu à venir est la renégociation de la convention médicale en 2016.

Il serait selon eux souhaitable de négocier des accords dans un cadre tripartite AMC / AMO et professionnels de santé pour, par exemple, faire en sorte que les tarifs opposables soient réévalués à leur juste valeur plutôt que de les solvabiliser. Il s'agit d'intervenir sur des tarifs pré-existants de professionnels de santé.

ii. Refonder le rôle et la gouvernance de l'UNOCAM

La gouvernance actuelle de l'UNOCAM est basée sur le sceau du consensus entre acteurs et fédérations représentées. Or, les nombreux changements intervenus ou en cours (tiers payant, ACS, renégociation des dépassements d'honoraires auprès des professionnels) ont crispé les relations au sein des fédérations et déstabilisé la gouvernance de l'UNOCAM. De même, certains textes non issus du ministère de la Santé tel que celui sur la généralisation n'ont pas eu d'avis de l'UNOCAM, alors qu'ils ont un impact direct sur ses membres.

La refondation de sa gouvernance peut passer par des votes à la majorité et une association à tout projet relatif à la santé.

La Cour des comptes, en 2014, estime qu'une plus forte implication de l'UNOCAM, de l'UNOCAM comme financeurs et de l'Etat comme décideur, renforcera la cohérence des actions menées et sera plus efficace dans la gestion du risque. Elle recommande que l'UNOCAM, aujourd'hui trop en retrait, ait une place plus importante.

En outre, il pourrait s'agir de diminuer la régulation de l'Etat en favorisant la libre concurrence entre organismes complémentaires et une approche territoriale. A l'exemple des Pays Bas ou des Etats Unis, les pouvoirs publics décideraient de donner aux opérateurs privés, par le jeu de la concurrence, plus de champs sur lesquels opérer. En effet, actuellement, sur le régime de base, ce qui peut être proposé par les opérateurs privés est extrêmement contrôlé notamment par la mise en place des contrats responsables (système de plafond) et le processus de labellisation des complémentaires. Une offre trop administrée peut être un frein à une gestion innovante du risque.

Ce système s'appuie sur le développement des réseaux et l'encadrement du parcours de soins du patient : répartir certaines prestations avec un seul financeur en 1ère ligne afin de

diminuer le reste à charge. Ainsi, le but est de diminuer le coût global de la protection sociale pour le particulier ou l'entreprise.

Cependant, compte tenu qu'une telle politique peut être perçue de façon trop libérale, une évolution croissante de la part de l'AMC peut s'accompagner d'une offre de base administrée par l'ARS et les conseils régionaux. En effet, avec le redécoupage territorial et dans une optique d'être plus proche du client, dans nos entretiens, l'idée d'une régionalisation des politiques conventionnelles vers l'ARS et les conseils régionaux est apparue. L'ARS gère déjà la politique du risque et est garante de l'offre de santé sur son territoire. Cela permettrait une adaptation des tarifs sur une base régionale compte tenu du coût de la vie différent entre territoires. La commission des affaires sociales, dans le cadre MECSS, a conclu à la nécessité d'une définition d'enveloppe régionale permettant l'adaptation des politiques de santé aux besoins locaux³⁹.

³⁹ *Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance*. Rapport d'information de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n°400 (2013-2014) – 26 février 2014

Conclusion

Cette réforme du système de santé résulte d'un accord dont l'objet principal concernait la sécurisation des parcours professionnels dans le cadre d'un marché du travail plus flexible. Elle ne concernait donc pas directement la couverture complémentaire de la population pour diminuer le renoncement aux soins.

De facto cette mesure va privilégier les salariés du secteur privé par rapport aux autres catégories de la population n'étant pas couvertes par un contrat collectif d'entreprise.

Cette étude nous a permis d'observer qu'il pouvait exister des inégalités au sein des salariés du fait d'une part de la taille de l'entreprise et d'autre part de l'appartenance à une branche ayant conclu un accord collectif favorable. Elle nous a également permis d'observer que le traditionnel clivage entre organisations patronales et salariales était dépassé dans ce cadre.

Le bouleversement annoncé du marché des complémentaires doit être relativisé, les organismes adaptant leurs offres et stratégies au nouveau contexte. La mesure pourrait créer un marché de sur-complémentaires pour répondre à la demande de salariés voulant bénéficier d'options supplémentaires au panier de soins légalement défini.

Un renforcement de la place de l'AMC au sein du système d'assurance maladie passe par une meilleure concertation entre les financeurs et une approche plus territorialisée.

Bibliographie

→ Ouvrages :

-Dupeyroux J-J., Borgetto M., Lafore R., *Droit de la sécurité sociale 18ème édition*, Dalloz, coll. Précis, Paris, 2015.

→ Publications d'organismes de recherches :

-Dormont B., Geoffard P-Y., Tirol J.. *Refonder l'Assurance Maladie*. Les notes du Conseil d'analyse économique, n°12. Avril 2014.

-Desprès C., Dourgnona P., Fantin R., Jusot F., *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* , Irdes, Questions d'économies de la santé n° 170, 2011, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

-Dourgnon P., Or Z., Sorasith C, *L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008*, IRDES, Questions d'économies de la santé, n°183, janvier 2013.

-J.M. André, M. Del Sol, S. Moisdon-Chataigner, P Turquet, *L'assurance privées dans la prise en charge du risque maladie en France, Entre segmentation de l'offre et tentative de régulation des dépenses, quelle place pour la solidarité ?*, rapport final, EN3S, Projet de recherche 2010/2012, février 2012.

→ Revues et articles de presse :

Articles de revues :

-Caussat L., Raynaud D, « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé » , in *Revue d'économie financière*, N°76, 2004, La régulation des dépenses de santé. pp. 129-151, /web/revues/home/prescript/article/ecofi_0987-3368_200

-Nabeth M. , « Généralisation de la complémentaire santé dans les TPE », *LES CAHIERS LAMY DU DRH* , N° 207, MARS 2014

-« La complémentaire santé, une avancée ? », in *Démocratie & Socialisme*, 6 MARS 2013 ; <http://www.democratie-socialisme.fr>

-« Généralisation de la complémentaire santé : la négociation collective mise à mal », in *FO Actualité retraite*, numéro 69 p 11, juin 2014.

-« La couverture complémentaire des frais de santé en entreprise » in *Relations collectives*, éditions Tissot, Février 2014 ; article consultable sur <http://www.jdsavocats.com/>

- Les masques sont tombés » in *Points de repères*, CFE, CGC, septembre 2014.

Articles de presse :

-« L'ANI est aussi un coup contre la Sécu et une avancée vers l'américanisation de la santé ! », <http://www.ufal.info/sante-protection-sociale/lani-est-aussi-un-coup-contre-la-secu-et-une-avancee-vers-lamericanisation-de-la-sante/7410>

-<http://www.humanite.fr/sante-et-entreprises-pas-vraiment-complementaires-56614>, article du 19 février 2015

➔ Rapports et publications des organismes de Protection sociale :

Rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale :

-*Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale*, juin 2013, www.securite-sociale.fr/Rapports-de-la-CCSS.

-*Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale*, septembre 2014. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-20141110-101730-392-97.pdf>

-*Rapport d'information du 8 juillet 2014 fait au nom de la Commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, par M. Yves DAUDIGNY, Sénateur.

Publications DRESS, HCAAM, et Institut de la Protection sociale :

-*La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. P 11, DRESS, 2013.

-*La généralisation de la couverture complémentaire en santé* , Avis de l'HCAAM, 18 juillet 2013.

-*Livre blanc : tous acteurs de la protection sociale de demain*, Institut de la protection sociale, Décembre 2014

<http://asp.zone-secure.net/v2/index.jsp?id=6300/8315/50977&lng=fr>

→ ANI, textes de lois et décisions juridiques :

-Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés
direccte.gouv.fr/IMG/pdf/ANI_securisation_de_l_emploi-2.pdf

-Décision du 13 juin 2013 relative à la liberté d'entreprendre des organismes complémentaires, Conseil Constitutionnel 2013-672 DC considérant 5

-LOI n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4B10756057CF8F18443FCD C4EEE6A37C.tpdila08v_2?cidTexte=JORFTEXT000027546648&dateTexte=29990101

-Décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés

-LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale,

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028683576&categorieLien=id>

Liste des annexes

- **ANNEXE 1** : Méthodologie.
- **ANNEXE 2** : Entretiens menés.

ANNEXE 1 : Méthodologie

La complémentaire santé est un sujet d'actualité revenant de façon récurrente dans le débat public ces dernières années. Ce sujet présente plusieurs intérêts :

- D'une part, la transversalité de la question posée. Pour avoir une vision d'ensemble du sujet, il est nécessaire de l'appréhender sous un angle social mais aussi économique, juridique et politique. Cette approche est d'autant plus stimulante dans le cadre d'un module interprofessionnel permettant à chaque membre du groupe de travail d'enrichir cette étude de son point de vue et de ses expériences.
- D'autre part, la généralisation de la complémentaire santé permet d'explorer de nouvelles pistes de réflexions relatives au secteur de la protection sociale et de l'assurance, mais aussi en termes de dialogue social ou encore d'accès aux soins. L'une des complexités dans le traitement de cette problématique résidait dans la nécessité pour le groupe de suffisamment se détacher de travaux antérieurs réalisés et de veiller à conserver une approche neutre et critique.

Il s'agit donc d'une thématique complexe et technique ayant nécessité, préalablement à toute analyse, un travail de documentation visant à se l'approprier et à en déterminer les enjeux. Ainsi, nous avons débuté ce travail par les textes fondateurs de la mesure qui constituent l'ANI, la loi d'orientation du 14 juin 2013. Puis nous avons procédé à la lecture du rapport du HCAAM de 2013 consacré à la généralisation de la couverture complémentaire santé et du mémoire du MIP de l'année précédente, ayant pour thème « L'AMC et son rôle dans la gestion du système de santé ». Ces lectures avaient pour but de nous permettre d'avoir une vision globale des questionnements soulevés par la mesure et de définir une problématique axée sur son impact, rupture ou continuité, par rapport au mouvement d'institutionnalisation progressive du secteur de la complémentaire santé. Ces recherches ont été complétées à la fois par des lectures transversales et des lectures plus spécifiques à l'ANI et la loi du 14 juin 2013, notamment des articles de presse.

A la suite de ce travail de lecture, nous avons analysé les différents enjeux de la thématique (accès aux soins, conséquences sur le marché des complémentaires santé, les finances publiques, les professionnels de santé, impact en matière de dialogue social et de négociations professionnelles). Nous avons confronté ces analyses recueillies dans la littérature avec des entretiens conduits auprès d'acteurs de terrain. Il s'agissait d'interroger

des acteurs étroitement concernés par cette mesure : représentants de l'administration centrale chargés d'impulser cette mesure mais aussi professionnels de santé, représentants syndicaux, employeurs, avocats, assureurs, mutuelles et institution de prévoyance. A cet effet, notre animateur de MIP nous a permis d'affiner nos grilles d'entretiens et orientés vers des professionnels spécialistes de la protection sociale (chercheurs, IRDES...) ou encore des intervenants que nous n'avions pas envisagé de contacter (audioprothésiste, ophtalmologue..). Nous avons défini un calendrier d'entretiens en fonction de la disponibilité des intervenants et du délai très court des trois semaines du MIP. Quinze entretiens ont été réalisés.

Ces entretiens ont donné lieu à un travail de retranscription, le plus souvent sous un format intégral, chronophage mais ayant permis un partage non biaisé des informations recueillies au sein du groupe. A la lumière de ces échanges, nous avons pu réinterroger le sujet, apporter des précisions à notre grille de lecture et infléchir notre première analyse vers davantage d'objectivité et de transversalité.

Toutefois, nous avons été confrontés à plusieurs difficultés : le délai court du MIP et la disponibilité des acteurs. En effet, certains acteurs sollicités n'ont pas répondu à notre demande, notamment les syndicats. De ce fait, il a fallu combler ce manque de sources par une lecture de leurs publications.

ANNEXE 2 : Entretiens menés

Elèves ayant mené l'entretien		Contexte de l'entretien		Personne interrogée	
Nom/Prénom	Filière	Date	Lieu	Initiales	Fonction
VALERY Aude PAGE Camille BRAVO Rosa	DH DH DS	29/04	Entretien téléphonique	B.F.	sociologue et économiste, professeur émérite à l'Université Paris X
OMBALA Prisca PAGE Camille PIAUD Cédric	D3S DH DH	30/04	Entretien téléphonique	G.M.	Vice-Président de la Confédération nationale des syndicats dentaires
BOURGEOIS Simon LECOMTE Bastien BELAUD Hugues	AAH AAH IASS	30/04	Rennes	M.F.	Responsable promotion de la santé, Radiance Groupe Humanis Ouest
HAMMOU-KADDOUR Zouhir BELAUD Hugues MANEYROL Arnaud	D3S IASS IASS	30/04	Rennes	G.B.	Conseiller stratégie à Harmonie Mutuelle
VALERY Aude	DH	30/04	Paris	J.C. N.V.	Direction de la Sécurité Sociale
VALERY Aude PAGE Camille	DH DH	04/05	Entretien téléphonique	J-F.C.	Ancien Président du fonds CMU
VALERY Aude PAGE Camille MANEYROL Arnaud	DH DH IASS	05/05	Entretien téléphonique	A.P.	Chargée de recherche à l'IRDES
OMBALA Prisca BELAUD Hugues	D3S IASS	05/05	Paris	C.V.	Chercheuse IRES
BOURGEOIS Simon LECOMTE Bastien	AAH AAH	05/05	Entretien téléphonique	C.M. S.R.	Direction santé de la FFSA
OMBALA Prisca	D3S	06/05	Paris	B.L.	Opticien, chef d'entreprise
BOURGEOIS Simon LECOMTE Bastien	AAH AAH	07/05	Rennes	G.B.	Courtier d'assurances, Générali

HAMMOU- KADDOUR Zouhir MANEYROL Arnaud	D3S IASS	07/05	Rennes	F.J.	Chef de produit santé, Groupama Loire Bretagne
OMBALA Prisca	D3S	07.05	Paris	C.L.	Vendeuse chez un audioprothésiste
PAGE Camille	DH	07/05	Entretien téléphonique	R..L.	Enseignant/Chercheur à Sciences-Po Bordeaux
MANEYROL Arnaud BELAUD Hugues	IASS IASS	07/05	Entretien téléphonique	E.B.	Secrétaire général administratif, UNOCAM

Entretien mené avec BF
(sociologue, économiste professeur émérite à l'Université Paris Ouest Nanterre la
défense)

Entretien mené le 29/04/2015

Bonjour, le sujet est la mise en place de la complémentaire santé obligatoire à compter de janvier 2016. Nous avons identifié quelques grands axes de réflexion pour le moment et donc on voulait s'entretenir avec vous dans ce cadre-là pour évoquer l'AMC de manière générale mais aussi plus précisément le sujet de la complémentaire santé obligatoire, ce que vous en pensez... Nous pouvons commencer par revenir un peu sur l'historique de mise en place de l'assurance maladie complémentaire et au final comment on en est arrivé à la conclusion du fameux ANI de 2013 et donc à l'instauration de cette mesure pour 2016.

L'assurance maladie complémentaire est une invention très récente. Elle suppose qu'il y a deux assurances maladie, l'une de base qu'on va appeler obligatoire, l'AMO, et une complémentaire. C'est une invention sémantique qui date d'une quinzaine d'années et qui prend acte que l'assurance maladie ne doit pas assumer 100% des soins de santé. Ce qui est contradictoire avec la création de l'assurance maladie dont la vocation est d'assurer 100% des soins de santé précisément et de marginaliser progressivement la mutualité. Lorsque l'assurance maladie intègre la Sécurité sociale en 1945 c'est avec ce projet très précis de remplacer la mutualité et c'est pour ça d'ailleurs que la mutualité va être un adversaire décisif des ordonnances de 1945.

D'accord... parce que la mutualité était déjà très structurée en fait en 45 ? C'était un acteur historique ?

Dans le projet du législateur de 1930, l'organisateur prévu de l'assurance sociale c'était la mutualité. Les assurances sociales créent l'ancêtre de l'assurance maladie telle que la Sécurité sociale de 45 la met en place.

Vous, vous connaissez, je l'espère un peu, cette législation de 1930... elle mêle vieillesse et santé pour rendre acceptable une cotisation vieillesse qui est refusée par par l'opinion populaire, c'est vrai que la retraite c'était la retraite des morts et donc jusqu'en 1930 il y a un échec de toute législation qui rende obligatoire une cotisation vieillesse. Le dernier échec étant celui de 1910, la loi sur les retraites ouvrières et paysannes. Donc l'astuce du législateur de 1930, c'est de mêler à la cotisation vieillesse impopulaire une cotisation qui est très populaire, la cotisation santé, parce qu'autant la retraite est considérée comme la retraite des morts parce qu'elle était à 65 ans et que l'espérance de vie ouvrière est très inférieure à cet âge-là, autant les besoins de santé se font sentir y compris pendant la période de vie active, et la gestion de cette assurance santé c'est la mutualité depuis le 19ème siècle. On a l'habitude de distinguer le gros risque et le petit risque, le gros risque c'est la vieillesse qui est assumée par de l'épargne et le petit risque c'est la santé qui est assumée par une mutualisation, une cotisation dans le cadre de la mutualité. Et lorsque le législateur mêle cotisations vieillesse et cotisations santé dans les assurances sociales de 1930, il prévoit que ce sera la mutualité qui en sera le gestionnaire parce que la mutualité était gestionnaire du risque maladie et que le risque vieillesse n'existait pratiquement pas puisque il y avait eu échec permanent de sa constitution. Et c'est la mutualité qui va refuser d'être le gestionnaire des assurances sociales parce qu'il y a une obligation de cotisation, et que la mutualité repose, dans son esprit de l'époque en tout cas, sur la liberté de cotisation.

D'accord. Donc en fait l'esprit des lois de 1930 c'était de placer la mutualité au centre du dispositif comme gestionnaire, mais finalement elle ne l'a pas été ?

Devant le refus de la mutualité, la loi va créer un dispositif de libre-choix du gestionnaire, c'est-à-dire qu'il y a une obligation de cotisation pour les assurances sociales mais il y a libre-choix du gestionnaire, c'est ce qu'on appelle les caisses d'affinité. Vous avez un dispositif à double détente : une obligation de cotisation et un libre-choix du gestionnaire. C'est ce qu'on retrouvera aussi par exemple pour l'assurance santé en matière d'agriculture dans les années 60, beaucoup plus tard. Et

ce libre-choix se traduit par des caisses d'affinité qui vont être mises en place entre autres par la mutualité. N'adhèrent aux caisses de la mutualité que ceux qui choisissent d'y adhérer, ce qui est le propre des instituts mutualistes, en tout cas dans l'esprit de l'époque. Vous allez donc avoir des caisses d'affinité qui sont gérées par le patronat. Le patronat va créer ses caisses, la mutualité, la CGT, la CFTC, l'Eglise vont créer des caisses qui vont être globalement des échecs. La majorité des assurés sociaux va se retrouver dans les caisses balais, ce qui était prévu pour des assurés qui n'auraient pas trouvé de caisses d'affinité ; et est prévue une caisse départementale qui va se révéler être la caisse majoritaire. Donc la mutualité, oui elle fait effectivement partie des gestionnaires de l'assurance de 1930. L'ordonnance de 45 ma foi, elle prend acte de l'échec des caisses d'affinité et elle pose la caisse départementale comme la caisse de sécurité sociale. La nouveauté de 1945, c'est de fusionner dans la même caisse départementale de sécurité sociale la caisse départementale d'assurances sociales, qui regroupait à l'époque à peu près 60% des assurés sociaux, les 40% autres étant dans des caisses d'affinité ; et la caisse d'allocations familiales. Mais ces caisses départementales de Sécurité sociale qui prendront le nom de CPAM en 67 lorsque les risques seront à nouveau utilisés par l'ordonnance de 67 échappent totalement à la gestion mutualiste puisque ce sont des salariés élus qui représentent les $\frac{3}{4}$ des assurés, le $\frac{1}{4}$ des administrateurs étant des patrons. Donc la mutualité était exclue du dispositif et va entreprendre une très grande campagne avec la droite, avec l'Eglise contre les ordonnances de 45 et elle sera victorieuse puisqu'en 1949 la loi Morice va donner aux mutuelles la possibilité de gérer à la place des caisses départementales un certain nombre de régimes, en particulier les régimes qui refusent d'entrer dans le régime général, comme les fonctionnaires. Donc la mutualité devait pratiquement disparaître en 45, elle va être sauvée par les fonctionnaires. Le refus des fonctionnaires d'entrer au régime général va permettre à la mutualité d'avoir une concession de gestion. Et puis progressivement elle va gagner du terrain puisque refusent d'entrer dans le régime général également les électriciens et gaziers, la SNCF..

Oui tous les régimes spéciaux en fait.

Les régimes spéciaux. C'est les mutuelles qui vont avoir la concession de gestion et c'est ce qui va sauver la mise de la mutualité qui est toujours aujourd'hui un adversaire délibéré de la Sécurité sociale.

D'accord. Et tout ce qui est autres organismes complémentaires, instituts de prévoyance et assurances notamment, est ce que dès cette époque-là il y avait des acteurs de ce type là sur le paysage ?

Non, non... De toute façon l'ordonnance de 45 prévoit l'extinction progressive du dispositif puisque dans l'ambition des auteurs, il s'agit d'assurer à 100%, le risque santé.

Oui, via uniquement en plus des cotisations... il n'y avait aucun financement via l'impôt ou via un simili impôt comme la CSG, à l'époque ?

La sécurité sociale a un financement exclusivement par cotisations mais on est loin d'assurer la couverture de santé de l'époque hein... En 1945 la couverture de santé n'est pas du tout assumée par la Sécurité sociale, pour deux raisons. C'est que l'hôpital est même massivement ouvert aux insolubles, ce n'est que depuis 42 que Vichy a rendu possible l'accès de l'hôpital aux solvables donc aux assurés sociaux. Jusqu'alors l'hôpital était un lieu de soins gratuits, réservé aux insolubles. C'est un mouvoir au demeurant, où les médecins se faisaient la main gratuitement pour pouvoir demander ensuite une rémunération importante à leur clientèle de ville. Ils se faisaient la main sur les pauvres, tout ça a été parfaitement démontré. La santé hospitalière se fait dans les cliniques privés, pour une grosse part, qui ne relèvent pas de la Sécurité sociale, quant à la santé ambulatoire, elle n'est pas conventionnée ...Puisque les médecins se constituent en syndicat en 1930 pour refuser le conventionnement avec les assurances sociales. Le CSMF est constitué sur la base du refus du conventionnement. Donc il n'y a pas de convention, il n'y a pas non plus de remboursement... Le conventionnement n'apparaît qu'en 1961. Les premières conventions c'est

lorsque la possibilité de convention départementale apparaît.. plus exactement la possibilité d'adhésion individuelle de convention apparaît. Jusqu'en 1961, la convention ne pouvait être que signée par le syndicat départemental des médecins, qui refusait systématiquement. A partir du moment où les médecins ont pu adhérer individuellement, alors de très nombreux médecins qui supportaient assez mal le diktat de leur syndicat départemental ont adhéré individuellement et ils ont entraîné tout le reste pratiquement des autres médecins qui se sont engouffrés dans l'affaire. Mais du coup vous comprenez que jusqu'en 61, enfin jusqu'en 58 (la réforme hospitalière qui fait de l'hôpital un lieu de soins), l'assurance maladie n'a quasiment pas de dépenses, très peu. Elle est excédentaire et elle couvre le déficit des allocations familiales qui sont le cœur de la Sécurité sociale.

Mais du coup si c'était un régime qui en fait ne couvrait que très peu le besoin en soins ou la dépense de soins, comment est-ce qu'ils ont réussi à passer ça auprès des syndicats et des partenaires sociaux, parce que vous nous disiez qu'historiquement en 1930 ça avait été vendu comme une mesure de contrepartie par rapport à la mise en place du régime de retraite...

Les partenaires sociaux n'existaient pas, heureusement à l'époque, c'est une invention de Delors et Chaban-Delmas dans les années 60 même si c'est catastrophique... mais non l'adhésion populaire aux assurances sociales est absolument nulle. Parce que le recours aux assurances sociales est pratiquement inutile hein ? Pour la vieillesse, la cotisation c'est une cotisation qui est par capitalisation. La cotisation de l'assurance vieillesse de 1930 va sur un compte individuel et donc dans les premières années personne n'a droit à rien puisqu'il faut déjà que le régime monte à maturité.... La maturité est prévue pour 1960 puisque la cotisation doit durer 30 ans. Donc ça n'intéresse pas grand monde. Quant à la santé, elle est assurée par l'impôt en réalité. Elle est assurée soit par des dispositifs mutualistes qui demeurent, soit par l'impôt c'est les offices d'hygiène sociale, d'hygiène publique ou socialiste municipale des années 30. Toute la médecine salariée date des années 30 et c'est l'impôt qui finance la couverture populaire de la santé. La couverture bourgeoise de la santé, eh bien c'est les mutuelles. La cotisation santé de l'assurance sociale va au déficit des allocations familiales qui encore une fois sont au cœur de la Sécurité sociale jusque dans les années 50. Il ne faut pas faire d'anachronisme... aujourd'hui c'est peanuts mais c'est le cœur de la Sécu dans les années 50. Je vous renvoie à mon bouquin, je vous renvoie parce que des gens à votre niveau de formation sont ignorants de tout ça tellement l'enseignement de tout ça est inexistant ou nul. Je vous renvoie à mon bouquin qui s'appelle *Puissance du salariat...*

D'accord. On va aller le lire.

Ce serait utile parce qu'y compris à Rennes, mais je ne parle pas de Sciences Po, je ne parle pas évidemment de St Etienne, l'école des cadres de la Sécu... on a aucun cours sérieux sur ces questions. Tout ça c'est, c'est renvoyé dans les ténèbres de l'histoire.

Et alors justement, si on revient sur la mesure de l'ANI et la loi de sécurisation de l'emploi, nous c'est vrai qu'on avait un des axes de réflexion qui consistait à dire dans quelle mesure cette mesure qui a été présentée comme devant favoriser l'accès aux soins, à la couverture etc... d'une partie de la population non couverte, finalement ne relève pas plus d'une contrepartie d'un dialogue social par ailleurs un peu compliqué en 2013, et en fait de certains gages qui ont été donnés à certains acteurs. Parce qu'en fait quand on regarde les chiffres, il y aurait un million de personnes aujourd'hui en France qui n'ont pas de couverture complémentaire santé de manière non choisie, donc en termes d'accès aux soins...

Non mais je suis d'accord... c'est une très grande régression mais pour bien comprendre le mot de régression que j'utilise pour cet accord, et la loi qui a suivi, il faut bien revenir au passé parce que sinon, on ne comprend rien... Vous m'avez demandé quels étaient les acteurs en 45 à côté de la mutualité, c'est-à-dire est ce qu'il y avait de la prévoyance, est ce qu'il y avait de l'assurance ... je vous ai répondu non, parce qu'encore une fois 45 n'entend pas du tout la Sécurité sociale comme

l'empilement de deux assurances maladies. Il n'y en a qu'une qui n'a pas de qualificatif, ni obligatoire ni complémentaire. Il y a une seule assurance maladie qui est l'assurance maladie de la Sécurité sociale et qui a vocation à couvrir à 100% la dépense. Et donc il n'y a pas d'acteurs paritaires. Les IP, donc les institutions de prévoyance, qui s'appellent jusqu'à la funeste loi Evin de 89 les L4 parce qu'elles sont dans le livre 4 du Code de la Sécurité sociale, n'ont pas du tout vocation à assurer de la santé... Elles rentrent dans le dispositif de l'AGIRC... là on est en matière de retraite exclusivement hein ? Mais les L4 sont des institutions qui naissent à partir de compagnies d'assurance pour une grosse part, sous l'égide du paritarisme, là aussi il y a une grave régression par rapport à la Sécurité sociale... Parce qu'à la Sécurité sociale il n'y a pas de patron, la Sécurité sociale est gérée par les salariés eux-mêmes. Il y a pas de dialogue social, ça n'existe pas, c'est en fait l'initiative patronale. Il n'y a que des patrons qui décident avec une partie du syndicalisme qui les suit, ou bien il y a une gestion syndicale, c'est ce qui s'est fait entre 45 et 61 en matière de Sécurité sociale. Mais il n'y a pas de cogestion syndicat / patronat, ça n'existe pas. Donc en 45 il n'y a ni conventionnement entre la médecine ambulatoire ni système hospitalier digne de ce nom pour la médecine hospitalière... Et les besoins de santé populaires sont assumés par les dispositifs d'hygiène publique, d'hygiène sociale, les centres médicaux municipaux, c'est pour ça que j'ai parlé de socialisme municipal ou de communisme municipal parce que c'est dans les municipalités que les milices socialistes se développent. Et puis vous avez Vichy qui a créé la santé scolaire, la PMI hein ? Là c'est de la santé salariée. Vous avez donc de la santé gratuite salariée. Ça c'est ce qui est là, le dispositif majoritaire en 45. En termes de santé, de santé populaire hein ? La santé bourgeoise encore une fois elle est assumée par l'épargne ou les dispositifs mutualistes.

Alors maintenant, la création de l'AMC, qui encore une fois suppose que l'on a changé d'optique, que l'assurance maladie n'a plus vocation à couvrir 100% de la dépense. L'assurance maladie n'a plus vocation à couvrir un panier de soins, c'est tout le rapport Chadelat, vous connaissez le rapport Chadelat c'est lui qui invente AMO/ AMC. Je vous renvoie à ce rapport. Et donc je parlais de la funeste loi Evin, mais il faut d'abord, il faut d'abord parler de 85, les choses se jouent en 85, c'est dans la réforme du code de la mutualité.

Qu'est ce qui s'est passé pour le coup ? On ne sait pas trop, éclairez-nous...

La construction européenne oblige de choisir en quelque sorte entre entreprises ou monopole public. Soit nous avons des entreprises qui sont en concurrence, entreprises de santé, de couverture de soins, fonds de pension etc... soit nous avons un monopole public. C'est l'un ou l'autre, il n'y a pas d'autres possibilités. Et vous avez comme enseignant à Rennes un spécialiste de la question en la personne de Gaël Coron puisqu'il a longuement analysé dans sa thèse la jurisprudence de Luxembourg. C'est Luxembourg qui va créer cette jurisprudence, enfin la Cour de justice européenne. Vous savez qu'en matière d'Union européenne, les juges ont un pouvoir absolument exorbitant de faire la loi, à travers l'interprétation des traités. Et donc puisque le Parlement est un parlement de fiction, finalement l'interprétation de loi, la jurisprudence est encore plus importante que la loi elle-même. Et donc en matière de retraite, l'ARRCO et l'AGIRC qui sont donc des régimes complémentaires que j'ai évoqués tout à l'heure, ont été sommés de choisir : entreprise en concurrence ou monopole public. Jusqu'à présent ils pratiquaient le ni-ni... Nous ne sommes pas une entreprise et donc nous avons un monopole sur le territoire français, il y a une obligation de cotisation à l'AGIRC et à l'ARRCO. La jurisprudence, c'était Unilever, qui est un établissement en France qui refuse de cotiser à l'AGIRC et à l'ARRCO en disant « *Mais moi j'ai mon propre régime de retraite complémentaire. Je refuse de cotiser à l'AGIRC et à l'ARRCO... j'applique la règle de la concurrence qui est le cœur du dispositif européen* ». C'est porté devant les tribunaux et finalement Unilever va être débouté. Et les L4 que j'avais évoquées, qui deviennent les IP sous Rocard je crois, sous Evin/Rocard, sont reconnues comme ayant un rôle de service public non soumis à la concurrence. Donc le ni-ni va être remplacé par le choix du régime de monopole public s'agissant de la retraite. L'AGIRC et l'ARRCO échappent à la concurrence en choisissant, en grommelant beaucoup d'ailleurs, le monopole public.

D'accord. Mais ça c'est suite au contentieux d'Unilever ? Ou ça le précède ?

C'est suite à toute une série de contentieux, et pas simplement de contentieux... C'est toute la législation européenne qui a comme objectif de faire un grand marché européen des entreprises de couverture de santé. Et donc tout ce qui existait comme monopole public va devoir se justifier comme des restes, des reliquats pas très légitimes... Il y a deux ou trois règles qui légitiment le monopole que l'on va conserver. En matière de santé, les dirigeants de la mutualité vont choisir le second pilier, parce que le monopole public c'est le premier pilier d'accord ? Et les entreprises en concurrence c'est le second pilier. Donc les gestionnaires de l'AGIRC-ARRCO choisissent le premier pilier fin des années 80 début des années 90, et les gestionnaires de la mutualité vont choisir le second pilier toujours au nom du refus de l'obligation, et du refus, du coup, d'une logique de monopole. Ils choisissent le second pilier et ça c'est le choix de 85, vous avez tout un débat parlementaire absolument passionnant du choix de 85 et le Code de la mutualité est ainsi totalement modifié et crée un espace de compétition en matière de santé, là où il n'y en avait pas puisque si vous regardez les statistiques vous avez une progression constante de la couverture par l'assurance maladie jusque dans les années 80... Et à partir des années 80 vous avez une stabilisation à 75%. L'assurance maladie va jusqu'à 80 % en gros de la couverture de santé jusqu'aux années 80 et puis vous avez une régression mais qui est stabilisée à 75%, uniquement à cause de l'ALD et de l'hospitalisation. Puisqu'en médecine ambulatoire hors ALD vous avez un effondrement du remboursement par l'assurance maladie, un effondrement complet... on est à je sais plus combien 30 %, 40% aujourd'hui

Et du coup par rapport à ça comment vous envisagez la suite en terme de répartition AMO / AMC pour la prise en charge des dépenses de santé ?

Moi je n'envisage pas la suite, c'est pas mon projet d'envisager la suite. J'ai un point de vue qui est que l'AMC doit disparaître parce que l'AMC est extrêmement coûteuse pour l'assurance maladie, les remises de gestion sont beaucoup plus chères que si la caisse d'assurance maladie gérait elle-même la totalité de la couverture...

L'AMC s'oppose au tiers payant de fait puisqu'elle complique tellement la tâche des praticiens que ça suscite chez les praticiens un refus du tiers payant.

Et puis l'AMC est éminemment inégalitaire. Elle est totalement contraire à la logique de Sécurité sociale. C'est là qu'on en vient à ce choix funeste de 85 entériné par la loi Evin de 89, c'est un homme qui a fait un travail extrêmement négatif en matière de santé en créant précisément le marché de la complémentaire. C'est lui qui va créer tout le dispositif qui légitime les assurances privées, les IP et la mutuelle comme couvertures de santé, comme assurance maladie alors que c'était aberrant. L'assurance maladie c'est la Sécurité sociale jusque dans les années 80. La mutuelle, les IP et l'assurance privée fonctionnent par menu. On choisit un menu, c'est le fait que la couverture est différente selon votre cotisation. La Sécurité sociale, c'est le refus absolu de ça... elle était construite contre cela parce cela est source d'inégalités considérables.

Mais est-ce que vous pensez qu'il y avait une réelle volonté stratégique ou est-ce que finalement ce n'est pas que des enjeux budgétaires et de financement... Et à un moment donné de se dire, compte tenu de l'évolution, aussi épidémiologique et des perspectives des finances sociales, l'assurance maladie, la Sécurité sociale, ne peut plus assurer la couverture du risque maladie dans sa globalité, et donc ces lois sont venues quelque part essayer de cadrer un secteur ? C'était la réponse qu'on avait choisi d'apporter qui était de déporter un certain nombre de risques jugés... comment dire, acceptables ou alors non vitaux, ou non lourds, trop lourds, sur ces acteurs-là ? Et est-ce que finalement aujourd'hui on n'a pas une assurance maladie et des acteurs au niveau central qui sont un peu entre ces deux logiques, c'est-à-dire qu'à la fois aujourd'hui le secteur de la complémentaire a été reconnu par un certain nombre de textes institutionnalisés et d'ailleurs réclame de plus en plus l'accès aux données de santé, demande de plus en plus de prendre part aux négociations conventionnelles même s'ils ne sont pas très organisés au niveau de l'UNOCAM, et c'est pas sans poser d'autres problématiques... Mais finalement il y a à la fois cet aspect-là d'essayer de contenir le champ complémentaire dans une toile de textes et de contraintes qui essaieraient de garantir

que le niveau de couverture de la population reste acceptable, tout en ne sachant pas trop quelle place donner à ces complémentaires sans légitimer trop et sans perdre la main sur la gestion du risque maladie. Je ne sais pas si je suis claire dans ce que je dis ?

Vous êtes hélas claire, vous êtes.... La doxa hein ?

C'est une question...je viens du ministère donc c'est pour ça en fait, ça doit se sentir...

Absolument oui, vos paroles sont d'or chère madame...

Je vous renvoie au débat de 85 : en aucun cas il ne s'agit de constater qu'on ne peut pas financer et donc il faudrait au moins encadrer ce qui sera inéluctable de toute façon, c'est-à-dire un financement complémentaire. Non c'est un choix stratégique fait par des gens qui sont opposés à la Sécurité sociale. Et vous avez un vote commun des socialistes et de la droite qui est tout à fait significatif, parce que c'est la droite qui a fait passer la loi sur initiative socialiste.

Les dirigeants de la mutualité sont socialistes, mais ce sont des socialistes à la Hollande. Alors, cette idée qu'il y aurait une espèce de plafond de verre du financement par cotisation de l'assurance maladie repose sur la conception de la cotisation comme une ponction, c'est l'idée que les soignants ne produisent pas de valeur économique. Là je vous renvoie à mon dernier bouquin si vous voulez avoir un texte clair et facile d'accès, moins technique que *Puissance du salariat*. Dans *Emanciper le travail* qui est un petit bouquin d'entretien qui est paru l'an dernier, je discute cette question de la conception de la cotisation comme un prélèvement... Si vous considérez la cotisation comme un prélèvement, vous supposez que les soignants ne sont pas productifs, que les soignants sont utiles mais qu'ils ne produisent pas de valeur économique, ils produisent de l'utilité sociale.

Donc qui se répercute en valeur économique in fine...

Pour autant que les malades vont consommer du Sanofi, oui...

Ah non je ne l'entendais pas dans ce sens-là...S'il y a de la prévention, si les gens sont bien soignés, a priori, enfin si on reste sur une logique strictement économique, ils seront plus productifs entre guillemets. On a tout intérêt à avoir des gens en bonne santé plutôt qu'une population

Oui sauf que la moitié des dépenses de santé concerne la dernière année de la vie. Donc le raisonnement n'a pas grande valeur, non... Le point central c'est de savoir si les soignants produisent de la valeur ou pas. Et dans ce cas s'ils produisent de la valeur, ce qui est ma position, s'ils produisent de la valeur économique s'entend, si les 200 milliards de la santé c'est de la production de valeur économique ce n'est pas une ponction sur de la valeur qui se produit ailleurs et qui irait à des improductifs mais c'est de la production de la valeur économique. La santé fait partie de la production de valeur économique, tout comme l'éducation tout comme la culture et des tas de choses. A partir de ce moment-là, si vous augmentez le taux de cotisation vous augmentez le PIB tout simplement. C'est ce qui s'est passé de façon évidente entre 45 et les années 80. Entre 45 et les années 80, on a augmenté le PIB, c'est pour ça qu'on parle des Trente Glorieuses, on a augmenté le PIB en augmentant la production faite en matière de santé, qui est pratiquement inexistante, pour les raisons que j'ai dites, dans les années 50. A partir des années 60, aussi bien la réforme hospitalière que le conventionnement vont entraîner une part considérable du PIB produite par les soignants, mais produite sous une logique non capitaliste. Ce sont des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière ou des médecins conventionnés de secteur 1, le secteur 2 est inventé sous Giscard en 79. Ce sont les médecins conventionnés de secteur 1 qui ne relèvent pas du tout d'une logique capitaliste, qui n'ont pas de capitaux, qui n'ont pas d'employeur, qui ne sont pas sur le marché du travail. On a donc quelque chose d'extrêmement intéressant où une part très importante du PIB est produite par des gens qui n'ont ni employeur ni actionnaires. Et qui donc font réfléchir sur la nécessité d'un employeur et d'un actionnaire pour produire de la valeur... Si on peut produire de la santé sans employeur et sans actionnaire, peut-être qu'on pourrait tout produire

sans employeur et sans actionnaire ? Avec des gens qui ont un salaire à vie comme les fonctionnaires hospitaliers, ou comme les médecins conventionnés... Les médecins ont un salaire à vie qui est le salaire socialisé de l'assurance maladie. Ils n'ont pas d'employeurs, ils n'ont pas d'actionnaires, c'est pour ça que la loi Macron, ou la loi de santé que prépare la ministre de la santé actuelle ont pour objectif d'en finir avec le travail indépendant, c'est pour ça que les médecins à très juste titre se mobilisent contre ça pour créer des cabinets capitalistes en matière de santé... Avec la possibilité pour des travailleurs, des non médecins d'être actionnaires majoritaires de cabinets libéraux ou pour des médecins d'être actionnaires de 10, 20, 30, 40 cabinets et donc de devenir des capitalistes en réalité, apparemment médecins mais essentiellement gestionnaires d'un dispositif capitaliste comme on le voit en biologie aujourd'hui, puisque les cabinets de biologie relèvent précisément de la logique de Luxembourg, c'est-à-dire de logique de compétitions européennes avec des possibilités d'actionnariat capitaliste majoritaire. Mais pourquoi je vous raconte ça je ne sais plus....

Vous étiez parti de l'idée que le plafond de verre en fait en matière d'assurance maladie n'existait pas.

Ah oui c'est ça. C'est pour dire qu'il y a un enjeu politique absolument décisif et on voit très bien quand on lit le débat parlementaire de 85 que c'est clairement ce qui est au cœur du dispositif. Il y a un enjeu décisif : est-ce qu'on va continuer à augmenter le taux de cotisation ? C'est-à-dire à affirmer que l'on peut produire de la valeur économique, sans employeur et sans actionnaires ? C'est-à-dire à avoir une politique clairement anti-capitaliste ? Puisque les capitalistes nous disent : on ne peut produire de valeur que s'il y a un employeur et un actionnaire. Est-ce que nous nous rendons à la logique du capital et que progressivement nous nous introduisons employeur et actionnaires dans la production de santé et dans la couverture de santé ? C'est ce second choix qui est clairement fait par les socialistes et la droite en 85, et tout le reste en découle. Il n'y a aucun plafond de verre à la cotisation sociale. La cotisation sociale est passée de 32% du salaire brut en 45 à 66% dans les années 80 : 44 % cotisation employeur et 22% cotisation salariale. Depuis ça n'a pas bougé voire ça a régressé puisque tous les dispositifs (le dispositif Aubry, le dispositif Fillon, le dispositif CICE etc) sont une façon d'en finir avec la cotisation sociale. La cotisation sociale ce n'est absolument pas quelque chose qui aurait une limite, parce que ce serait une ponction sur la valeur créée par d'autres. Non, la cotisation c'est une reconnaissance d'une production de valeur non capitaliste...

Oui mais aujourd'hui l'assurance maladie est financée par des cotisations mais aussi quand même beaucoup par la CSG, la CRDS, par de l'impôt ou du quasi impôt. Et donc du coup pour le patronat, il y a cette logique de préférer un financement via l'impôt parce qu'au moins ça pèse moins sur les logiques de flexibilité et de compétitivité, mais pour les représentants des salariés... Est-ce que vous pensez que ce serait aujourd'hui envisageable d'avoir un financement via des cotisations uniquement de l'assurance maladie avec des niveaux qui seraient quand même très élevés ?

Mais bien sûr...

Non mais est-ce qu'aujourd'hui les organisations syndicales ont un positionnement là-dessus qui est plutôt favorable à ce type de réforme ?

Ça dépend... Si vous prenez la CFDT elle est absolument hostile à toute hausse de cotisation bien sûr puisqu'elle joue le jeu du second pilier et que c'est elle qui a servi de prête nom syndical au projet patronal d'imposer aux PME une assurance maladie complémentaire. Ce que la CGPME au moins ne voulait pas. Le MEDEF a imposé à la CGPME l'obligation d'AMC avec l'aide de la CFDT dans l'ANI de 2013 et puis avec l'aide du PS dans la législation qui a l'entériné. Donc le projet syndical n'est pas univoque. Vous avez un projet qui est effectivement de rendre obligatoire l'AMC pour marginaliser l'AMO, c'est ça le projet patronal. Vous avez lu, je suppose, le projet patronal en matière d'assurance maladie ? Il y a e premier pilier, le panier de soins financé par la

CSG, et un second pilier financé par la seule cotisation qui reste, c'est à dire la cotisation patronale puisque Jospin a supprimé la cotisation salarié en 97 et là nous sommes toujours dans la continuité de 85. La CSG Rocard de 91 ne porte que sur la famille mais Jospin l'introduit en 97 pour la maladie, et on est dans la continuité de Evin et de 85. Il s'agit de réduire l'assurance maladie au panier de soins en le finançant par l'impôt. Et là-dessus de rendre obligatoire un second pilier qui lui va reposer sur la compétition entre entreprises de couverture de soins qui vont progressivement salarier les médecins. D'où la résistance médicale à l'affaire, qui se comprend très bien. Il s'agit pour les mutuelles, les compagnies d'assurance et les IP de progressivement réguler l'offre de soins dans une compétition entre financeurs qui seront aussi des offreurs. C'est tout le système que vous connaissez, anglo-saxon où le financeur est aussi l'offreur. D'où l'enjeu électoral décisif entre la gauche et la droite qui est aujourd'hui le NHS, enfin ce qui reste de la gauche en Angleterre parce que le NHS c'est le rempart contre ça précisément. Et, et c'est pour ça qu'il est tellement attaqué par Cameron, il y a un tel enjeu des élections de mai prochain.

Mais je laisse tomber cette parenthèse, je reviens à la situation française. On est vraiment dans la continuité, les réformateurs savent qu'ils ne vont pas réformer la chose en 10 ans, ils savent qu'il leur faut 50 ans donc ils ont un projet par petites étapes. Ce projet qui démarre en 85, qui a donc 30 ans d'âge, un de ses couronnements c'est l'ANI 2013 puisque si vous voulez vous substituer à l'assurance maladie, il fallait d'abord appeler l'assurance maladie ce qui ne l'était pas c'est-à-dire la mutuelle, les IP et les privés, les regrouper dans l'UNOCAM. Alors vous dites que ça ne marche pas, oui parce qu'il faut du temps mais ça marchera, bien sûr dans le projet des réformateurs.

Et puis nous sommes clairement dans le second pilier, ce qui oblige les mutuelles à n'embaucher que des financiers pour leurs directions, on cherchera en vain un militant mutualiste dans les directions des mutuelles, nous n'avons que des financiers qui viennent de l'assurance privée ; et à se concentrer. Il y a une obligation de réserve qui n'a aucune utilité en réalité, pour imposer la concentration et qui impose aussi le système du menu. Parce que certes, pour rendre acceptable la chose vous avez l'interdiction du choix du patient, on ne peut pas faire de questionnaire médical avant d'accepter un adhérent, les assurances privées non plus ne peuvent le faire, mais la chose est complètement contournée par le menu.

Oui bien sûr.

Si vous proposez un remboursement des soins qui est plus ou moins lourd en fonction de cotisations plus ou moins lourdes, évidemment que vous sélectionnez votre public. Or ça c'est parfaitement autorisé, c'est même recommandé... Or toutes les mutuelles maintenant ont un système de menus, comme la MAIF, la MGEN... Elles proposent des taux de remboursement différents selon des taux de cotisation différents. Donc là on a une inversion complète de la logique de la Sécurité sociale, et pour la rendre possible il fallait rendre obligatoire la complémentaire.

L'ANI de 2013 c'est un moment décisif dans la construction d'un projet qui vise à un panier de soins fiscal et complètement étatisé. Les ARS sont totalement étatisées, il n'y a plus de logique de Sécurité sociale maintenant en matière de panier de soins. Et puis une logique capitaliste en matière de marché européen, de régime complémentaire par des groupes dans lesquels une part importante des prestations repose sur le rendement des placements.

Et pour vous, est-ce que parmi les trois grands types d'acteurs de l'AMC... Enfin, typiquement les mutuelles qui ont une culture basée sur un certain nombre de principes et de valeurs ont plus leur place, ou rentreraient plus dans une logique qui permettrait de ne pas être uniquement sur du second pilier à terme, par rapport à la banque assurance ou ce type d'acteur qui est en train d'émerger, ou même aux assurances ou aux IP ? Est-ce que vous faites une gradation en termes de respect du contrat social « assurance maladie »?

Ah non aucune gradation ... le choix de 85 est un choix absolument délibéré. Des personnes comme Teulade, aujourd'hui Caniard etc... sont clairement passées du côté du marché financier, c'est clair, il n'y a aucune gradation.

Vous n'avez jamais participé à un conseil d'administration de mutuelles ?

Et dans les banques aujourd'hui vous avez des pubs sur le Crédit agricole, sur je ne sais pas quoi, le

Crédit mutuel quand on est sociétaire, tout ça... mais enfin chacun sait que c'est du pipeau quand même !

Concernant votre vision de la mise en place pratique de la mesure coté entreprise, c'est-à-dire les difficultés en termes de mise en route de cette généralisation, est-ce que vous avez des éléments là-dessus ou des retours parce que le décret notamment est assez complexe pour une TPE, PME à mettre en œuvre ... donc je voulais, avoir votre sentiment concernant la mise en place pratique sur le terrain par les acteurs d'entreprise de cette mesure.

Là je dois avouer forfait parce que je n'ai pas d'informations spéciales sur ce point. Je n'ai lu aucun travaux récents sur la question.

Est-ce que vous pensez que sur sujet-là il y aurait des aspects essentiels qui ne seraient pas forcément très intuitifs, où il ne faudrait pas qu'on passe à côté ou qu'on néglige, ou qu'on oublie dans le traitement du sujet ? Parce que nous c'est vrai, on a pensé à la problématique d'accès aux soins, à la problématique que ça posait en termes de dialogue social, de restructuration du marché de la complémentaire et du secteur santé avec ce vous évoquiez tout à l'heure...Voilà, on avait essentiellement identifié ces, ces grands enjeux de réflexion là.

Il y a le premier enjeu qui est l'effet sur l'AMO. L'objectif c'est, encore une fois, de ne financer l'AMO que par la CSG, et donc de supprimer la cotisation maladie pour financer l'AMO, d'affecter la cotisation maladie qui n'est plus qu'une cotisation employeur au deuxième pilier, financé par un mix cotisation employeur et contribution des employeurs au régime complémentaire. L'objectif patronal c'est de faire une seule contribution, que leur contribution actuelle maladie aille au second pilier...c'est pour ça qu'il fallait commencer par la rendre obligatoire.... Et que le premier pilier se réduise à un panier de soins financé par la seule CSG. Donc il y a d'abord une incidence fondamentale sur le premier pilier. L'objectif c'est quand même un second pilier qui fonctionne au premier euro, partout où c'est possible. Mais partout où c'est possible d'un point de vue du capital, ils ne veulent évidemment pas assurer au premier euro des choses non rentables. Ça c'est au panier de soins de le faire par la CSG.

Alors maintenant les effets... Il faut toujours un bon et un méchant dans un truc pour que ça marche. Donc le bon c'est la mutualité et le méchant c'est l'assurance privée et donc on est en train de nous faire le coup « mais vous allez voir ce que vous allez voir », on a commencé par nous faire le coup qu'il y aurait une directive européenne sur la mutualité... c'est comme ça qu'on a dit en 85 « oui on choisit le second pilier mais attention, c'est pas le second pilier de la directive assurance, c'est le second pilier de la directive mutualité que nous allons obtenir ».

On fait toujours le même truc vous savez, moi je suis un historien de la chose, je commence par connaître la rhétorique de tous ces gens-là, c'est toujours la même... Donc aujourd'hui, même dans les documents patronaux le patronat annonce son prochain maintien de financement de l'assurance maladie... C'est toujours le mot « mutualité » qu'ils ont... même pas les IP, même pas le privé alors que c'est évidemment la fédération de la concurrence qui pousse le MEDEF à la chose, mais c'est toujours la mutualité qui est mise en avant, pour la raison que vous invoquiez tout à l'heure qui est le discours ministériel tout à fait habituel, tout ce qui vient des socialistes. Mais je cherche en vain le papier à cigarette qui sépare aujourd'hui une logique mutuelle d'une logique d'assurance privée.

D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'il y a des pressions qui se jouent à Bruxelles qui pourraient aller à contre-courant à terme du mouvement enclenché depuis les années 80 ?

Il y a vraiment la grande spécialiste de l'histoire de l'Union européenne, Corinne Gobin. Les institutions communautaires ne laissent pas de place à la contradiction que vous évoquez, absolument pas, c'est un rouleau compresseur.

Qui va dans un sens parfaitement univoque ?

Mais oui ! Mais pourquoi ? Parce que les traités européens font de l'Union européenne la gardienne de ce principe de la concurrence. A l'échelle européenne, le seul droit qui ait valeur communautaire, c'est le droit de la concurrence. Et donc le seul pilier qui correspond à la logique communautaire c'est le second pilier. Le premier pilier c'est une concession faite au malheur du temps. Quand je dis malheur du temps ça veut dire que la logique capitaliste ne peut pas assumer tous les besoins de santé... parce qu'il y a des logiques, des besoins de santé qui ne relèvent pas de la rentabilité capitaliste. Donc pour ce qui ne relève pas de la rentabilité capitaliste, bien sûr qu'il y a de la place pour un premier pilier, évidemment... mais qui est un premier pilier qui va être totalement étatisé. C'est pour cela qu'encore une fois il y a une très grande continuité réformatrice que le gouvernement soit de gauche, de droite. En 85 vous avez le code de la mutualité qui initie la légitimité d'une AMC, qui relève d'un second pilier de compétition entre entreprises de couverture de santé. En 97 ce que fait Juppé est double : à la fois il assume qu'il considère comme définitif le gel du taux de cotisation (et Jospin achèvera le boulot quand il arrive au pouvoir en 97 en supprimant la cotisation salariée), il assume ce gel en créant la CADES en partie financée par la CRDS, qui doit se substituer à la hausse du taux de cotisation. Et puis vous avez, avec la création de l'ARS, un acte qui entérine l'étatisation d'un dispositif qui au départ est un dispositif totalement non étatique puisque géré par les intéressés eux-mêmes. Tout ça va ensemble, mais c'est l'étatisation du premier pilier, le second pilier lui relève de la logique concurrentielle sur les marchés des capitaux et on affirme compter sur la morale des valeurs mutualistes, ce qui ne peut que faire rire tous chercheurs.

Merci beaucoup, c'était très très dense. Merci de nous avoir accordé du temps.

Je vous en prie.

Entretien mené avec GM
(Vice-Président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires)

Entretien mené le 30/04/2015

Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

Je suis Vice-Président de la CNSD. Je suis en charge des relations avec l'assurance maladie et l'assurance maladie complémentaire.

Je suis élu pour trois ans en tant que représentant du syndicat national des chirurgiens-dentistes, la CNSD. La CNSD est le syndicat actuellement majoritaire dans la profession et le plus gros syndicat de toutes les professions de santé. On a environ entre 13.000 et 14.000 adhérents, sur 36.000 chirurgiens-dentistes libéraux.

À combien d'acteurs de complémentaires avez-vous à faire à peu près ?

Alors...dans les complémentaires, nous avons une relation suivie avec l'UNOCAM, qui est le fédérateur, le représentant de l'ensemble des complémentaires des trois familles. Et on a donc avec eux une charte démocratique. Dans cette charte, il est prévu qu'il y ait un suivi, ce suivi on le fait au moins quatre fois dans l'année. Et là, on y était la semaine dernière et on travaille ensemble pour améliorer les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organisations complémentaires. Ça c'est la vision au niveau global. Ensuite, nous avons d'autres relations avec les complémentaires mais en direct cette fois-ci. On travaille pas mal avec l'AG2F qui est un institut de prévoyance. On travaille avec la MACSF qui est donc l'assureur des professions de santé, on travaille avec la MFP. La MFP, c'est la mutualité de la fonction publique qui regroupe sous son sein la MGEN. Donc on a avec eux un protocole d'accord, qu'on a signé en 97-98 je crois, qui était un des premiers réseaux permettant l'accès aux soins. Et donc on continue à faire vivre ce protocole ensemble de façon conjointe et concertée.

Et nous avons eu aussi l'année dernière, pendant plus d'un an et demi des négociations avec Kalivia, qui est une plateforme de service qui représente Harmonie Mutuelle et Malakoff Médéric. Avec eux, on n'a pas réussi à trouver un accord commun puisque les demandes de Kalivia étaient trop importantes pour nous par rapport à ce que nous étions capable d'accepter, donc ça n'a pas abouti.

En terme de demandes, qu'est-ce qui a été le plus difficile à accepter de la part de Kalivia?

La problématique des réseaux puisque c'est des réseaux de soins, qui touchait l'ensemble de notre activité non opposable, je ne sais pas si vous connaissez tous ces termes ?

Non désolée...

Les chirurgiens dentistes ont une particularité, c'est que la Sécurité sociale s'est désengagée de notre exercice depuis plus de vingt-cinq ans. Donc nous avons des soins qui représentent le tiers de notre exercice qui n'ont pas évolué depuis dix huit ans. Et nous avons des prothèses et de l'orthodontie qui, au niveau de la Sécu, n'ont pas évolué depuis plus de vingt-sept ans au niveau tarifaire. Donc la Sécurité sociale a accepté depuis bien longtemps qu'il y ait de l'entente directe, ce que la Sécu appelle les dépassements d'honoraires sur les parties prothétiques et orthodontiques. Et donc ces dépassements d'honoraires deviennent de plus en plus problématiques au fur et à mesure du temps pour les gens puisqu'ils ont du mal à accéder à ces soins, puisque la Sécu s'est totalement désengagée. Le remboursement actuel est celui que vous aviez en 1998, donc imaginez que votre salaire n'ait pas bougé depuis 1998.

Donc les complémentaires ont pris le relais sur la Sécu et maintenant depuis quelques années, les assureurs complémentaires sont les plus gros financeurs du dentaire en France. Je crois qu'à part l'optique, nous sommes les seuls dans ce cas là.

La part de la Sécu dans l'exercice dentaire c'est 3%, d'accord ? Donc les complémentaires ayant

pris le plus gros morceau du financement se disent qu'il faut qu'elles arrivent à limiter ces ententes directes.

La limitation de ces ententes directes nous pose problème parce que c'est notre seule voie de sortie pour continuer à exercer et à gagner correctement notre vie, puisque la Sécu ne bouge pas depuis des années et des années. Plafonner nos honoraires et les mettre en coupe réglée ça nous pose un énorme problème puisque c'est notre mort. Et comme les tarifs n'ont pas évolué depuis vingt-sept ans, on sait très bien que ce qui sera décidé aujourd'hui n'évoluera pas plus. Puisque ça n'a jamais évolué et donc il n'y a aucune raison que ça bouge.

Donc c'est cette problématique là, autant le protocole que nous avons avec la MFP est sur les prothèses fixes, donc on a un accord sur les prothèses fixes. Les plafonds sont dans une moyenne haute donc ils n'asphyxient pas les cabinets dentaires et dans ces cas-là, on exclut les gens qui exagèrent. Donc ça ne pose pas de problème.

Dans le protocole Kalivia, c'était sur des moyennes locales, faites de façon la plus stricte possible. Et donc dans ces cas-là, c'était vraiment au ras des pâquerettes.

Et donc à partir du moment où les praticiens s'engagent là-dedans, ils vont être coincés dans deux ans, trois ans, quatre ans. De toute façon, ça n'augmentera pas plus. Donc ils asphyxient leur potentiel de fonctionnement. Ça c'était un des plus gros problèmes du système Kalivia, mais il y en a d'autres. On n'était pas loin, on n'a pas dit que ce sera fini, on attend de voir si on peut renouer les liens, on verra, tout cela est loin d'être terminé.

Pouvez-vous nous expliquer quelles sont les démarches nécessaires pour constituer un réseau de soins et finalement qu'est-ce qu'un réseau de soins, devez-vous vous mettre d'accord par corps de métier ?

Le réseau de soins est une dictature de la complémentaire sur la profession, sur les chirurgiens-dentistes en particulier. Et nous sommes les seuls dans ce cas là. Il n'y a pas de réseaux de soins chez les médecins parce qu'eux ont réussi dans la loi Leroux à faire planter le truc.

Les opticiens sont dans des réseaux de soins, les opticiens sont des vendeurs de lunettes. C'est-à-dire que les opticiens se disent qu'il faut absolument que quand la personne rentre dans le magasin, elle puisse ressortir avec une paire de lunettes pour qu'ils puissent faire leur vente. Les opticiens sont maintenant regroupés dans les grands groupes ou les grandes enseignes la plupart du temps. Et ces grandes enseignes sont rentrées dans les réseaux de soins pour essayer de couler leurs voisins. Donc dans ces cas-là, les grosses enseignes dans les réseaux de soins ont fait les offres les plus basses possibles pour pouvoir couler les autres afin de les éjecter du système. Ce qui fait que vous voyez maintenant, il n'y a pratiquement plus d'opticiens indépendants, il n'y a plus que des franchisés ou des gens qui sont dans les grands groupes.

Chez nous les professionnels sont la plupart du temps des indépendants et ces indépendants-là ont leur structure à faire fonctionner. On n'est pas du tout dans le même système commercial. Nous, on ne vend pas des prothèses, on soigne les gens, donc ce n'est pas du tout la même chose. Les gens ne viennent pas chez le chirurgien-dentiste par plaisir. J'imagine que si vous prenez votre cas, vous allez souvent un petit peu à reculons.

Oui...on retarde le plus possible.

On est bien d'accord, donc les gens ne viennent pas chez nous consommer les soins, ils viennent parce qu'ils ont mal, parce qu'ils ont un problème, ils essayent de trouver un praticien dans lequel ils ont confiance. Ce praticien va leur apporter différents choix thérapeutiques ou différentes façons de faire en fonction du coût et de ce qui est possible. Donc on n'est pas du tout dans la même démarche.

Alors que le réseau de soins tel qu'il est pensé par les complémentaires, c'est une démarche commerciale : j'impose un tarif le plus bas possible dans une région ou dans un département. J'essaie d'avoir quelques référents mais pas tous car cela ne m'apporterait rien. Et je détourne la clientèle de ces praticiens indépendants vers mes référents. On est en guerre là-dessus, c'est un vrai problème. Et le réseau n'est jamais négocié.

C'est-à-dire que quand on a une convention avec la Sécu, on négocie les choses tant bien que mal

mais on a au moins un partenariat et on essaye de causer avec eux et ils tiennent compte de nos affaires. Là, le texte est dicté par la complémentaire, tu prends ou je te prends tes patients.

Le réseau de soins c'est la complémentaire qui dicte ses lois, qui donne sa façon de faire, qui oblige le praticien à baisser ses tarifs et en contrepartie de cela, le réseau lui dit: tu baisses tes tarifs mais je vais augmenter ta clientèle à partir du moment où je vais détourner les autres patients qui sont chez moi vers toi. Donc on ne peut avoir un réseau de soins qui touche tous les praticiens car à partir de ce moment-là, le détournement ne se fait pas. Donc vous voyez, pour nous, c'est vraiment une rupture de confiance.

Vous imaginez, vous avez un praticien qui vous plaît, chez lequel vous n'avez pas peur et qui ne vous fait pas mal, vous avez besoin d'une couronne donc le gars s'embête à vous faire un détartrage, des soins à perte ou à des prix qui datent de dix-huit ans. Et le moment où la pose de couronne est possible, sur laquelle il va enfin gagner sa vie correctement, la mutuelle vous dit « *ah non, vous allez chez le voisin au dessus* ». Vous, vous ne le connaissez pas mais lui sera moins cher.

Est-ce- que les mutuelles obligent ou alors le remboursement sera moins cher ?

Elles font ce qu'elles veulent, il n'y a aucune règle. Le texte législatif permet un remboursement différencié. L'idée est de dire que si vous allez chez notre référent vous serez mieux remboursé. Et elles obligent souvent le praticien à baisser leurs tarifs donc elles jouent sur les tarifs du praticien. En contrepartie de dire, je vous apporte des gens et en même temps, elles peuvent faire un remboursement supplémentaire.

On a eu un cas dernièrement sur les soins de gencives, qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Le patient a reçu le courrier lui disant qu'il ne serait pas remboursé s'il continuait d'aller chez son praticien. Par contre, s'il va chez un de leurs référents, on va lui donner 200, 300 euros.

Ils disent que le patient a le choix de son praticien, mais c'est vrai et faux en même temps parce qu'ils ne donnent pas les mêmes sommes et surtout qu'ils ne donnent rien à côté aux autres. C'est un choix qui est obligatoirement économique et qui détourne le patient. Ou sinon, ils obligent à faire signer le praticien s'il le veut garder son patient. C'est une convention forcée. Nous allons bientôt arriver aux mêmes pratiques que les petits producteurs de légumes face aux supermarchés.

Et vous, en tant que chirurgien-dentiste, êtes-vous dans un réseau de soins ?

Moi non, enfin je suis dans le réseau de soins de la MFP puisque je le gère, on a un partenariat. C'est une négociation nationale qui a eu lieu sur des points sur lesquels nous étions d'accord, puis elle se décline par individu. Cette négociation est un réseau qui se décline nationalement et écrite nationalement. Alors que le réseau de soins de Santéclair ou de Kalivia qui n'a pas marché, c'est un texte écrit uniquement par les complémentaire à destination du conventionnement.

Comment cela se passe-t-il dans les faits, on vous impose le texte ou avez-vous tout de même une marge de manœuvre et ce sera au réseau de soins de trancher?

Non, il n'y a aucune marge de manœuvre. Les réseaux de soins, ça ne marche pas terrible. On a quand même une faculté de résistance, on est vraiment contre ça et on explique aux gens qu'il ne faut surtout pas rentrer là-dedans, que c'est la mort de leur exercice.

Je dirais que la plupart des réseaux de soins ont 2000 à 2500 adhérents en nombre de praticiens, ce n'est pas énorme.

Pour le protocole que nous faisons vivre, on en est à 22.000 adhérents. Kalivia a compris que s'ils veulent couvrir l'ensemble du territoire, ils ont tout intérêt à nous voir pour que ça marche le mieux possible. Donc il ont fait cet effort-là. Ce sont les seuls qui ont fait cet effort même si ça n'a pas marché. Le texte actuel de Kalivia tient compte de certaines de nos remarques mais pas de toutes celles que l'on avait négociées. Alors que pour Santéclair et les autres, c'est la pure démarche économique et là, on est en guerre.

Vous nous avez parlé des points négatifs des réseaux, y-a t-il tout de même des points positifs ?

Il y a plus de 500 complémentaires. Les complémentaires ont chacune leur façon de faire, chacune impose sa façon de faire aux praticiens. Pour nous, il est complexe d'avoir le feuillet jaune pour l'un, bleu pour l'autre, notre métier ce n'est pas de remplir des feuillets. Lorsqu'il y a un contrat qui arrive à définir les choses et à normaliser un peu, que ce soit utilisable pour tout le monde, ça simplifie la vie du praticien, de la complémentaire et ensuite du patient.

La complémentaire veut être rassurée sur le fait que ses sous sont bien dépensés, c'est tout à fait légitime, elle veut savoir si le tarif payé est dans la moyenne. Si les complémentaires sont rassurées, elles vont pouvoir mettre plus de sous dans le système, les patients vont être mieux remboursés donc il y aura un meilleur accès aux soins. On est tous gagnants. Le praticien peut travailler sereinement. Dans cette idée-là, c'est intéressant mais ce n'est pas ce qui se passe la plupart du temps.

Quelle est la différence entre les réseaux ouverts et fermés ?

Le réseau ouvert est ouvert à tous. Par exemple, le réseau de la MFP est un réseau ouvert. Le texte existe au niveau national, il a été négocié et ensuite tout le monde peut y adhérer, que l'on soit syndiqué, pas syndiqué peu importe. Dès que les gens réunissent les conditions d'exercice, ils peuvent y adhérer.

Un réseau fermé c'est ce que Santéclair désirait faire. C'est-à-dire, de dire: je suis dans une ville ou un département, j'ai environ 10.000 adhérents. Pour ces 10.000 adhérents, je considère que je vais avoir besoin de 5 praticiens. Donc je vais faire un appel d'offres pour savoir qui rentre dans mon système et s'il y en a dix qui viennent, je vais pouvoir mettre la pression sur cinq d'entre eux et en éjecter cinq. Il y a un numerus clausus de la part de la complémentaire. Le but du jeu c'est d'apporter de la clientèle en baissant les tarifs donc si tout le monde y adhère, le système ne marche plus. Il faut que le système soit le plus fermé possible. Il y a une pression sur les praticiens de cette façon-là. Actuellement, ils n'ont jamais pu faire le réseau fermé puisque personne n'y a adhéré. On n'est pas encore dans le réseau fermé, mais leur but ultime c'est ça.

Le réseau fermé ne marche pas chez les chirurgiens-dentistes mais auriez-vous des échos de ce qui se passe chez les opticiens ?

Les opticiens c'est différent, ils ont adhéré à quasiment à tous les réseaux. L'idée c'est de couler les autres, si un opticien ne rentre pas dans un réseau il est mort.

Pensez-vous que la mise ne place de la complémentaire santé obligatoire mettra plus de pression sur les libéraux ?

Bien sûr, puisque le vrai scandale du système est qu'on n'est pas à armes égales. Le patient paye une cotisation en fonction de son âge, selon ces cotisations il a une complémentaire. Si l'assurance est choisie par le patron, c'est un marché captif, les gens ne choisissent pas leur complémentaire. Ce qui est intéressant c'est que les gens auront tous soit disant une complémentaire mais on voit bien que ce sera des complémentaires la plupart du temps bas-de-gamme donc ils seront obligés de souscrire une surcomplémentaire. Cela crée donc des marchés captifs, les complémentaires l'ont bien compris, d'ailleurs la guerre est ouverte entre elles. Elles essaient par tous les moyens de rentrer en contact avec les entrepreneurs.

Pensez-vous qu'en autorisant de tels réseaux de soins les pouvoirs publics ont la volonté finalement de considérer les réseaux de soins comme l'avenir ?

Ah oui ça c'est clair. Oui bien sûr parce que vous avez compris que les pouvoirs publics se sont nettement désengagés hein ? Donc on a un problème. Le problème, c'est que les gens n'arrivent plus à se faire soigner. Donc là l'accès aux soins est compliqué. Quand vous imaginez aujourd'hui que vous avez besoin pour une couronne, si on est dans les moyennes mondiales et françaises, on va dire que c'est 800€, 850€. Pour quelqu'un qui gagne la moyenne française, on va dire 1500€,

faire une dent ça lui grève la moitié de son budget mensuel. Et entre temps il paye son loyer et il faut qu'il mange, et qu'il élève ses enfants. Donc il y a des gens qui renoncent aux soins pour ça. Donc là on est entièrement d'accord sur le diagnostic. À partir de là, où est le problème ? Le problème, c'est que les pouvoirs publics se sont désengagés, totalement je vous dis depuis 27 ans. Simplement, ils ne veulent pas le dire.

De l'autre côté les complémentaires ont repris une partie du bébé mais elles ne peuvent pas tout prendre parce qu'elles aussi elles sont concurrencées les unes avec les autres . Et on voit déjà qu'il y a des gens qui se désengagent des complémentaires. Pour l'assurance complémentaire, vous avez déjà vu qu'il y a une partie des cotisations qui sert aux impôts locaux et en plus on paye la CMU là-dedans. L'assurance complémentaire est devenue un levier fiscal. Donc il y a des gens qui ne payent plus leur complémentaire, qui ne peuvent plus mettre 50, 100€ par mois, donc ils se désengagent. Donc les complémentaires ne peuvent pas augmenter nos prestations tant que ça parce qu'elles se font concurrence entre elles et puisque les gens ne pourront pas payer. Donc le pouvoir financier des complémentaires est limité.

Les frais de gestion de certaines complémentaires sont gigantesques. Et donc il ne reste plus qu'un acteur sur lequel on peut taper, et c'est le praticien. Donc qu'est-ce qu'il reste à faire ? On prend le praticien comme globalement on gagne bien notre vie, par rapport à la moyenne française on est dans le top 5. Donc on dit « comme ils gagnent bien leur vie, on peut leur taper dessus ».

La Sécu, il ne vont pas pouvoir augmenter les sous, ils mettent tout dans l'hôpital. L'hôpital dépense tout, toutes les dépenses de santé à 60%, les prescriptions 80%, pour les libéraux vous avez 20% des dépenses de santé et on a perdu la moitié de ce qu'ils mettaient auparavant. Donc voilà, c'est aussi simple que ça. C'est juste un problème politique. Donc effectivement c'est une solution facile pour le système.

On augmente les prestations qu'ont avait laissées tomber depuis longtemps, par contre vous baissez vos honoraires de prothèses pour que les gens y aient plus accès. En contrepartie on augmente vos soins et on les met à leur juste valeur, rien que les valeurs européennes moyennes, ça personne n'est capable de le faire. C'est très compliqué. Vous savez combien il manque ? 2 milliards d'euros. Donc c'est un budget de 2 milliards d'euros à répartir, il n'y a aucun politique qui a osé y toucher. On est dans une impasse et on va dans le mur, donc quand on va dans le mur, on tape sur les gens c'est plus simple. Nous on est des individuels indépendants, chacun dans son coin, donc c'est plus facile.

Je me demandais par rapport aux réseaux de soins, si c'était aussi vu des pouvoirs publics, une manière de rationaliser le parcours du patient pour éviter l'effet « je picore ici ou là » ?

Chez nous les gens ne picorent pas. Parce qu'autant en médecine, les gens vont faire 4 médecins pour trouver un arrêt de travail, chez nous c'est pas ça, parce qu'on voit bien que les gens sont extrêmement fidèles en général, parce que quand ils cherchent un praticien il faut que le praticien soit objectif et qu'il ne fasse pas mal et qu'il fasse des soins corrects. A partir du moment où ils en ont trouvé un, ils ne le lâchent plus. Et donc on a très peu de nomadisme nous. Le nomadisme va être organisé au niveau financier par les complémentaires. Donc ce n'est pas cette notion-là qui est mise en place. C'est uniquement une régulation du pouvoir d'achat des gens afin de pouvoir accéder aux soins sans vouloir résoudre le problème.

Avez-vous des échos de ce qui se passe dans d'autres pays européens, si les réseaux de soins sont bien implantés ou pas ?

Les autres pays européens sont tout à fait différents de nous, c'est-à-dire que le fonctionnement global de la santé est différent. En Hollande par exemple, les gens sont couverts par la Sécu jusqu'à 18 ans, et puis après c'est fini. Donc les gens sont super soignés jusqu'à 18 ans et après ils se payent tout. Et après ce sont les complémentaires qui peuvent les couvrir. Mettons en Espagne, c'est tout à fait différent, et étant en crise c'est la jungle totale là-bas. Donc c'est uniquement les complémentaires qui font le boulot. Donc c'est très très variable. En Italie tout se passe au noir, il n'y a pas de Sécu, tout est souterrain chez eux. Donc c'est extrêmement difficile de voir, on n'a pas les mêmes modèles. Les Allemands sont différents car il sont beaucoup plus carrés que nous, ils ont trouvé des solutions différentes, ils ont plusieurs Sécu, donc on est dans un autre monde.

Il n'y a aucune harmonisation possible, aucune façon de comparer. Je ne dis pas que c'est mieux chez les autres. Non, au niveau européen, il n'y a pas de comparaison possible. Et puis les Anglais ont le NHS. Vous avez bien vu que chez les Anglais c'est le système public ou le système privé, et puis terminé.

Prisca : En réduisant finalement votre marge pensez-vous que les entreprises qui fournissent les réseaux de soins aient des gains importants (les fournisseurs de réseaux de soins tels que Kalivia, Itelis, Santéclair) ?

Eux ce sont des prestataires donc ils facturent leurs honoraires, donc évidemment qu'ils vont gagner un peu de sous là-dessus, bien sûr.

Concrètement, quand on est adhérents à Santéclair etc, pour chaque acte ils prélèvent 10% par exemple ou 5%, comment ça fonctionne ?

Ça viendra après, actuellement c'est la complémentaire qui fait le boulot, qui paye le prestataire, mais ça viendra. On a l'histoire du chèque santé, je ne sais pas si vous l'avez vu passer ? Il y a le chèque santé qui est sorti il n'y a pas très longtemps, qui a eu au moins 4 ou 5 prix, ça devait être en octobre ou en novembre. C'est tout à fait ce que vous décrivez, c'est-à-dire que l'entrepreneur, le patron peut donner un chèque santé à son employé, comme un ticket restaurant, et le chèque santé correspond, je ne sais plus allez on va dire à 180 ou 200 €. Donc lui, ça lui permet de déduire la somme du niveau de l'entreprise et donc le patient peut se faire soigner avec ce chèque-là. Et si moi je prends le chèque santé, l'entreprise qui gère le chèque santé va prendre 3%. Donc il va falloir augmenter les soins sur les chèques santé de 3%.

Mais c'est une expérimentation il me semble, cela fait partie de certaines expérimentations pour l'accès aux soins ?

C'est une entreprise qui a lancé ça, et certains ont l'air d'être super contents. Donc pourquoi pas oui, ça pourrait faire l'objet d'un futur projet. À partir du moment où les gens sont acculés, ils payeront pour soigner les gens. Et oui, on a déjà connu ça sur la CMU. Là-dessus on a une vraie problématique, on a un congrès d'ici 15 jours, et je peux vous assurer que les praticiens qui vont définir notre politique pour les 3 ans futurs, ça ne va être que ça. Et il y aura des attaques juridiques.

Des attaques juridiques sur quel angle ?

Sur le détournement de clientèle, ces choses-là. On a quand même un code de déontologie qui fait qu'on n'est pas des vendeurs, des commerciaux. Actuellement on nous considère comme des commerciaux, c'est comme si on était des poseurs de prothèses et qu'on achetait des prothèses. Il faut voir comment ça se passe, on n'achète pas une prothèse, on la met en œuvre, on travaille la dent, on fait toute la préparation avant. La pose de la prothèse n'est qu'un petit bout du système. Et donc les praticiens qui rentrent dans les réseaux et qui y vont uniquement pour récupérer les autres, les détourner ce n'est déontologiquement pas acceptable. Donc il va y avoir des coupes là-dessus, c'est pas possible. Parce que si les praticiens ne rentrent pas dans les réseaux, les réseaux n'existent pas. Et donc à partir de là, on agit déjà beaucoup pour qu'il n'y ait pas grand monde, et c'est vrai que ça ne marche pas terrible. À part le protocole MFP, les autres ne sont quand même pas énormes. Chacun va vouloir sortir de son réseau, le modèle qui est mis en œuvre n'est vraiment pas celui qu'on veut. Donc on essaye avec l'UNOCAM de faire infléchir les choses, ça avance doucement.

Mais du coup votre ambition, c'est le statu quo ?

L'ambition... je crois qu'il nous faut un conventionnement avec une complémentaire. Les complémentaires font partie de la convention nationale, puisqu'elles sont maintenant tripartites. Il

faut absolument qu'on règle ces problèmes d'accès aux soins, et qu'on règle ce problème dentaire en général, avec les financements des uns et des autres. La Sécu ne mettra plus de sous chez nous, la dernière fois ils ont mis 110 millions d'euros, c'était vraiment pas grand chose. Du coup l'argent des complémentaires doit être réparti autrement, et à partir du moment où cette répartition est faite autrement, je pense qu'aussi on doit être capable de changer notre façon d'exercer. Et de baisser le prix des prothèses en contrepartie de notre valorisation de soins. Actuellement on nous baisse les prothèses et on n'augmente pas les soins, c'est pas possible. Et le réseau de soins n'est fait que pour toucher la partie sur laquelle on gagne notre vie.

Il faut que les choses se fassent de façon plus harmonieuse, et négociée. C'est comme le tiers payant généralisé avec les complémentaires, vous voyez bien le cirque que ça va être. Et l'échange que l'on peut faire entre nous parce qu'il y a tous ces devis, ces honoraires, tous ces papiers qui sont là, ça peut être numérisé tout ça. Mais on ne pourra le faire qu'à partir du moment où on est en confiance avec la personne avec qui on peut le faire. Et les gains d'économie faits par le traitement de tout ça, vous voyez ce que ça peut faire, disons 5 millions d'économies, et bien hop on peut remettre ça dans les soins. On devrait mieux rembourser les gens que perdre pour du papier. Par exemple une feuille de soins papier, ça coûte 1,70€ à peu près, lorsqu'on fait une feuille de soins électronique, ça coûte 50 centimes, on leur fait gagner entre 1€ et 1,20€. Et il y a plus d'un milliard de feuilles de soins par an. Et bien cet argent-là, il retourne à l'hôpital, il ne revient jamais chez ceux qui font l'effort.

Oui c'est ça, l'ambition c'est pourquoi ne pas baisser le prix des prothèses, mais derrière il faut quand même que le gain revienne aux auteurs.

Quand je vois que la couronne est à 800 ou à 1500€, je dis c'est pas possible. Le problème c'est qu'il faut enlever les moutons noirs, il y en aura toujours et il y en a toujours eus mais ils ne sont pas si nombreux que ça, et puis il faut laisser ceux qui ont envie de bosser correctement dans la santé publique pouvoir le faire. Mais comme ça délire depuis tellement longtemps et que personne ne fait aucun effort, il y aura de plus en plus de gens qui vont aller vers la non-santé publique. On a de plus en plus de jeunes qui ne font plus de soins, puisque ça ne sert à rien de soigner les gens, il vaut mieux enlever et mettre un implant. Si vous regardez les données de complémentaires, le nombre d'implants explose. Et là se pose la question de savoir si tous les implants qui sont mis sont bien à mettre. Et bien moi je peux vous dire que certainement pas. Une dent à soigner ça vaut 33€, un implant ça coûte 1500.

Quand on a parlé avec M. Van Roekeghem quand il était encore directeur de la Sécu il n'y a pas si longtemps que ça, on se posait la question des extractions de dents de sagesse. Une extraction de dents de sagesse chez un chirurgien-dentiste, c'est 80€, dans ces eaux-là. Et pareil, les chirurgiens-dentistes ne font plus les extractions de dents de sagesse, ils envoient les gens faire ça chez le stomato ou à l'hôpital. Le stomato, lui il est de secteur 2, donc il fait un dépassement d'honoraires alors que nous on n'a pas le droit de le faire. Il va prendre 300 ou 400€ lui. Et quand on fait ça à l'hôpital et qu'on regarde le prix hospitalier, on a fait une étude à l'observatoire et au niveau de l'assurance maladie, c'est 800€. C'est 10 fois plus cher qu'un chirurgien-dentiste. Et ça, c'est la Sécu. Donc à partir de là on leur dit, si on revalorise un peu les soins dentaires, les extractions, ça sera plus économique. « Ah oui mais non, on sait pas ». Ils ne veulent pas, on voit bien, parce qu'ils veulent privilégier l'hôpital. Si les soins ne sont pas faits à l'hôpital, ça leur pose problème aussi parce qu'ils ont à faire tourner les hôpitaux. Même à 800€ la dent. C'est loin d'être simple ces histoires. C'est très compliqué et il y a des implications politiques partout, on voit bien, c'est pas uniquement de la gestion pure et dure, on favorise l'hôpital quoiqu'il arrive, et les libéraux sont la variable d'ajustement.

Pour vous la mesure de la généralisation de la complémentaire ne va pas permettre d'avoir moins de renoncement aux soins, c'est de l'affichage ?

Ça dépend, ça sera un passage en force... si le réseau de soins continue à être mis en place et qu'il gagne du terrain, les gens vont s'adapter, ils feront autrement. La capacité d'adaptation des gens pour survivre est toujours très grande.

On a aussi des centres low cost qui sont spécialisés sur le pauvre. Donc à partir de là, ils ferment les mercredis toute la journée pour ne pas avoir les enfants. Et puis la personne au lieu de faire 2/3 couronnes, elle en fait 10. 10 de faites, ça rentabilise les choses. Donc globalement qui est gagnant ? Vous voyez, ça c'est de l'adaptation au système. Il y a des gens qui se sont spécialisés dans ça.

Après, on peut parler des prothèses étrangères aussi. On s'est posé la question « depuis quand les prothèses dentaires sont réglées » ? Depuis que la CMU est arrivée. Et oui parce qu'on nous a bloqué les tarifs. Vous avez vu que les tarifs de la CMU ça fait 9 ans qu'ils n'ont pas bougé quand même, et certains ça fait depuis 15 ans.

On peut parler de l'étranger, les gens vont y acheter leurs couronnes, ça coûte moins cher. Le scandale de tout ça, c'est que nous nous sommes conventionnés, donc on a des tarifs obligatoires bloqués. En Hongrie, ils font des tarifs libres, alors que moi si je veux dépasser mes honoraires, je suis obligé de me déconventionner. Et dans ce cas-là le remboursement Sécu est moindre, donc là aussi on est face à une concurrence phénoménale. Donc théoriquement si le praticien hongrois ne respecte pas les mêmes tarifs, il n'y a pas de raison que le patient soit remboursé de la même façon. Donc vous voyez, tout est en train de dérapier dans tous les sens, ça ne marche plus. Il y a pleins de sujets sur lesquels il y a vraiment pleins de gros gros soucis. Et le réseau de soins est une réponse à apporter, rapide, mais qui n'est pour nous absolument pas satisfaisante.

Je vous remercie de nous avoir accordé ce temps. Bonne journée, merci au revoir.

Entretien avec MF
(Radiance groupe Humanis)

Entretien mené le 30/04/2015

Pouvez-vous présenter votre organisation ?

Groupement paritaire de protection sociale (GPS), constitué d'un pôle prévoyance et d'une mutuelle. 6 IP qui se sont regroupées.

Volonté : être efficace sur le marché.

Humanis est aujourd'hui le premier acteur en retraite complémentaire devant AGIRC-ARRCO.

Pôle mutualiste : mutuelle industrie et pétrole (MIP), mutuelle Renault et mutuelles Radiance (2 grosses mutuelles régionales, issues de fusions). Issu de la fusion de 4 mutuelles de Bretagne / Pays de la Loire / Poitou-Charentes / Basse-Normandie.

Organisme complémentaire, délégation de gestion du RSI. Assureur complémentaire. Adhésion à la FNMF.

Soumis depuis transposition directive européenne de 1989 (France condamnée pour manquement) à contraintes réglementaires très fortes, mouvement de concentration(pas le choix). Aujourd'hui perte agrément pour gérer du RO, délégation du RSI si pas 5000 personnes protégées. Sous impulsion directive européenne, protection des consommateurs, si pas assez gros pas en mesure de faire face aux demandes de liquidation des prestations.

Fusion de Harmonie mutuelle avec MGEN (mutuelle des fonctionnaires) = grosse fusion.

Les différents acteurs ont élaborés différents modèles (Harmonie mutuelle : modèle de l'absorption-intégration).

Modèles d'unions : Union mutualiste de groupe (UMG) créée par ADREA et EOVI-MCD (façade Est de la France), vise la mise en commun des moyens.

Gouvernance des mutuelles assurée par les adhérents. Différence avec les IP gouvernées par le paritarisme social, et les assurances gouvernées par l'argent.

Obligation de se regrouper, la solvabilité 2 oblige à se regrouper. Demande d'avoir des marges, fonds de réserve pour pouvoir exister.

Ont subi il y a 2 ans une campagne de diffamation qui disait que les mutuelles étaient riches, or faux.

Obligation d'équilibrer les comptes, de dégager des marges. Recherche d'alliances, modèle efficace, au cœur des questions des acteurs.

Comment percevez-vous la mise en place de la complémentaire santé obligatoire pour janvier 2016 ? Guerre de la complémentaire ?

Guerre de la complémentaire ouverte, mais elle est stratégique car marché saturé. Aujourd'hui 95 % de taux d'équipement. Plus beaucoup de marge de manœuvre. Aujourd'hui se battent pour être labellisés ACS. A l'époque les complémentaire ne se battaient pas pour ces contrats ACS. Déficitaire sur cette partie. Compensation financière de l'État, mais pas les frais de gestion consacrés.

Focus sur les contrats responsables :

Les mutuelles savaient qu'elles auraient de plus en plus de prévention à prendre en charge. Avec déremboursement de la Sécurité sociale, recherche d'efficacité des médicaments.

Les mutualistes, portés par la FNMF ne peuvent plus être à la roue de la Sécu. Avec la généralisation de la complémentaire santé, on revient sur les fondamentaux de la création de la Sécurité sociale. N'a pas anticipé l'évolution de la population. La seule branche qui échappe aux déficits est la branche accidents du travail/maladies professionnelles.

Evolution favorable aux salariés. Réglementation de plus en plus importante. On va vers une diminution des AT/MP. A mettre en balance avec la déclaration ou non déclaration des AT/MP.

Cette mise en place de la complémentaire santé obligatoire est à mettre en lien avec des gouvernements de gauche qui ont cherché à assurer une couverture pour un plus grand nombre (CMU-c).

Différents chocs réglementaires : taxes sur compagnies d'assurances (TCA), contrats responsables. Période d'augmentation de 13 % des cotisations d'un côté et 7 % de l'autre, soit 20 % des tarifs pour la population. Système des franchises en place.

Renoncement aux soins de plus en plus important, y compris dans population avec contrat de complémentaire. Mais on ne peut pas mesurer car les gens renoncent aux soins. Comme soumis à déremboursement, on peut évaluer les postes budgétaires, mais on ne voit pas de diminution significative. Très difficile d'analyser une consommation compte tenu de tous ces impacts. Difficile de faire de la gestion du risque. Financier à l'aveugle en quelques sortes. Difficile d'être efficace dans la prévention car impossible de savoir.

Volonté d'assurer une équité entre travailleurs. Progression des contrats collectifs grâce à l'art. 89 du code des impôts. Les entreprises sont favorisées pour offrir un contrat collectif à leurs salariés, avantages. Compléments de salaires. Peut faire partie d'une politique de RH en tant que tel. Les acteurs de la complémentaire l'avaient compris puisque contrats collectifs devenus marché encore plus concurrentiel que le marché individuel. Moyens à mettre pour de l'individuel très importants.

Mutualistes acteurs de l'ESS (Économie sociale et solidaire).

Aujourd'hui on n'hésite plus à changer de mutuelle pour 50 € de différence mensuelle, car les gens regardent leurs dépenses.

Nécessité de se rapprocher d'autres acteurs comme Humanis. En collectif marche par branche, quand on remporte une branche on remporte tout.

Comment se déroule la concurrence entre les groupes de protection sociale, les mutuelles sur le marché, comment faire pour attirer, quelle stratégie commerciale ?

Création de postes pour prévention, élément différenciant entre les mutuelles, services plus. Créer des services plus qui n'augmentent pas les frais de gestion. Aller chercher des économies sur les frais de gestion. Difficulté d'aller dans une campagne qui coûte cher pour être visible. Aujourd'hui obligation de montrer les frais de gestion. Lisibilité des tableaux de garanties. Protection de la clientèle. Il faut être plus visible, donc communiquer mieux. La prévention a été choisie pour l'acteur Radiance, avec RH dédiées, ce qui n'est pas le cas pour tous, qui par ex ont recours aux services de la FNMF qui met un service en place pour toutes ses mutuelles. La FNMF met en place des politiques de prévention via les unions régionales.

FNMF = structuration de toutes les mutuelles de France, majoritaire. Système national, président Etienne Caniard, issu de l'assurance maladie. Occupe une vraie place, au service des mutuelles, défend et porte la parole des mutuelles.

Politique nationale, puis division en unions régionales. Découpage Livre 1, Livre 2, Livre 3 du code de la mutualité. Distinction L1 : structure politique (FNMF) ; L2 : les mutuelles ; L3 : les services de soins et d'accompagnement mutualiste (SAM) → centres dentaires, magasins

d'optiques...). Négociation pour toutes les mutuelles des tarifs de convention. Le L1 est fait pour ça.

Est-ce que cela correspond à la gestion des réseaux de soins ?

Pas seulement la gestion du réseau de soins, car si on parle de réseau de soins, création par Radiance en plus d'un service plus d'autres réseaux.

Kalivia chez Harmonie et Médéric Malakoff, chez Humanis Itelis ou e-santé. Par ex avec e-santé, généralisation du tiers payant. Services plus pour les adhérents, plus possible d'être un acteur de la complémentaire sans proposer la généralisation du tiers payant.

Est-ce que vous avez un poids dans les négociations car vend debout des médecins contre la généralisation ?

Mr Caniard joue son rôle dans ce cas-là. Rôle politique des unions régionales d'aller faire du lobbying, de défendre.

La mesure de généralisation du tiers payant va-t-elle être adoptée ?

Oui, car les Français sont favorables. On ne peut pas être contre.

Les paniers de soins ?

Difficultés. Attente des décrets d'application notamment du panier de soins, impossibilité de tailler des « offres ANI ».

La généralisation de la complémentaire santé pose des problèmes. Acteurs qui étaient les plus proches du gouvernement avaient les infos en priorité, donc possibilité de se préparer. Donc aujourd'hui Malakoff Médéric est l'acteur le plus prêt en termes d'équipements pour affronter la généralisation (Guillaume Sarkozy en est le président). Avec association avec la MGEN, peut prétendre faire de la gestion du risque. Mutuelle régionale, difficile pour faire de la gestion du risque. Volonté de rester proche du terrain.

Pour offres ANI, les assureurs ne feront pas de marges. Contrats collectifs rarement équilibrés. En collectif, rajout dans les tableaux de garanties, difficile d'équilibrer les contrats. Faire de la sensibilisation à la prestation de soins. Système de bonus optique par ex pour une entreprise : moins de reste à charge si garde 3 ans la même monture.

Savent que la négociation se fera par branches.

Pourquoi plus par branches ?

Parce que dans une branche, pleins de petites entreprises où il y a parfois le contrat de mutuelle collectif mis en place par un comptable pas forcément spécialiste et qui va dire que c'est plus simple d'aller vers ce que la branche a négocié. Radiance en a bénéficié, par exemple pour les salons de coiffure. Ne pas critiquer forcément ce système, mais pas simple. On se retrouve avec des objectifs de faibles marges sur les contrats.

Aujourd'hui très peu de contrats de sur-complémentaire sortis, parce que l'on attend le premier qui va y aller. Impossible d'actuariser un contrat sur-complémentaire dans la mesure où pas mis en place, on ne sait pas comment cela va s'équilibrer avec les contrats. Très compliqué avec volonté de préserver les adhérents.

Quelle stratégie pour vendre des produits auprès des PME / TPE ?

Choix fait en s'associant avec Humanis, intégrer un GPS, puisque partage du marché. Humanis spécialiste de la complémentaire, et Radiance gestionnaire du RSI depuis 70 ans, cœur de métier

donc TPE.

Que va devenir le contrat Madelin avec la généralisation des complémentaires santé ?

Obligation d'aligner, il y aura des produits qui vont sortir. Attention, sujet confidentiel, impossible de dévoiler toute la stratégie et tous les produits qui vont arriver.

Produit ANI, *Safe*, qui est sorti et un produit pour les TPE qui va bientôt sortir.

Quelle négociation avec les professionnels de santé ?

Réseaux de soins. On a laissé certains se casser les dents, fronde il y a quelques jours, réseau Kalivia (Harmonie et Médéric), seuil de prix sur les prothèses.

Travail avec les professionnels de santé sous l'angle prévention.

Votre organisation est-elle favorable à un élargissement du périmètre des réseaux de soins à l'ensemble des professionnels de santé ?

On va vers l'élargissement. Mais retour sur l'audioprothèse, on tâtonne. Certains vont se casser les dents.

Problème des dispositifs médicaux, sans transparence sur les prix, réussirez-vous à avoir un moyen de négociation ?

Mr Caniard devra travailler sur ce sujet.

Possible de rajouter les professionnels de santé et l'hospitalier. Sachant que le maire est président du Conseil de surveillance des hôpitaux.

Dans la loi de santé, pouvoir confié à l'ARS. Organisation sanitaire avec le SROS, fermetures... Enjeux autour de la démographie médicale. Question autour des IVG, fermeture des plannings familiaux. On voit arriver un imbroglio explosif ! De grosses difficultés avec des entreprises pharmaceutiques, acteurs capitalistes qui prennent des décisions pour faire de l'argent. Une qui fait une proposition à la Sécurité sociale de ne mettre au remboursement que des médicaments qui auraient un retour positif pour le patient.

Quand un gros laboratoire pharmaceutique se met à être proactif, organisation d'un système de consultation des malades, coupe l'herbe sous le pied des mutualistes. A voir : Cash investigation sur l'actionnariat (sur un laboratoire pharmaceutique), entreprises excédentaires qui peuvent licencier.

Part de marché actuelle et évolution dans le futur ?

110 000 personnes protégées. 78 000 chefs de famille. 40 000 au titre du RO. (Artisans commerçants).

Quelle relation avec le Conseil de l'Ordre des médecins, médecin libéraux pour la mise en place des réseaux de soins ?

Simplement avec les actions de prévention mises en place avec la mutuelle. Si conférence sur une thématique de santé, courrier à l'ordre des médecins. Avec la CPAM actions en commun, donc contact à ce moment.

Entretien avec GB
(délégué syndical CFDT et représentant d'Harmonie Mutuelle)

Entretien mené le 30/04/2015

L'objet de cet entretien est d'analyser l'impact de la généralisation de la complémentaire santé sur les différents acteurs concernés. Dans un premier temps, on souhaiterait savoir ce que vous pensez globalement de cette mesure ?

Il faut replacer cette généralisation dans une perspective et aussi dans l'histoire puisque effectivement, depuis un certain nombre d'années, on se rend compte que pour pouvoir accéder aux soins, il faut avoir une complémentaire santé, ceux n'ayant pas de complémentaire santé, c'est un handicap pour accéder aux soins. Et donc dans ce cadre-là, la généralisation de la complémentaire santé est un objectif qui est important même si par l'accord de 2013 et la loi de 2013, il n'est pas totalement atteint puisqu'on a un système qui est relativement complexe encore, et qui ne touche pas encore l'ensemble des personnes.

Sur ce point-là, je dirais honnêtement aujourd'hui qu'avec la loi de généralisation, on a à peu près 5 dispositifs de complémentaires santé.

-On a un dispositif de CMU-C pour les populations les plus précaires, sans conditions de ressources, dont la complémentaire est assurée principalement par la Sécurité sociale, puisque à l'époque de la CMUC-C, il avait été possible de donner le choix au bénéficiaire, de choisir soit la Sécu, soit un organisme complémentaire, mais l'immense majorité santé de ceux qui ont pris la CMU-C sont couverts par la complémentaire santé assurée par la Sécurité sociale. La particularité de ce dispositif par rapport à tous les autres, c'est qu'en même temps qu'il y a une complémentaire santé, il y a un panier de soins opposable à cette complémentaire santé, c'est-à-dire que quand on est à la CMU-C, il n'y a pas de dépassement d'honoraires, il y a des barèmes pour les lunettes, pour les dents.

-Le deuxième dispositif, c'est le dispositif qu'on appelle ACS qui a été pour la première fois mise en place en 2004 et renforcée par la loi HPST, et qui a été de nouveau renforcée d'abord en janvier 2013. Et puis en juillet, il y aura une autre étape, c'est-à-dire que c'est la possibilité pour ceux qui sont au-dessus, mais qui ne peuvent pas avoir droit à une complémentaire santé, il y a une aide de l'Etat qui est basée sur le nombre de personnes à charges. La particularité de ce dispositif aujourd'hui, jusqu'à peu de temps, c'est qu'il n'y a pas de paniers de soins correspondants, donc c'est une aide, mais si la personne veut prendre une garantie élevée, il n'y aura pas de panier opposable. Par contre depuis la loi de 2013 et la loi de finances de 2014, il y a une obligation pour les complémentaires santé pour assurer des gens qui sont à l'ACS de répondre à un cahier des charges. Et donc dernièrement au mois de mars, il y a un décret qui a retenu une quinzaine de groupes de complémentaires qui répondent au cahier des charges, retenus pour assurer les complémentaires santé, et si on est assuré que la personne a à la fois les conditions de ressources qui correspondent à ça et s'assure vers une complémentaire retenue, elle a le droit à l'aide. Tout ça pour éviter que cette aide aille dans des contrats complémentaires qui soient excessifs. Donc l'idée comme la puissance publique aide était de pouvoir maîtriser les dépenses et la façon de maîtriser, c'est de retenir les complémentaires sur la base d'un cahier des charges.

Et comment ont été choisis cette quinzaine d'organismes ?

Par un cahier des charges, il y a eu un décret. Suite à la loi de financement, il y a eu un certain nombre de conditions, un cahier des charges qui a été un appel d'offres. Les complémentaires se sont regroupées pour pouvoir répondre ensemble, le gros groupe est celui des grosses mutuelles professionnelles.

-Le troisième dispositif, c'est le dispositif qui vient de se mettre en place pour les salariés avec la généralisation de la complémentaire à partir du 1^{er} janvier 2016. Donc ce dispositif induit qu'il y ait une négociation dans les branches professionnelles ou une négociation dans les entreprises, ou au pire des cas il y a décision unilatérale de l'employeur, puisqu'au 1^{er} janvier 2016, les salariés doivent être couverts par une complémentaire santé dont le panier de soins a été déterminé par décret qui est un minimum et où l'employeur participe à 50% de la cotisation.

Cette mesure ne va-t-elle pas aboutir pour les petites entreprises à une complémentaire santé à minima ? Puisque la possibilité est moins grande de peser sur les négociations pour les représentants syndicaux ?

Il y a deux choses. D'une part, il manque 50% des branches qui sont en négociations, il y a plus de 700 branches, et 200 en cours qui ont pour objet de définir un accord de branches qui touche les petites entreprises. Il y a des entreprises qui vont avoir le panier ANI. Est-ce que c'est un minima ou non ? C'est une question importante au regard de l'évolution des complémentaires santé.

-Et puis, le quatrième dispositif, c'est qu'on appelle les retraités qui sortent des contrats collectifs. Les contrats collectifs existent depuis longtemps. L'obligation est actée par la loi de 2013, mais c'est une histoire qui date depuis les années 80. En 1989, Claude Evin qui était ministre de la Santé a sorti une loi qui a fait obligation aux complémentaires santé qui assuraient les salariés de pouvoir garder les retraités quand ils sortaient de l'entreprise, alors bien sûr sans participation de l'employeur... mais avec une obligation de ne pas renchérir le coût de la cotisation au-delà de 50%, parce qu'il n'y a plus la participation de l'employeur. Donc ça c'est un dispositif qui s'appelle un régime d'accueil pour les retraités. Il n'y a pas obligation pour les retraités de le prendre, mais obligation pour les entreprises de le proposer.

Donc voilà on a 4 dispositifs aujourd'hui... qui globalement vont couvrir l'ensemble de la population. Avec ce dispositif, on a une généralisation pratiquement, sauf que les niveaux de garanties ne sont pas les mêmes. Il y a une pluralité. La généralisation de la complémentaire santé ne veut pas dire généralisation d'un panier, d'une couverture unique et solidaire, qui permet aux gens de pouvoir traverser les hauts et les bas dans la vie qui leur permettent de garder la couverture, même si avec la complémentaire santé, il y a une portabilité. Si une personne se trouve au chômage, elle peut porter son droit à la complémentaire santé pendant douze mois.

Y a-t-il un panier de soins opposé dans le cahier des charges ?

Il n'y a pas de panier de soins opposé, il y a des fourchettes. Par exemple, il faut qu'il ait le tiers payant. Pour l'aide à la complémentaire santé, les mutuelles complémentaires retenues ont obligation dans le cahier des charges, il doit y avoir ces missions. Ces contrats reprenaient aussi le dispositif du contrat responsable, c'est-à-dire avec les plafonds de couverture qui ne pouvaient pas excéder tel ou tel montant.

La question de la généralisation de la complémentaire santé est une question qui ne touche pas

simplement la couverture du risque dans la mesure où aujourd'hui la généralisation de la complémentaire santé se limite à donner aux complémentaires un rôle de remboursements d'actes médicaux importants dans le dentaire ou l'optique, sans donner aux complémentaires un rôle plus important qu'elle ne l'ont aujourd'hui dans la régulation de l'offre en lien avec le régime général. Finalement, cette généralisation va devenir un tiroir-caisse pour les professionnels de santé qui vont voir dans cette généralisation une manne supplémentaire pour payer les dépassements d'honoraires. Cette question rejoint la question du mini. Qu'est-ce qu'on appelle mini aujourd'hui ? La question qui pourrait être posée : doit-on avoir aujourd'hui des complémentaires qui prennent les dépassements d'honoraires ou réels ? La puissance publique a ses limites, puisqu'elle a sorti un décret sur les contrats responsables. Ils viennent d'être redéfinis, le décret date de décembre 2014. Il fixe des planchers et des plafonds sur la prise en charge du dentaire et de l'optique, des plafonds de l'optique, sur la prise en charge du dentaire, sur les dépassements d'honoraires. La puissance publique a mis un peu des limites. Par contre si on regarde le panier tel qu'il est dans le panier ANI, le forfait hospitalier est illimité. Pour certaines fois, effectivement le panier ANI obligatoire est limité, notamment sur les plafonds optiques, dentaires ou sur les dépassements d'honoraires ; d'un autre côté il est relativement récent sur le forfait journalier puisqu'il y a plus de limitation du panier ANI.

Pour revenir à la question des salariés, n'y aurait-il pas une inégalité de couverture entre les salariés des grandes entreprises et des petites entreprises ?

Le fait qu'on ait un dispositif de complémentaire santé de 4 dispositifs crée obligatoirement des inégalités. C'est un problème majeur. Si on veut réduire les inégalités dans un système de santé, il me semble aujourd'hui que l'urgence ça serait de regarder quels sont les blocages et les causes d'inégalités dans un système de santé. Par exemple, si l'on regarde l'accès aux soins, il y a trois raisons qui limitent l'accès aux soins et qui donnent à voir beaucoup d'inégalités. La première, c'est le coût. Le coût des soins, des dépassements d'honoraires est un frein à l'accès aux soins. Deuxième élément, c'est l'organisation de l'accès aux soins, du moins l'absence d'offre de soins là où on habite. Et puis troisième raison, c'est le maquis de notre système, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'organisation très rationnelle. On va voir un médecin qui nous envoie vers un autre, spécialiste dans sa clinique sans forcément connaître toutes les informations. On n'a pas qu'un problème de financement. On a un problème d'organisation, et notamment dans ce qui devrait être la porte d'entrée, ce qu'a démarré la loi HSPT avec toutes les limites qu'elle comporte. Mais au moins sur le premier recours, elle a considéré qu'il devait être mieux organisé. Elle a intégré l'organisation des maisons de santé dans le code de la santé publique. Il y a effectivement un besoin d'organisation. La question est comment on organise bien notre système et qui peut l'organiser.

On a dans d'autres pays au regard de l'histoire de la construction de notre système une dualité. On a le système de santé autour de l'hôpital, globalement conduit et géré par l'Etat, et puis on a l'assurance maladie qui est la suite des assurances sociales. Si on veut travailler sur un panier complémentaire il faut se dire comment organiser le système et les mutuelles, le mouvement mutualiste qui n'est pas un acteur totalement marchand au sens où il n'est pas totalement lucratif. Mais on sait bien qu'avant la généralisation de la complémentaire santé, il y a eu une banalisation du statut des opérateurs. Ce qui importe, ce n'est pas le statut, mais le service qu'ils rendent. Un certain nombre d'opérateurs privés cherchent à travers cette généralisation à conquérir du terrain pour prendre de la matière assurable quelque part sur le régime général. Ça, c'est un risque. Mais la solution qui consisterait à dire que plutôt que d'aider les gens à avoir une complémentaire santé, on

les passe dans la Sécu, ça nous fait rembourser la Sécu de 5 % pour revenir à 80. Sauf qu'on n'a pas réglé le problème. La Sécu prend en charge 76%, admettons qu'on arrive à 80, on constate que cette dépense est ventilée de manière très inégalitaire. L'ambulatoire et l'assurance maladie y sont pour 52%. Elle est très importante sur les ALD, cela ne veut pas dire que les gens qui sont en ALD n'ont pas un reste à charge important, puisque pour tout ce qui n'est pas ALD, ils ne sont pas remboursés à 100%. Donc, on n'est pas dans des systèmes qui font que si on augmentait de 4% la prise en charge de la Sécu cela réglerait notre situation.

Et justement, est-ce que la mise en place d'un réseau de soins ne serait pas la solution adaptée ?

C'est la question qui agite le politique il y a deux ans sur les fameux réseaux de soins. Si les complémentaires dans l'état actuel des choses ne sont que des payeurs, et en plus des payeurs aveugles, les inégalités vont croître énormément, parce qu'il y aura une demande avec les évolutions technologiques et les traitements qui vont coûter très cher, eh bien il y aura du monde peut-être pour se les payer. Ce n'est pas le système qui est inégalitaire, c'est la société qui est inégalitaire. Il peut y avoir des assureurs qui répondent à une population. Si on est en permanence sur la solvabilisation de ce qui sort, sans être en amont sur ce qu'on veut comme système, y compris sur l'approche nouvelle technologie, qui est aujourd'hui un débat complémentent maîtrisé par Google et d'autres opérateurs, si les complémentaires ne sont que des payeurs aveugles, on va vers un accroissement des inégalités. Par contre, si on leur donne des responsabilités, en lien avec le régime général, mais pas à côté, c'est pour cela que je suis opposé à ce qu'on dise que les complémentaires « vous prenez tout l'optique », il faut que la régie générale reste intéressée par tout le parcours, parce que autrement demain, on peut être dans les filons qui font qu'un petit bobo dentaire peut se transformer en grandes maladies. C'est pourquoi, en lien avec le régime général, dans une négociation tripartite, donnons la possibilité aux complémentaires, dans un cadre discuté par l'assemblée nationale, d'avoir des réseaux de soins, pas des réseaux fermés comme aux Etats-Unis, avec l'HMO.

Ne se dirige-t-on pas vers cela avec le regroupement des différents marchés des complémentaires ?

Je ne pense pas, je ne pense pas. Le risque peut exister, mais je pense pas qu'on se dirige vers ça aujourd'hui. Par contre, on pourrait se diriger vers un autre système dont on parle peu... quand on parle du système d'assurance maladie complémentaire, on parle beaucoup de la part du privé, du financement privé qui vient par la complémentaire santé, 14% à peu près, le reste, c'est pour l'utilisateur, enfin le patient qui paye, mais on oublie un autre point, c'est que sur l'offre de soins, le privé est beaucoup plus important que ça. En chirurgie, il est à plus de 50%. La chirurgie aujourd'hui est captée par les opérateurs privés purs, à but lucratif, et des grands groupes généraux de santé qui peuvent demain éventuellement s'accoler à une assurance privée qui pourrait conduire à des HMO fermés. Personnellement, je verrais plus le danger venant de ces grands groupes qui possèdent une offre de soins et qui progressivement pourraient se marier avec des groupes d'assureurs et qui pourraient construire un système. Aujourd'hui les groupements qui existent par les opérateurs mutualistes, si je prends les institutions de prévoyance qui se sont beaucoup regroupées, il y a peu près 4 ou 5 groupes, qui sont des regroupements de regroupements, on a 6 groupes à peu près. Et ces groupes-là n'ont pas d'offres de soins. Les institutions de prévoyance

ont pour caractéristique d'avoir été créées dans la suite de la Sécurité sociale pour assurer la retraite et la prévoyance des cadres qui étaient obligatoires, qui sont devenues obligatoires maintenant pour tout le monde, depuis les années 70, mais qui étaient après la guerre obligatoires pour les cadres. Donc, elles ont géré la retraite des cadres, après la prévoyance, quand cela est devenu obligatoire, ce n'était plus une zone concurrentielle, donc on les a séparées de leur métier, et aujourd'hui, elles sont concurrencées sur la prévoyance, et comme elles avaient moins de marché sur la retraite, puisque le marché de la retraite n'existe plus, elles se sont mises sur le marché de la santé.

Vous avez parlé du marché de la prévoyance. Mais qu'en est-il du marché des assurances ?

Le marché des assurances est sur deux marchés. Il y a le marché direct, mais il est relativement faible, parce que le marché de la santé n'a jamais été un marché très rentable. Ils y sont rentrés à partir de la fin des années 1970, quand il y a eu le secteur 2, quand il a fait un appel d'air en dépassement d'honoraires. Donc ils se sont mis sur ce créneau-là. Mais ils sont, sur la réassurance, c'est-à-dire qu'ils réassurent beaucoup de contrats signés par les institutions de prévoyance, ce qui est quand même un deuxième niveau d'intervention. C'est pour cela qu'on ne les a pas trop entendus sur la complémentaire santé, sauf pour réclamer la fin des clauses de désignation, qui permettaient aux patrons et aux syndicats de dire : « voilà, nous on a un accord collectif, on choisit tel organisme pour s'assurer ». Cela est interdit maintenant, et c'est la concurrence libre à tous les étages qui prévaut. Ça, c'est des risques majeurs, puisque cela éclate encore le marché et les restructurations, si on prend par exemple Axa, qui est beaucoup axé sur l'international, par contre son développement sans faire de bruit ne se base pas sur la couverture, mais est très présent sur la veille technologique, l'innovation technologique et ce que peut produire l'innovation dans la recherche. C'est pas une menace, mais il peut y avoir une menace, si on ne laisse la réflexion de l'organisation du système de santé qu'à des opérateurs privés. C'est un peu le cas aujourd'hui. Notre système de santé est encore marqué par l'histoire et sa création. C'est un système de santé public, et une couverture assurance maladie où les gens ne se parlent pas, et comme s'il n'y avait aucune incidence entre les financeurs et les organisateurs. Si je vais au bout de mon raisonnement, je pense qu'aujourd'hui notre processus de transformation doit nous conduire progressivement vers un système national de santé qui intègre les deux fonctions principales qui sont une fonction organisation, régulation et une fonction de financement, et pilotage du tout. Bien sûr que là, la puissance publique, en termes de stratégie, a une place majeure, mais on peut faire aussi appel à des complémentaires qui pourraient avoir des rôles au niveau du réseau de soins, parce qu'on constate que quand on a une offre de santé aussi diversifiée qu'on a, notamment dans le libéral, l'acteur majoritaire de négociation qui est l'assurance maladie, il ne pèse pas, puisque c'est le chantage permanent. La seule action de l'assurance maladie, c'est de déconventionner. Mais si elle déconventionne votre médecin, les sanctions n'atteignent pas celui qui fraude ou qui dépasse et donc il atteint la personne ou le patient.

Pour vous, il faudrait élargir le périmètre des réseaux à l'ensemble des professionnels ? Puisque pour l'instant, c'est un périmètre limité.

Oui. Mais on va avoir bien sûr des problèmes, parce que si on l'ouvre, est-ce qu'il faut l'ouvrir à l'ensemble des complémentaires ? Est-ce qu'il faut l'ouvrir aussi aux complémentaires à but lucratif ? Peut-être pas. En tout cas, il faut y réfléchir. S'il est ouvert, il doit être cadré de façon à ce que ce pilotage puisse se faire en lien avec le régime général. Je pense qu'il y a une différence de

taille dans les complémentaires santé, je ne pense pas que ce ne soit que de l'idéologie. Il y a un principe de réalité. Ce qui fait que la mutualité s'est aussi développée dans un secteur pour organiser aussi, mutualiser aussi l'offre de soins. Elle n'a pas été simplement assureur, la famille complémentaire mutualiste n'est pas simplement assureur, elle est aussi offre de soins. On a bien trouvé à un moment donné, le moyen d'intégrer quelque part des acteurs qui n'étaient pas seulement des acteurs publics, peut-être faut-il avoir une démarche similaire avec le financeur ? Il ne s'agit pas de créer des biais à la concurrence, elle peut être aussi intéressante pour le patient à condition que ce soit les officines de santé publics qui soient au cœur de la concurrence. Il faut effectivement regarder comment on peut organiser ces réseaux qui peuvent être une émulation pour la Sécu. Si je prends par exemple un dispositif créé par des professionnels et qui a été reconnu par la Sécu et qui est aujourd'hui un peu généralisé, c'est Asalee.

Asalee, c'est un réseau complètement à l'initiative des professionnels de santé en Poitou-Charentes, qui ont constaté que les réseaux par filière, ça ne marchait pas, donc ils ont essayé de travailler autour des polyopathologies, et de s'organiser entre médecins libéraux et infirmières de santé publique de façon à pouvoir coopérer dans l'accompagnement de leurs patients qui sont atteints de diabète et de problèmes cardiovasculaires. Ce dispositif qui a fait l'objet d'une évaluation de l'IGAS en 2008 s'est aujourd'hui élargi, il y a à peu près 150 médecins, et les infirmières ont un travail de suivi des patients. C'est un peu ce que fait la Sécu avec Sophia...ce que je veux dire par là, le fait que ce soit une dynamique locale, ça a généré une dynamique des professionnels, c'est autre chose qu'un dispositif qui est imposé où les gens rentrent parce qu'il y a un cahier des charges... et donc l'assurance maladie a du mal à aller.

Par exemple l'an dernier j'ai travaillé aussi sur les maisons de santé. Quand on voit des maisons de santé qui réussissent, le danger, c'est que quelques uns font ça, et puis après, on sort une méthode. On devient très procédurier, on passe d'une dynamique réelle à une espèce d'imposition. Mais est-ce que les complémentaires ne peuvent pas nous permettre d'avoir aussi des lieux d'élaboration qui puissent permettre d'expérimenter, de faire des choses qui pourront être prises dans le cadre général ? Mais utilisons la richesse de la diversité pour pouvoir inventer des choses. Un système général, dans un Etat centralisé, avec le faible rôle des ARS aura quand même du mal à innover. Donc les complémentaires peuvent aussi avoir ce rôle d'innovation, parce qu'elles sont plus locales, parce qu'elles ont plus d'intérêt...je ne pense pas que ce soit simplement idéologique. Pour l'avoir constaté, je vois aussi des acteurs de terrain de santé qui sont demandeurs d'interventions très importantes de mutuelles parce qu'ils ont besoin de s'organiser, parce qu'ils ont besoin de soutien, d'aide, de service, de nouvelles fonctions qui apparaissent dans l'ambulatoire, dans la coordination. Il y a un rôle qui concerne à la fois l'organisation d'un réseau, mais aussi le soutien et l'appui aux professionnels de santé.

Pour revenir au dialogue social, est-ce que cette mesure aurait un impact sur le dialogue social, d'autant plus que nous sommes dans un flou juridique ?

Les décrets sont pratiquement tous sortis maintenant. Mais je suis persuadé que la question de la santé au travail est une question très importante, comme l'est la relation de la santé à l'environnement. C'est-à-dire que de mon point de vue, la généralisation de la complémentaire santé, c'est pour ça qu'elle n'est pas seulement un élément de la solvabilisation de l'offre de soins, elle met dans l'obligation des acteurs de l'entreprise de se soucier des déterminants de santé. Notre

système tel qu'il s'est construit a eu pour effet de payer l'acte curatif. L'acte de prévention est difficile à imaginer. Je pense que la complémentaire santé, au-delà de la couverture, est une occasion formidable pour que les acteurs de l'entreprise s'intéressent aux déterminants de santé. La complémentaire santé, c'est remettre au centre du dialogue social les questions des déterminants de santé.

Si je schématise, pour les employeurs, c'est une charge supplémentaire, et les employés ne voient pas le bien-fondé de cette mesure.

Je suis d'accord. C'est toujours compliqué de voir le bien-fondé des mesures. C'est très difficile...les questions des conditions de travail sont des choses très dures à travailler. Prendre des protections quand on est sur une chaîne, la plupart du temps, c'est perdre de la cadence, et de la rémunération, donc il y a tout un environnement qui fait qu'on ne prend pas en compte ces questions. Qu'est-ce qu'on constate, on a jamais eu autant de burn out, de risques psychosociaux. La généralisation de la complémentaire santé, est une occasion de mettre en lumière ces questions.

Concernant le marché de la complémentaire santé, est-ce que vous pensez que la généralisation va avoir un impact sur le marché et est-ce que vous êtes inquiet pour le devenir des mutuelles ?

Inquiet peut-être pas. Il va y avoir un impact, c'est évident. Parce qu'aujourd'hui après les deux décisions du Conseil constitutionnel, celles de juin 2013 et décembre 2013, les clauses de désignation sont supprimer. Les clauses de désignation, c'était considérer que je suis dans la métallurgie, je signe un accord et je choisis comme opérateur Humanis, et toutes les boîtes de la métallurgie sont obligés d'y être. Donc, les boîtes de la métallurgie, il y a un accord, et les boites peuvent aller vers n'importe où, par contre il faut qu'elles acceptent le cahier des charges, le contenu de l'accord. Dans cette bagarre, les assureurs ont été très très forts en termes de lobbies pour que effectivement la clause de désignation qui est en place depuis 1992 saute.

Et cette situation génère l'apparition de plusieurs choses : l'apparition de nouveaux acteurs, puisqu'on était globalement autour de deux gros acteurs, il y avait les IP, et les mutuelles, et puis les assureurs sur la réassurance. Aujourd'hui, les courtiers qui arrivent, et donc ils ont fait des offres pour les TPE, ils gèrent le contrat, mais ils ne l'assurent pas, les courtiers sont les têtes avancées des assureurs. On voit arriver les banques, notamment auprès des PME, elles ont un formidable guichet d'ouverture sur les entreprises, et notamment les petites. Et donc elles deviennent l'acteur de ce marché.

Deuxième phénomène, ça accélère les regroupements et les restructurations dans la mesure où il faut que les gens s'équipent à cette concurrence. Je vais en citer une qui est emblématique, c'est le regroupement aujourd'hui entre Malakoff Médéric et la Mutuelle générale qui est l'ancienne mutuelle des PTP, et derrière il y a la Banque postale. En clair, Malakoff était essentiellement un assureur, qui n'a pas de réseau de distribution, qui était une IP agissant dans le cadre d'une désignation, désignée sur la branche de la chimie. Il n'y avait pas besoin de réseau de distribution, Quand tu étais désigné sur la branche de la chimie toutes les entreprises sont obligées d'être à la chimie, donc il suffit d'avoir un maillage territorial suffisant. On n'a pas à faire de démarche. Aujourd'hui le démarchage est obligatoire. Donc il y a un certain nombre de groupes qui se sont sentis piégés, puisque n'ayant pas de réseaux de distribution et de contacts, ils étaient pénalisés

dans cette course au marché. Donc mariage avec la générale et derrière générale, c'est la Banque postale. L'idée c'est d'avoir un groupe qui puisse à la fois avoir un réseau de distribution avec la Banque postale, être présent sur la prévoyance et être présent sur la santé avec la Mutuelle générale. Donc ça c'est les deux effets, en ce sens-là, ça bouscule le marché. Le troisième élément que ça génère, ce n'est pas de ventes à pertes, puisque la santé est un aléa, donc on peut faire des coûts très bas, sans tomber sous la vente à pertes, ce qui va donner des atouts à ce qui vont dans l'immédiat proposer très bas. Ce qui va se retourner contre les entreprises demain, parce qu'il y a une obligation, à un moment quand on ouvre le robinet, le contrat sera équilibré, quand il faudra aussi payer les prestations, il risque d'être déséquilibré dans deux ou trois ans, ça renchérit les coûts, et pendant ce temps-là, des groupes qui sont corrects auront peut-être disparu, parce qu'ils ne peuvent pas pratiquer comme ça.

Oui, il y a ce risque là d'autant que la loi exige la portabilité, cette course à la concurrence à toutes les entreprises peut aboutir à ce que les entreprises se rendent compte à terme à l'occasion d'un rapport social que la portabilité va leur coûter cher, parce que la portabilité va être mutualisée sur le périmètre du contrat. Quand j'étais dans la métallurgie, avec la clause désignation, j'avais Humanis, donc la métallurgie, 1 million 700 000 travailleurs, donc ma mutualisation, c'était sur 1,7 million, donc s'il y a un plan social à Citroën qui supprime 3000 emplois sur 1,7 million, le périmètre est suffisamment grand pour que la mutualisation de la portabilité ne soit pas onéreuse pour les salariés qui adhèrent à cette complémentaire. Par contre si on est sur une entreprise de 500 salariés, le périmètre de la portabilité sera sur 500 salariés. Le jour où il y a un plan social de 40, ou 100 salariés, ça va renchérit le coût de la portabilité, bien sûr dans un premier temps, l'assureur va prendre en charge, mais après quand il va faire ses comptes, il va prendre contrat par contrat. Donc il aura utilisé son fond de mutualisation pour couvrir, cette portabilité, mais on va augmenter les cotisations, puisque le plan social aura coûté cher en terme de portabilité. Et donc là il y a un risque fort dans la situation actuelle sur les éclatements causés par l'arrêt des clauses désignation, qui n'a pas été remplacé par un système qui permet de mutualiser le plus largement possible.

Entretien avec JC et NV
(Direction de la Sécurité sociale)

Entretien mené le 30/04/2015

Concernant la problématique de l'accès aux soins, par rapport à la fiche éclairage sur l'ACS du rapport de la CCSS, quelles sont les évolutions à venir sur le champ des aides à la complémentaire santé pour les populations les plus précaires financées par l'Etat et l'assurance maladie?

NV: On réfléchit notamment au panier de soins qui est notre coeur de métier concernant ces dispositifs. Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire on a mis beaucoup de choses et notamment on a repris dans la loi le panier de soins issu des débats avec les partenaires sociaux. Il a été complété par les contrats responsables avec la mise en place notamment de plafonds pour limiter le reste à charge, notamment pour les forfaits optiques, avec en parallèle le maintien pour les contrats responsables d'avantages fiscaux.

Mais quelle est la légitimité existant dans le fait de limiter, dans les contrats responsables, le niveau de prise en charge de l'optique par exemple, dans la mesure où l'AMO n'intervient quasiment plus sur ce champ en matière de remboursement? Si on allait au bout du raisonnement, la logique ne serait-elle pas de laisser complètement la régulation de ce champ de la dépense aux complémentaires?

NV: Mais elles ne le font pas.

Dans ce cas l'existence de niveau de prise en charge plancher se comprend mais celle de plafond moins.

NV: Le système des contrats responsables existait déjà. On a changé le panier minimal de prise en charge et on a instauré des plafonds en matière d'optique et pour les dépassements d'honoraires. Les OC respectent le contrat responsable parce qu'ils ont des taux réduits de TSCA.

Mais ça c'est historique...

NV: Oui, mais ce taux réduit est un financement public : on leur accorde une exonération qui représente plusieurs milliards, en échange on estime qu'on a le droit de les contraindre à ne pas rembourser des montants démesurés pour des lunettes qui coûtent moins cher.

Je comprends l'argument de la légitimité à imposer des contraintes du fait des exonérations accordées. La question que je me pose est que dans la mesure où il n'y a quasiment plus de remboursement assurance maladie sur l'optique, si les complémentaires souhaitaient rembourser des montants élevés pour être attractives sur un secteur concurrentiel, en quoi est-ce gênant qu'il y ait un niveau de remboursement plus élevé? Est-ce parce que vous anticipez un effet inflationniste sur le prix des lunettes qui seraient « solubilisées » avec, pour les gens ne pouvant pas payer ce niveau de prime des effets d'évictions?

NV: C'est l'effet à la hausse sur le coût des contrats que nous voulons éviter. Les complémentaires pour pouvoir rembourser fortement l'optique proposeront aux employeurs dans le cadre de l'ANI ou en individuel des contrats beaucoup plus chers pour pouvoir solvabiliser des opticiens qui pourront vendre une paire de lunettes par jour et faire leur chiffre d'affaires.

Mais si, au global, les primes demandées sont trop élevées, les employeurs par exemple dans le cadre de la généralisation de la complémentaire et des contrats collectifs choisis ne souscriront pas ces contrats là mais des contrats plus équilibrés.

NV: Mais ils ne le font pas actuellement. L'idée était d'inciter à une prise en charge des besoins essentiels.

D'accord, ce n'est pas très intuitif pour moi...

JC: Ce que tu dis c'est que tu ne trouverais pas anormal qu'on laisse une mutuelle accepter un taux de remboursement des lunettes comme aujourd'hui?

La question que je me pose c'est dans quelle mesure il n'y aurait pas de toute manière une régulation qui se ferait de facto compte tenu du fait que les complémentaires ne pourraient pas proposer des contrats avec des niveaux de prime très élevées car elles ne seraient alors plus compétitives sur un marché désormais concurrentiel à prix libres, l'AMO ne prenant plus en charge qu'une part infime de la dépense. Est-ce qu'il n'y aurait pas une autorégulation sans une intervention réglementaire?

NV: L'idée était aussi d'harmoniser le panier de soins car les entreprises sinon ne mettraient pas l'accent sur les mêmes prises en charge. Une entreprise pourrait considérer important de mettre beaucoup sur des remboursements élevés en optique, rien sur la prévention et rien sur les frais d'hospitalisation...

Ce qui justifie la logique de plancher mais ne sous-tend pas forcément une logique de plafond...

NV: Après ce n'est peut-être pas la meilleure des solutions à proposer....

Vous assumez donc qu'il y a une vraie dimension de responsabilité de l'assurance maladie sur ces sujets, sur la régulation du secteur?

JC: Tout à fait. De la Sécurité sociale globalement.

NV: Ce sont les avantages fiscaux accordés qui fondent sa légitimité. Sinon on n'aurait aucun droit à leur imposer ces plafonds. Et ça reste sur l'option du « volontariat »: ils ont le choix d'aller dans ce système ou pas et de ne pas proposer des contrats responsables.

Quel est aujourd'hui, par exemple sur les contrats collectifs, le taux de contrats responsables souscrits?

NV: Comme les contrats collectifs doivent tous être responsables....

Même avant la réforme?

NV: Je ne sais pas. Mais on dit qu'il y a environ 96% des contrats OSC qui sont responsables.

Et la réduction de l'avantage fiscal en 2013 sur ces contrats a-t-elle eu un impact sur le taux de contrats souscrits? Y a-t-il eu un effet cliquet ou pas?

NV: Je ne pense pas que cela ait eu un impact important. Nous sommes encore aux prémises des effets de la généralisation en essayant d'améliorer la qualité des contrats en limitant le coût. L'idée était de proposer un contrat au meilleur prix avec les meilleures prestations. C'est aussi le cas avec l'ACS qui est un cas particulier puisqu'on est dans un système d'appel d'offres grâce auquel on sélectionne les contrats éligibles au chèque ACS.

Il y avait eu plusieurs mesures sur le champ de l'ACS avec l'instauration d'un label...Où en est-on actuellement?

JC: En termes de chronologie, depuis septembre un gros travail a été engagé sur ce sujet avec la constitution d'une commission inter administrative qui a procédé à la sélection des organismes dont les dossiers correspondaient au contenu du cahier des charges et dont la liste est parue par un arrêté du 10 avril dernier. Cet arrêté indique les 10 opérateurs privés qui nous ont envoyé des dossiers que nous avons traités et sélectionnés par une commission inter administrative et qui auront le droit de proposer des contrats ACS aux bénéficiaires du chèque. On est en train de mettre en place avec le Cabinet, qui doit encore valider certains aspects, la procédure de communication auprès des gens avec le rôle de l'AMO, de l'AMC et de l'Etat. Ces 10 opérateurs auront le droit de démarcher les gens et il y aura également un travail avec les opérateurs privés pour prévenir les gens, le cas échéant, que leur ancien prestataire n'est plus éligible à proposer l'ACS. Le délai est jusqu'au 1er juillet 2015 et on essaie de voir comment gérer le transfert pour les personnes qui ont souscrit des contrats dans le cadre de l'ACS auprès de prestataires non retenus dans la liste des prestataires éligibles.

S'agissant des opérateurs retenus, quelle est leur nature? S'agit-il majoritairement de mutuelles?

JC: Ce sont des opérateurs privés qui se sont regroupés entre eux.

NV: Je crois qu'il y a essentiellement des mutuelles et des assurances et peu d'IP. Cela étant les opérateurs choisis sont issus majoritairement de regroupement de structures et parfois on a des mutuelles et des assurances qui s'associent.

JC: Mais l'ACS n'est peut-être pas le cœur de ton sujet...

C'est une dimension que nous allons aborder.

NV: La question de l'articulation de l'ACS avec les contrats collectifs souscrits dans le cadre de la généralisation est un des points sur lesquels nous travaillons.

J'allais justement te poser la question de l'articulation entre le cahier des charges des contrats ACS et les exigences réglementaires posées pour les contrats responsables?

NV: En fait, tant les contrats souscrits dans le cadre de l'application de l'ANI que les contrats ACS doivent être responsables.

Donc tous les contrats responsables ne sont pas éligibles à l'ACS mais tous les contrats ACS sont responsables?

NV: Oui. Et le lien entre l'ANI et l'ACS réside dans la possibilité qu'aura une personne qui du fait de ses ressources est éligible à l'ACS, mais qui peut aussi bénéficier d'un contrat collectif responsable par son entreprise, d'opter pour l'ACS.

Parce qu'aujourd'hui si on a un contrat collectif d'entreprise, on est exclu de l'ACS indépendamment du niveau de ressources, non?

NV: Oui, je crois. L'idée avec cette mesure est d'éviter aux personnes de payer de façon importante une couverture d'entreprise et de bénéficier des dispositions de l'ACS avec des tarifs encadrés et une aide financière de l'assurance maladie.

JC: Actuellement nous sommes dans la définition complexe de qui fait quoi au sein de ce chantier...

Quels sont vos interlocuteurs sur les contrats responsables? S'agit-il plutôt de l'UNOCAM ou directement les différentes fédérations des OC?

JC: Nous travaillons essentiellement avec la CNAMTS qui fait le lien avec les OC.

NV: Nous travaillons aussi directement avec les grandes familles d'OC: le CTIP, la FNMF et la FFFSA.

JC: Oui en effet, on travaille beaucoup avec la CNAMTS et les trois grandes organisations représentatives des familles d'OC. C'est un dossier sensible.

Je reviens sur cette histoire de plafond qui m'interpelle, au regard des articles de recherche que j'ai pu lire. Le sens de l'histoire me semblait au départ relever, dans le cadre d'une logique budgétaire, d'une redistribution petit risque- gros risque avec en parallèle à la fois un affermissement du secteur des OC et une tentative d'unification de ce secteur ainsi qu'un encadrement réglementaire assez fort visant à réguler et contrebalancer l'impact de la bascule sur le champ concurrentiel d'une partie plus importante de la dépense. Certains parlent d'un mouvement univoque d'évolution vers une logique de cofinancement régulé. A l'inverse, certains acteurs éminents comme Didier Tabuteau, plaident toujours en faveur d'un régime de type Alsace-Moselle...Dans cette optique, l'instauration de plafonds que vous

évoquez ne démontrait-elle pas qu'il y a aujourd'hui une hésitation entre deux modèles sans que ne se dégage clairement un modèle cible? Il ne s'agit pas d'un encadrement a minima: on veut garder un rôle des pouvoirs publics sur la régulation du secteur?

JC: C'est de l'encadrement français dans un Etat où la ministre de la Santé et la CNAMTS veulent agir assez fortement sur le sujet. L'encadrement des tarifs est un des moyens de limiter le niveau des primes des complémentaires.

Ce qui est intéressant c'est le double mouvement de désengagement de l'assurance maladie sur l'optique par exemple en termes de remboursement avec tout de même en parallèle ce mouvement d'encadrement des tarifs.

NV: L'idée est de ne pas, via une solubilisation des opticiens par les complémentaires qui pèserait in fine sur les assurés, aboutir à des rentes de situation de ces professions en décalage avec le coût réel des prestations proposées tout en maintenant en parallèle les emplois de ce secteur.

Sur le champ des médicaments déremboursés, des mesures de ce type sont-elles également prévues?

NV: Il n'y a pas, dans le cadre des contrats responsables, d'obligation de prise en charge des médicaments à 15 et 30%.

Et concernant la prise en charge des dépassements d'honoraires?

NV: On ne pose une limite à la prise en charge des dépassements que pour la prise en charge des honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins. On considère que pour ceux qui ont adhéré et se sont engagés à limiter leur dépassement une régulation a déjà été mise en place. Les complémentaires peuvent donc prendre en charge les dépassements pratiqués et déjà plafonnés. En revanche, pour les médecins n'ayant pas adhéré, les complémentaires se voient imposer une double limite. La prise en charge du dépassement ne doit pas excéder 100% du tarif Sécurité sociale, soit 23€, et doit être inférieure de 20% à la prise en charge de celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. La mutuelle par exemple prend en charge à hauteur de x les dépassements des médecins ayant signé un contrat. Le montant de prise en charge de ceux n'ayant pas signé de contrat doit rester inférieur à 20% de x afin de maintenir l'attractivité du contrat d'accès aux soins.

Quelle est la proportion de médecins ayant adhéré au CAS?

NV: Il me semble que 11 000 médecins ont adhéré sur 29 000 avec l'ouverture à de nouvelles spécialités soit environ un tiers.

Existait-il déjà une limitation à la prise en charge des dépassements dans le cadre des contrats responsables?

NV: Non.

C'est donc une vraie reprise en main à la fois sur le champ complémentaire mais aussi des professionnels de santé: c'est puissamment incitatif...Comment ont réagi les médecins par rapport à ce signal fort?

NV: Ils n'ont pas beaucoup réagi car ils n'ont pas réellement suivi ce dossier, ne se sentant pas concernés au premier chef. En revanche, ils vont forcément réagir lorsque les textes vont paraître. L'impact en termes de régulation va beaucoup dépendre de la façon dont les OC vont appliquer les textes.

Comment les associations de patients ont-elles réagi face au texte? Sont-ils satisfaits de l'impact sur l'accès et la qualité des soins?

JC: Nous n'avons pas eu beaucoup d'échos positifs des acteurs depuis le début du travail sur la mesure...

NV: Je n'ai que peu rencontré les associations de patients depuis mon arrivée. Il y a eu une concertation avec les fédérations d'employeurs, de salariés et probablement les usagers mais j'ignore leur réaction. Il s'agit néanmoins pour eux d'une avancée intéressante.

JC: Comme sur le tiers payant, ces mesures ont nécessité beaucoup de concertation et de débats et il est rare qu'un acteur exprime sa satisfaction.

Cela donne le sentiment que l'on tente d'inventer un modèle à cheval entre deux logiques, institutionnalisation du second pilier et prégnance de l'assurance maladie obligatoire. Ceux ayant une vision très pro-concurrentielle voire plaçant pour une co-régulation AMO-AMC considèrent que la mesure est encore trop contraignante. Ceux qui remettent en cause le rôle des complémentaires et plaident pour une réforme profonde remplaçant l'AMO au centre du dispositif trouvent au contraire que cette mesure entérine le système actuel.

JC: Effectivement, c'est une mesure qui ne va pleinement dans aucun des deux sens.

La généralisation du tiers payant présente aussi cette ambiguïté quant aux évolutions à l'œuvre sur la répartition AMO/AMC. Qu'en pensez-vous?

JC: Cela pousse les acteurs complémentaires à se restructurer afin d'être plus à même de gérer l'ampleur de cette évolution.

Cela ne va-t-il pas renforcer le flou existant pour la plupart des gens entre AMO et AMC, qui prend quoi en charge et sur quelle base, ainsi que renforcer les demandes des complémentaires en matière d'accès aux données de santé?

JC: Je ne sais pas.

NV: Les complémentaires sont très favorables de façon générale à cette mesure de tiers payant. Pour les mutuelles l'enjeu est de se positionner afin de ne pas rater le coche sur ce marché. Pour autant nous ne savons pas réellement quel sont leurs souhaits...

JC: De fait, nous savons ce qu'ils ne veulent pas mais rarement ce qu'ils veulent...

Les mouvements de concentration/recomposition du secteur ont-ils été amplifiés à l'annonce de ces mesures? Ces regroupements se font-ils encore majoritairement par famille ou assistent-on désormais à des regroupements entre IP, assurances, mutuelles?

NV: Je pense que, mis à part pour l'appel d'offre ACS pour lequel les acteurs se sont regroupés, chacun reste chez soi. On assiste par contre à l'émergence de nouveaux acteurs qui développent leur propre système parallèle comme les bancassureurs qui développent des systèmes d'avance de frais mais hors du cadre du tiers payant. Il s'agit d'une carte de paiement différé auprès des professionnels « adhérents » qui permet aux assurés de n'être débités qu'à la fin du mois, l'assurance et l'AMO remboursant entre temps leur part.

Et aujourd'hui cela est autorisé sans encadrement? Il est donc possible pour un assureur de développer en sus d'un réseau physique de professionnels de santé, un système parallèle de tiers-payant clientélisant les professionnels?

NV: Tout à fait.

Demain, comment va concrètement fonctionner le système du tiers payant?

NV: Le tiers payant existe actuellement pour la CMU-c sur la carte Vitale, ce qui est simplifié de par la gestion par la CNAMTS de la majorité des bénéficiaires de la CMU-c. Pour le tiers payant ACS, les droits seront sur la carte Vitale avec coexistence de deux systèmes, comme pour les pharmaciens: soit le professionnel se fera rembourser directement par l'AMO de la totalité et l'AMO se fera rembourser par l'AMC pour sa part soit le professionnel garde les deux flux distincts avec un remboursement AMO et un remboursement AMC direct. On parle alors de flux éclatés dont la gestion passe souvent par des organismes concentrateurs. Le professionnel aura un droit d'option entre les deux systèmes.

Et l'assurance maladie a accepté ce double système avec potentiellement, dans le cas d'une gestion centralisée, un impact massif sur sa trésorerie et ses process?

NV: Oui, car pour le moment cela ne concerne que l'ACS, pas la généralisation du tiers payant aux autres assurés. Nous avons voulu faire quelque chose de simple pour que les médecins aillent vers le tiers payant. Ensuite, nous verrons pour la généralisation quel est le schéma retenu sur la base d'un rapport d'évaluation de cette première phase ACS. Les différentes solutions possibles pour la généralisation du tiers payant sont connues mais le schéma retenu dépendra de ce que veulent les OC, les médecins...

JC: Je pense que cela va fonctionner mais il est nécessaire de procéder étape par étape compte tenu des difficultés de mise en œuvre.

En termes de volumétrie, la possibilité d'une gestion du tiers payant coordonnée par l'assurance maladie est-elle possible, notamment en matière de trésorerie? Au-delà, cela ne

placerait-il pas encore une fois l'AMO dans un rôle ambigu au sein du système? Ne serait-ce pas une version a minima du régime Alsace-Moselle?

NV: Non car leur régime est entièrement géré par les caisses, ce qui réduit considérablement les frais de gestion et leur prise en charge est moins favorable que les contrats responsables sans prise en charge par les employeurs pour la part complémentaire, qui n'est financée que par les salariés.

JC: C'est une bonne question. Je tiens à rappeler que ces sujets ont nécessité un travail extrêmement important des services et de la DSS en particulier. Une dernière question?

En ce qui concerne l'hôpital, par rapport à des conventionnements existants déjà entre certains OC, ce sujet est-il abordé dans le cadre des contrats responsables? Les logiques de parcours sont-elles favorisées par le cadre réglementaire futur?

NV: Nous n'avons pas souhaité ouvrir ce chantier sur les établissements, compte tenu de l'ampleur du dossier. et des mesures déjà en cours de déploiement sur le champ hospitalier, notamment le projet FIDES. Les mesures prévues ne concernent que les soins de ville et pas l'hôpital. De plus les établissements ont déjà accès facilement à l'outil de l'assurance maladie sur les droits en ligne des patients.

La réglementation envisagée porte surtout sur les aspects économiques et concurrentiels de la mesure mais on a le sentiment que la question des parcours de soins n'est pas abordée. N'y aurait-il pas eu une opportunité de le faire, notamment en encadrant les réseaux de santé que vont être incitées à développer les complémentaires?

NV: Cela n'a pas été voulu notamment car les médecins sont totalement opposés à ces logiques de réseaux.

Entretien avec JFC
(IGAS, médiateur de la MSA, ancien président du Fonds CMU)

Entretien mené le 4/05/2015

Développement de l'AMC uniquement pour des raisons budgétaires ?

Non les raisons budgétaires ne sont pas dans le coup pour une fois. La 1ère des choses dont il faut se rappeler, c'est que le ticket modérateur était dans les ordonnances de 1945. C'est très important car ça indiquait bien que la Sécurité sociale ne remboursait pas tout. Là effectivement il y avait une raison financière, car le pays était ruiné par la guerre, l'Occupation... et on acquérait une Sécurité sociale bas de gamme. Pour autant, même si ce ticket modérateur laissait la place à des complémentaires, les complémentaires étaient quasi inexistantes (cf rapport Chadelat de 2003 qui explique comment les complémentaires sont montées en charge). Elles se sont progressivement développées, très souvent par le biais des contrats collectifs obligatoires. Entre 1950 et 1970, les gouvernements n'avaient pas de sous, et comme ils n'avaient pas de sous, ils ont laissé faire le développement de la prévoyance, d'abord de la prévoyance lourde (incapacité, invalidité, décès, rentes de veuve) principalement à la demande des cadres et de la Confédération générale des cadres (CGC). Il faut se rappeler que l'AGIRC a été créée le 14 mars 1947, à peine 18 mois après les ordonnances de 1945. Tout de suite les cadres ont donc dit que ce que donnait la Sécu était insuffisant. La prévoyance lourde s'est développée dans le cadre des exonérations fiscales et sociales que j'ai toujours dénoncées. La santé s'est un peu engouffrée dans la brèche au niveau des contrats collectifs obligatoires qui ont bénéficié des exonérations fiscales et sociales. Que ce soit en prévoyance lourde ou en complémentaire santé dans les contrats collectifs obligatoires, les négociations se sont faites au niveau des branches ou au niveau des syndicats par un espèce de troc : moins d'augmentation de salaire, avec de la prévoyance en échange. Et donner de la prévoyance en échange coûte beaucoup moins cher à l'employeur car au lieu de payer toutes les charges sociales et fiscales, il y a des exonérations. Tout le monde était gagnant dans l'opération. Donc voilà comment ça s'est fait, mais ça ne concernait qu'une partie de la complémentaire santé puisque aujourd'hui celle-ci est pour moitié individuelle / pour moitié collective grosso modo.

Ce que vous nous décrivez concerne plus le champ des IP ?

Oui, ça s'est développé par le biais des IP. Les mutuelles n'ont cessé de perdre du terrain et elles continuent encore au jour d'aujourd'hui à perdre du terrain. Les IP sont plus sur le collectif, les mutuelles sur de l'individuel et pour les assureurs c'est moitié-moitié.

En 1999, pour la première fois, un gouvernement a dit que pour qu'il y ait un bon accès aux soins et pas de renoncement aux soins pour raisons financières, il fallait la Sécurité sociale et une complémentaire santé, ce qui est vrai pour le premier, voire le deuxième décile de la population. Les pauvres ont besoin d'une complémentaire sinon ils renoncent aux soins pour des raisons financières ; le cadre moyen et a fortiori le cadre supérieur n'en a rien à faire d'une complémentaire santé, ça ne lui sert à rien d'être remboursé 0,17€ du ticket modérateur d'une aspirine. Il peut faire de l'auto-assurance, ce qui explique que de plus en plus l'auto-assurance se développe.

Il faut bien rappeler que la loi de 1999 n'est pas une généralisation de l'assurance maladie, qui avait été généralisée par la loi de 1975 et surtout par celle de janvier 1978. Ce qui est fondamental dans la loi de 1999, c'est qu'on crée une complémentaire. Non seulement on crée une complémentaire pour les plus pauvres, une complémentaire de très bon niveau, qui est gratuite. On a vu dans

l'enquête Santé et Protection sociale le taux de renoncement aux soins passer de 30 à 15% entre 1998 et 2002 pour le premier décile de la population. Sachant que la CMU-C concerne aujourd'hui 5,2 millions de personnes, l'ACS 1 million et le plafond de l'ACS est au niveau du seuil de pauvreté (60% du revenu médian), on a 6/6,5 millions de personnes qui se retrouvent à avoir une complémentaire santé et qui font partie du premier décile de la population. Restent 5 à 6% des gens qui n'ont pas de complémentaire santé, ces derniers se découpant moitié-moitié entre les gens qui n'ont pas les moyens et sont au plafond de l'ACS, ou sont dans le plafond mais l'aide apportée n'est pas suffisante, donc les gens renoncent pour raisons financières ; l'autre moitié considérant qu'une complémentaire santé ne sert à rien, que le rapport qualité-prix n'est pas suffisant.

Ensuite est arrivé l'ANI de janvier 2013 et son article 1 qui est invraisemblable dans la mesure où les articles 2 à 17 concernent la flexisécurité, c'est-à-dire le droit du travail. Or à l'époque et le gouvernement, et le patronat (Medef), et les syndicats (CFDT) avaient besoin de signer ce truc-là. Et la CFDT, dans des conditions invraisemblables, a demandé le rajout de la généralisation de la complémentaire santé collective d'entreprise pour digérer la flexisécurité. Il faut bien comprendre que ce qui a été fait en janvier 2013 est en contradiction avec le discours du Président de la République au congrès de la FNMF en octobre 2012. Ce qu'on voulait c'était généraliser la complémentaire santé mais pour les plus pauvres, pour ceux qui en avaient vraiment besoin. Or ce qui a été fait ne généralise pas la complémentaire santé, puisque cela généralise uniquement les complémentaires santé d'entreprise. Sont exclus de cette généralisation ceux qui en ont vraiment besoin, à savoir les très pauvres, les chômeurs de longue durée, les retraités, les étudiants. 2,5 millions de personnes qui en avaient le plus besoin sont exclues de l'ANI et de la généralisation des contrats collectifs obligatoires.

Deuxièmement, je me suis toujours battu contre les contrats collectifs obligatoires, pas parce que j'ai quelque chose contre ces contrats, mais parce qu'ils bénéficient d'exonérations fiscales et sociales. Or, d'après les chiffrages qui ont été faits on va avoir 4 millions de personnes qui vont rentrer dans ce nouveau dispositif des contrats collectifs obligatoires. Sur ces 4 millions de personnes, l'immense majorité (3,6 millions) sont des gens qui ont déjà une complémentaire santé à titre individuel, on aura donc à peine 400 000 personnes qui n'avaient pas de contrat qui vont rentrer dans le dispositif. Donc on va avoir un basculement de 3,6 millions de personnes de l'individuel vers le collectif. Le marché des complémentaires va être complètement bouleversé, les grands perdants de l'opération vont bien entendu être les mutuelles puisque ce sont elles qui font de l'individuel à titre majoritaire, les grands gagnants vont bien entendu être les institutions de prévoyance. D'où la bataille menée d'abord et avant tout par les assureurs et les courtiers d'assurance contre la clause de désignation pour éviter de favoriser les institutions de prévoyance, puisque dans les institutions de prévoyance les syndicats sont juge et partie. Ce sont eux qui siègent dans les conseils d'administration de ces institutions de prévoyance. Inutile de vous dire que quand il y a eu la décision du Conseil constitutionnel, j'ai ouvert une bouteille de champagne. Là c'est l'IGAS qui vous parle, j'ai contrôlé tellement d'IP dans ma vie, malheureusement ça n'est pas public, les syndicats sont financés par les IP, je l'ai vu dans les comptes des IP. Même si on ne fait pas allusion à ce que j'ai fait en tant qu'IGAS, vous avez des trucs qui eux sont tout à fait publics, c'est-à-dire que dans les contrats de prévoyance il y a dans je dirais presque la majorité des branches une cotisation qu'ils appellent « cotisation pour le financement du paritarisme », ça s'appelle purement et simplement du racket au profit des syndicats. C'est véritablement un détournement de fonds publics. J'ai chiffré la perte de recettes fiscales et sociales à à peu près 2,5 milliards, la réalité est peut-être plutôt à 2 milliards (si on additionne la perte de recettes fiscales et sociales aussi bien au niveau de l'IR, de l'IS, que des cotisations patronales et salariales). Ce truc-là a été décidé en même

temps que le plan pauvreté, celui qui a relevé le plafond de ressources de la CMU-C et de l'ACS, donc ça a été fait en janvier 2013. Sauf que M.Valls a dit que le plan pauvreté est un effort de 250 millions. Donc c'est dans un rapport de 1 à 10. Alors qu'on a mis 250 millions pour les pauvres, on a 2,5 milliards qui sont foutus en l'air par cette opération-là.

Le rapport que vous aviez fait en 2003 était un peu sur le modèle AM obligatoire / AMC facultative, finalement on n'est pas si loin de ça ?

On a prodigieusement progressé, mais on a progressé après l'ANI et la loi Sécurisation de l'emploi. On a progressé avec la redéfinition des contrats responsables, avec l'appel d'offres ACS. Ce que j'ai critiqué et ce que critique le Président de la République (reprenez le discours au congrès de la FNMF à Nice fin octobre 2012), c'est qu'il s'agit d'un gâchis phénoménal, le Président demande à ce que ces aides soient réorientées. Face à cette situation, on a repris mon rapport de 2003. On dit que les complémentaires haut-de-gamme ne doivent pas bénéficier d'aides sociales et fiscales : celles qui prennent les dépassements d'honoraires sans limitation, celles qui prennent les couronnes dentaires à 2000€ chez un dentiste du 7ème arrondissement, ce ne sont pas des contrats responsables, ce sont des contrats irresponsables. D'où la notion, mais qui est là depuis 6 mois, de plafonnement des dépassements et des remboursements dans le cadre des contrats responsables. Ce que je regrette, c'est qu'on fait ça un peu par petites touches et un peu dans le désordre.

Ca ne concerne aujourd'hui dans le projet que l'optique et les dépassements d'honoraires ?

Ca concerne l'optique, le dentaire, l'audioprothèse et les dépassements des médecins. Le problème c'est que je crois que ce qu'on a fait dans les 6 derniers mois, on l'a fait dans le plus grand désordre. Ce qu'il faudrait une bonne fois pour toutes, c'est dire « qu'est-ce qu'on veut ? Qu'est-ce qu'un gouvernement veut, quelle que soit sa couleur politique ? Qu'est-ce qu'on attend des complémentaires santé ? ». Dans mon rapport de 2003, j'avais dit qu'il y a 2 sortes de complémentaires : l'assurance maladie complémentaire de base (AMCB), c'est en gros les contrats responsables nouvelle définition d'aujourd'hui ; et au-dessus de ces contrats responsables, il y a les contrats supplémentaires. Et c'est bien ce à quoi on va assister parce que la généralisation des contrats collectifs va amener pour l'immense majorité des employeurs à choisir des contrats bas de gamme. Cette opération va concerner essentiellement les salariés des TPE parce que ce sont eux qui n'ont pas de complémentaire santé. Or j'ai fait une réunion avec la Direction du Trésor il y a 2 ans et demi, et on avait fait le calcul qu'il y avait un transfert de charges d'à peu près 1 milliard d'euros (puisque l'employeur est tenu de payer 50%, même si c'est d'un contrat bas de gamme). 1 milliard d'euros de charges supplémentaires sur les TPE, ça provoquait 150 000 chômeurs supplémentaires, et 2,5 milliards de pertes de recettes fiscales et sociales.

Pour vous à terme l'idée serait de faire une complémentaire « quoi » ?

Ce serait de définir qu'est ce que l'on veut faire, à quoi sert une complémentaire santé. Moi je dis et je répète depuis 15/20 ans qu'une complémentaire santé est indispensable pour les salariés des premier et deuxième déciles, pour les salariés moyens, et a fortiori pour les salariés supérieurs honnêtement elle ne sert pas, voire elles sont des « contrats pousse-au-crime » (expression employée publiquement par Michel Régereau) puisqu'ils solvabilisent les dépassements d'honoraires, les prothèses dentaires à des tarifs invraisemblables, les paires de lunettes à 600€.

Je comprends le côté « solvabilisation », mais en même temps dans le cadre de contrats collectifs, le fait de solvabiliser les dépassements ça renchérirait le niveau des primes. Quel intérêt auraient les entreprises à souscrire ce type de contrats massivement ?

Là on est en présence des grandes entreprises, c'est pour ça que le Medef a signé l'art 1, parce qu'il n'en avait rien à faire des TPE et PME. Or toutes les grandes entreprises ont déjà des contrats comme ça, elles ont souscrit ces contrats dans le cadre du troc salaire contre prévoyance. C'était ça l'intérêt des entreprises, ça leur coûtait infiniment moins cher.

Ce qui vous préoccupe est l'effet que cela aurait par rebond sur les TPE ?

Bien sûr, les TPE sont hors d'état de supporter une charge pareille. Soit elles sont hors d'état de le supporter et ça va provoquer du chômage, soit elles vont souscrire (ce qui sera vraisemblablement le cas) des contrats très bas de gamme qui ne serviront à rien et qui très souvent seront d'un niveau inférieur au contrat individuel que le salarié avait avant.

Il faut selon moi distinguer dans les complémentaires santé celles qui ont une quasi mission de service publics, en particulier à l'égard et en direction des pauvres, très pauvres ; et une opération commerciale, et l'argent public n'a pas à subventionner une opération commerciale.

Pourquoi ne ferait-on pas du passé table rase et n'assumerait-on pas un retransfert des cotisations sur un champ AMO élargi, des coûts de gestion ?

Rapatrifier des prises en charge supplémentaires sur la Sécu qui a des déficits apocalyptiques n'est pas possible.

Les mutuelles, les IP et surtout les compagnies d'assurance ont des coûts de gestion astronomiques. Un agent général d'assurance touche 20% de commission sur un contrat complémentaire santé. Ce n'est pas surprenant que derrière ça il y ait des coûts de gestion de 20/30%.

Qu'est-ce qu'on dirait si une caisse primaire finançait une équipe de coureurs cyclistes, une transat... ?

Mais est-ce qu'intellectuellement ça aurait pu être une évolution possible ? Et pourquoi est-ce que ce n'est pas cette direction qu'on a prise ?

Pour des raisons financières. Je vous rappelle que les complémentaires santé ne font pas partie des prélèvements obligatoires et que les cotisations de Sécu en font partie.

Donc la question que je vous posais au départ de savoir si c'était pour des raisons budgétaires, vous m'avez dit non mais un peu quand même ?

Oui c'est un peu quand même, mais encore une fois parce que c'est le partage des rôles. Quand j'ai écrit mon rapport en 2003, j'ai été interviewé par la Revue des anciens élèves de l'EN3S, qui a remis en question le système français basé sur un premier étage avec la Sécurité sociale et sur un deuxième étage avec des complémentaires santé. J'ai dit que j'étais tout à fait d'accord, d'abord car je suis incapable d'expliquer ça à un non-Français, personne à l'étranger ne comprend un montage pareil ; et deuxièmement parce qu'on ne construirait pas un système pareil aujourd'hui. Sauf

qu'aujourd'hui vous avez des complémentaires santé et personne ne veut les supprimer, surtout pas les syndicats car c'est quand même une manne financière pour eux. Quand j'ai rédigé mon rapport en 2003, j'ai compris que personne ne voulait toucher aux complémentaires. Maintenant, essayons de faire une complémentaire santé intelligente. On a commencé avec le plafonnement des prises en charge dans les contrats responsables, il faut vraiment aller plus loin.

Vu de l'extérieur, on a l'impression que les pouvoirs publics et l'assurance maladie passent leur temps au fil des ans à compenser les déficiences par petites touches d'un système qui n'est pas efficient. La mesure envisagée en 2012 a été totalement dévoyée, modifiée un an après. Ce que vous proposez va « limiter la casse » mais ça ne va pas résoudre le problème de la couverture des indépendants, des retraités, des jeunes.

Je pense encore une fois que s'il y a une mesure à faire, c'est le relèvement du plafond ACS, c'est de poursuivre l'opération appel d'offres ACS en relevant le plafond de manière à faire rentrer davantage de gens, et que les gens qui ont vraiment besoin d'une complémentaire puissent en avoir une, et une complémentaire qui sert à quelque chose.

Malgré les relèvements des plafonds de l'ACS, on a un taux de recours qui reste de 30% maximum. Il y avait eu un rapport il y a quelques années qui disait que le sujet n'était pas tant le niveau du plafond que la complexité, la méconnaissance du process. Ce que vous dites, c'est qu'à la fois on a des complémentaires avec des coûts de gestion élevés, des tas de choses qui ne sont pas très optimales pour le système, et à la fois on va relever le plafond de l'ACS et donc quelque part encore solvabiliser le fonds complémentaire via le chèque ACS tout en l'encadrant. On reconnaît donc le champ complémentaire comme un acteur à part entière et on l'encadre au maximum.

On reconnaît les complémentaires sur les salariés qui sont au niveau du seuil de pauvreté ou un peu au-dessus, mais en leur donnant une vraie complémentaire, c'est-à-dire une complémentaire qui ne coûte pas cher et qui sert à quelque chose, qui donne des vrais remboursements. Ce n'est pas un hasard si on généralise le tiers payant, si le médecin n'a pas le droit de dépasser les tarifs de secteur 1 pour les bénéficiaires de l'ACS. On est en train progressivement de faire une CMU-C bis avec l'ACS, sans aller jusqu'à toutes les contraintes de la CMU-C. On ne sait pas pourquoi les gens n'ont pas recours à l'ACS. Je ne pense pas que ce soit parce que c'est trop complexe, c'est le même dossier que pour la CMU-C. Les gens se disent qu'ils ne vont pas dépenser de l'argent pour une complémentaire santé qui va leur donner de mauvais remboursements, alors qu'ils ont par ailleurs du mal à assumer leurs autres dépenses. Tous ceux qui ont répondu à l'appel d'offres l'ont fait en présentant des coûts de gestion qui ne sont pas à 20 ou 30%, ils ont rogné sur les coûts de gestion. Donc on va bien voir si les gens à ce moment-là se dirigent vers ces nouveaux contrats. On aura la réponse ultérieurement, dans ¾ ans. Mais je pense que c'est une bonne direction parce que c'est une complémentaire santé en direction des plus pauvres qui n'ont pas de complémentaire ou ont une mauvaise complémentaire qui ne leur donne pas suffisamment de choses dans les domaines classiques, à savoir l'optique, le dentaire et les audioprothèses.

Dans ce cas-là, pourquoi ne fusionnerait-on pas CMU-C et ACS ?

La CMU-C a été très mal vue par les professionnels de santé car elle introduit des contraintes

énormes sur ces derniers. On commence progressivement à introduire des contraintes sur l'ACS mais on n'est pas allé jusqu'à les fusionner. Si on continue à mettre autant de contraintes vis-à-vis des professionnels de santé avec l'ACS, on va bien voir comment ça se passe quand on va introduire le tiers payant ACS, qui existe pour la CMU-C depuis 4 ou 5 ans.

Le modèle que vous voulez est celui d'un coût de complémentaire qui progresse avec les revenus des ménages ?

A partir du moment où on a construit un modèle que je trouve idiot mais que tout le monde veut conserver, c'est-à-dire une base et une complémentaire, je demande à ce que cette complémentaire soit intelligente. Si on veut qu'elle soit intelligente, il faut qu'elle serve à ceux qui en ont besoin et pas à ceux qu'on va draguer pour des raisons commerciales.

De ce que vous dites ça revient à une répartition petit/gros risque...

Je vous rappelle que c'est en ALD qu'il y a les plus gros reste à charge.

Oui mais sur une frange extrêmement réduite, mais néanmoins s'il y avait une répartition complémentaire/AMO ça serait encore pire comme reste à charge.

Une personne qui est en ALD va être prise en charge à 100%, mais s'il va se faire une couronne dentaire ou s'il achète une paire de lunettes, elles ne seront pas à 100%.

De fait, pour ce qui est de son ALD, c'est quand même aujourd'hui l'AMO qui gère des risques massifs ?

C'est bien pour ça que je dis que je ne pense pas que les complémentaires santé soient utiles, en particulier quand on monte dans l'échelle de revenus. On a intérêt à faire de l'auto-assurance. Reprenez la définition de l'assurance : se prémunir contre un risque dont on ne serait pas en mesure de supporter les conséquences si elles venaient à arriver. Si vous êtes hospitalisé plus de 30 jours, la Sécu prend en charge à 100%, elle a toujours pris le très gros risque. Ensuite, que font les complémentaires santé ? De l'optique, du dentaire... Je suis certain qu'on ne peut pas qualifier de risque une paire de lunettes, une couronne dentaire etc. Il manque la part d'aléa.

Au départ quand on a créé la Sécu en 1945, est-ce qu'on était déjà sur du 80/20 à l'hôpital et du 70/30 en ville ?

Non, je vous rappelle quand même que je suis l'auteur du plan Seguin de 1986 et que la logique de ce plan était de lutter contre la dérive du 100%. C'est comme ça qu'à l'époque on avait inventé le 40 à 40, c'est-à-dire que pour les vignettes bleues, les médicaments qui sont bas de gamme, même si vous êtes en ALD, vous avez quand même un ticket modérateur. Le 100% Sécu, c'est quelque chose qui dérive depuis 30, 40, 50 ans. Vous avez vu ce qu'écrit la CNAM, à savoir qu'aujourd'hui on est déjà à 60% des dépenses qui sont du 100%, et que dans 5 ans on sera à 70%.

Est-ce que pour vous c'est un problème parce que c'est intrinsèquement inflationniste ?

Oui, bien sûr. Le problème, c'est qu'une fois que quelqu'un est entré en ALD, il ne sort jamais. Le problème c'est que quand vous vous attaquez aux ALD, à ce moment-là vous faites pleurer dans les chaumières. Pourquoi croyez-vous que Martin Hirsch a demandé à Briet et Fragonard ce rapport sur le bouclier sanitaire ? Parce que l'idée de base du bouclier sanitaire est de dire qu'il ne faut plus faire des remboursements en fonction de la pathologie, mais en fonction du reste-à-charge. Aujourd'hui, le dossier est enterré et personne ne prendrait le risque politiquement de ressortir quelque chose de pareil.

Mais finalement, votre vision du rôle de la complémentaire rejoint ça ?

Pas tout à fait, même si c'est dans la même logique. C'est plus présentable.

Est-ce que vous pourriez nous dire quelques mots sur les réseaux de soins, et notamment si vous faites un lien entre la réforme de la complémentaire obligatoire et ces réseaux ?

Je ne fais pas de lien parce que je pense que ce sont 2 choses distinctes. J'ai poussé au dépôt de la proposition de la loi Leroux sur les réseaux de soins, c'est moi qui ai été déposer dans le discours de François Hollande au Congrès de la Mutualité l'idée de développer ces réseaux de soins. Je crois profondément que ces réseaux de soins sont une manière de réguler les dépassements d'honoraires chez les médecins, l'optique, le dentaire... Je crois qu'ils ont vraiment une utilité, je pense qu'ils peuvent réguler le marché. Et surtout ces réseaux peuvent être mis en place par des complémentaires et pas par la Sécurité sociale, l'une des rares utilités des complémentaires santé est qu'elles peuvent faire ce genre de choses. La Sécu ne peut pas faire car ça reviendrait à déconventionner un médecin. Ils ont un pouvoir que la Sécu ne pourra jamais avoir. Le déremboursement d'un médicament est au fond un « réseau Sécu » pour le médicament : quand un médicament est déremboursé, le volume des ventes est divisé par 10. Les complémentaires peuvent donc aider la Sécu là-dessus, elles introduisent une régulation, très modeste mais au moins c'est un début.

N'y a-t-il pas un risque de délégitimation de l'AMO ? Parce c'est quand même fort ce que vous dites, l'AMO n'a pas les moyens de réguler le système de santé.

Elle a les moyens de le faire. La France a la bombe atomique, mais elle ne l'utilise pas et ne l'utilisera jamais car c'est l'arme absolue. Le déconventionnement d'un médecin, c'est l'arme absolue, mais elle ne va pas l'utiliser.

Donc son pouvoir est tellement fort que ça le rend inefficace ?

Voilà.

Vous disiez qu'il n'y a qu'en France qu'on a un système comme celui-ci, y a-t-il un pays selon vous où le système fonctionne « bien » ?

Certainement pas le système américain, certainement pas le système anglais où vous êtes obligé de prévoir une appendicectomie un an à l'avance. Les Allemands ont leur force, c'est-à-dire qu'ils peuvent se permettre des choses qu'on ne peut pas se permettre en France. On ferait le dixième du

quart de la moitié de tous les plans faits par les gouvernements allemands depuis 20 ans, on aurait provoqué une émeute. L'assurance maladie allemande est en excédent.

Ils le sont car ils ont le principe d'auto-équilibre des cotisations, pour autant il y a une subvention d'équilibre de l'Etat massive ?

Peut-être, mais globalement ils se portent mieux que nous. Quand on a fait la franchise de 1€, ils l'ont mise à 10€. Ils ont quand même davantage régulé.

Mais quel impact sur l'accès aux soins ?

Les syndicats de médecins ont râlé en disant que l'accès aux soins se dégradait mais globalement l'accès aux soins des Allemands est très bon par rapport aux Anglais qui doivent attendre très longtemps.

**Entretien avec AP
(Chercheuse à l'IRDES)**

Entretien mené le 5/05/2014

Pouvez-vous replacer l'ANI de 2013 dans une perspective historique de l'assurance maladie complémentaire ?

A mon sens, la généralisation de la complémentaire santé en entreprise ne suit pas l'évolution historique de l'assurance maladie complémentaire, mais a été mise en place dans le cadre de négociations sur la flexibilité du marché du travail. L'idée était de rassurer les salariés, de leur donner des contreparties. Ces contreparties ont été de généraliser la complémentaire santé à toutes les entreprises. Mais justement, le regret que l'on peut avoir avec cette réforme, c'est qu'elle n'a pas été pensée dans le cadre et dans l'historique de l'assurance maladie complémentaire et de l'assurance maladie obligatoire.

Pensez-vous néanmoins que cette mesure va dans le sens de l'histoire ou bien s'est-on privé d'une occasion de rebattre les cartes ?

Très clairement pour moi on a loupé l'occasion de rebattre les cartes et de se poser des questions plus essentielles, plus fondamentales sur l'assurance maladie complémentaire et sur l'assurance maladie obligatoire, puisque les deux vont de pair.

En fait, on va plutôt renforcer un système qui existe déjà : parce que les complémentaires santé en entreprise existent déjà, bien que pas obligatoires pour tous les salariés ; parce que le double remboursement sur un même panier de soins, c'est quelque chose qui existe déjà. Donc tout ça est plutôt renforcé.

Or, ce qu'on peut regretter, c'est que ce sont des choses qui sont fortement discutées et remises en cause sur l'efficacité de notre système. Donc c'est là où finalement on ne se pose pas vraiment les bonnes questions et où on ne redistribue pas bien les cartes selon moi.

Pour vous, quelles sont les limites ou les biais de notre système ?

La complémentaire santé en France est un système qui est très inégalitaire, parce qu'en fait il dépend du revenu des gens et que tout le monde ne peut pas accéder de la même façon à la complémentaire santé : en fonction de votre âge vous êtes taxé différemment car vous avez des risques plus ou moins élevés et selon vos revenus vous n'avez pas accès au même niveau de garanties (les plus pauvres ne peuvent pas avoir de garanties aussi bonnes que les plus riches). Donc c'est un système qui est vraiment assez inégalitaire.

Contrairement à l'assurance maladie obligatoire qui de fait a plutôt tendance à mieux prendre en charge les personnes malades, à travers notamment le système d'ALD, et qui est donc un système redistributif entre les malades et les non-malades. Donc de fait, on renforce la partie de l'assurance qui est plutôt inégalitaire.

Il est ressorti de nos premiers entretiens, notamment au Ministère, une relative forme de résignation quant à l'institutionnalisation des complémentaires. Il semble désormais impossible de remettre en cause cette situation. Pour autant, il y a une volonté de limiter les biais de ce système, notamment via les systèmes de plafonnement des contrats responsables,

pour éviter de solvabiliser certains professionnels et d'augmenter au global le niveau des primes.

Je rejoins tout à fait ce point de vue ; il n'y aura pas de refonte globale du système. En revanche, là où je pense que des choses auraient pu être faites, c'est sur la définition du panier de soins. Parce qu'en fait, en France, on est sur un système de double financement d'un même panier de soins par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Alors, il y a plusieurs thèses : certains pensent qu'il faudrait supprimer l'assurance maladie complémentaire et tout faire gérer par l'assurance maladie obligatoire. Là je suis d'accord, je pense qu'on n'arrivera pas à ça et qu'il y a une forme de résignation là-dessus.

En revanche, sur la redéfinition du panier de soins pour faire en sorte de ne pas avoir un double niveau de financement, avec un niveau qui essaye de faire en sorte d'être équitable entre les gens et un niveau qui est très inégalitaire, ça je pense qu'on pourrait le faire et je ne comprends pas pourquoi ce n'est pas fait. Je pense effectivement qu'on pourrait revoir la définition de certains paniers de soins.

Après ce qui est très positif c'est que l'on introduise des plafonds dans la nouvelle définition des contrats responsables, notamment car aujourd'hui les contrats de complémentaire d'entreprise, qui ont de très bons niveaux de garanties, sont assez inflationnistes, notamment sur l'optique et certains dépassements d'honoraires.

Les débats à ce sujet entre le ministère, les institutionnels et les chercheurs ont été constructifs car on a repensé un peu les aides publiques qui avaient été mises en place pour ces contrats. Les charges fiscales pour les salariés sont diminuées de moitié. Même si on ne change pas énormément de choses. D'ailleurs, il n'y a pas non plus une grosse redéfinition des contrats responsables, hormis l'instauration des plafonds.

Pouvez-vous revenir sur les deux niveaux de financement du panier de soins que vous évoquiez ? Qu'est-ce qui pourrait être envisagé selon vous ?

On pourrait considérer que la place de l'assurance maladie obligatoire soit élargie sur certains paniers de soins, c'est-à-dire certains types de soins, pour limiter l'importance de l'assurance maladie complémentaire dans l'accès à ces soins. Aujourd'hui il existe des restes à charge, après remboursement de l'AMO, qui sont tellement importants qu'il est essentiel d'avoir une complémentaire pour accéder à quasiment tous types de soins. Or, si on redéfinissait les paniers de soins, en faisant en sorte que l'AMO soit plus présente sur certains types de soins et moins sur d'autres, on aurait pour certains soins qu'on juge importants, notamment sur le recours aux médecins par exemple, moins besoin d'une assurance maladie complémentaire. C'est l'idée de ne pas avoir l'AMO et l'AMC qui agissent simultanément sur tous les soins.

En quoi ces dispositions, qui s'appliqueraient à l'ensemble des assurés permettraient de réduire les restes à charges des catégories de population les plus concernées ?

Vous avez raison, la question des restes à charges touche surtout certaines catégories de population. Il y a une très grande dispersion des restes à charge en France. Mais l'enjeu est important car ils touchent surtout les populations qui ont les dépenses les plus élevées, qui sont souvent les plus malades. Cela me fait penser aux réflexions sur le bouclier sanitaire.

Ces deux pistes pourraient être mises dans une même réforme, il n'y a pas à choisir entre l'une ou

l'autre. Par exemple, limiter ou plafonner les restes à charges des populations les plus malades et les plus précaires permettrait de leur favoriser l'accès au système de santé et d'autre part redéfinir le panier de soins constituerait une mesure plus globale qui concernerait l'ensemble de la population. Il n'y a pas une mesure qui permettrait de résoudre tous les problèmes.

Vous avez évoqué certains contrats collectifs qui offrent de bonnes garanties aux salariés, mais ne pensez-vous pas qu'avec la généralisation certaines entreprises vont devoir se contenter de contrats bas de gamme ?

Si, c'est justement tout l'enjeu. Aujourd'hui tout le monde dit que les contrats collectifs offrent de bonnes garanties, et qu'en plus ils sont relativement moins chers que les contrats individuels puisque les employeurs participent. Or, on observe ça aujourd'hui car ils sont majoritairement instaurés dans les grandes entreprises, dans lesquelles il y a un fort pouvoir de négociation et des participations employeurs importantes. Mais je suis convaincue qu'après l'ANI on observera une très grande variabilité des niveaux de garanties. Notamment aujourd'hui ce sont principalement les petites entreprises qui ne sont pas couvertes. Or, puisqu'elles ont globalement des marges budgétaires plus faibles, elles opteront pour des niveaux de garanties inférieurs, voir des niveaux de garanties correspondant au minimum imposé.

Savez-vous ce qu'ont donné les négociations de branche qui se sont achevées en 2014 ?

Je n'ai pas de résultats officiels. Mais quand je rencontre les gens en « off », ils disent que ça n'a pas bien marché. Du coup, on passe à des négociations individuelles au sein des entreprises. Mais je ne sais pas si cette situation est représentative du niveau national car mes informations ne viennent que de quelques rencontres.

Faites-vous un lien entre la généralisation de la complémentaire santé et les réseaux de soins ? Pensez-vous que le périmètre des réseaux de soins va être élargi ?

Je ne fais pas de lien direct, je pense que c'est un peu tôt pour dire ça. Même si la Mutualité Française, et notamment Etienne Caniard, soutient fortement le développement des réseaux de soins et ils ont raison. Mais je pense qu'aujourd'hui ça n'a pas du tout été pensé en ce sens. Peut-être qu'une des conséquences de la généralisation sera le développement des réseaux de soins, je le souhaite, mais pour l'instant on n'y est pas encore.

Selon moi, les réseaux de soins devraient être encouragés par les pouvoirs publics, car ils permettent de réguler, de diminuer les inégalités de recours aux soins. Ça ne me semble pas très coûteux de le faire.

Est-ce que cela ne risque pas de placer l'assurance maladie obligatoire dans une position inconfortable de régulateur qui ne régule plus ?

Si on laisse les réseaux de soins se développer uniquement à travers les complémentaires santé, on peut effectivement envisager ça, mais on pourrait concevoir que les pouvoirs publics mettent en place également des réseaux de soins, car l'objectif est de limiter la dépense en général, qu'elle soit remboursée par l'AMO ou l'AMC. Tout le monde y gagnerait. Aujourd'hui ce sont surtout les dépenses des complémentaires santé qui sont limitées car c'est à leur initiative. Il faudrait un raisonnement plus collectif AMO/AMC et ne pas laisser la seule régulation aux organismes

complémentaires, qui pour certains sont quand même des organismes privés avec des modes de fonctionnement très différents de l'AMO. Mais cette réflexion ne doit pas être isolée ; elle doit être liée à celle de la redéfinition des paniers de soins, à celle du bouclier sanitaire.

Vous plaidez donc pour une réflexion plus globale sur l'avenir de l'assurance maladie...

Complètement. Pour moi, on est arrivé à la limite des petites réformes mises bout à bout. Mais avoir une réflexion plus globale ne veut pas forcément dire une suppression de l'AMC.

Il y eu de nombreux rapports et propositions prônant une réflexion plus globale depuis une quinzaine d'années mais on s'aperçoit qu'en fait les modifications ne sont que partielles ou par petites touches... Comment selon vous pourrait-on avoir un vrai débat ?

Les débats on les a souvent. C'est surtout le problème de l'action. Mais mon opinion personnelle c'est qu'on est arrivé au bout de ces petites réformes. Je ne vois pas comment nous pourrions désormais faire autrement que réfléchir plus globalement.

C'est vrai qu'il y a eu plusieurs propositions de réforme. Mais il faut du courage, politiquement parlant. Certaines propositions, par exemple, remettaient en cause les ALD pour une meilleure efficacité du système, mais ce serait compliqué d'y toucher...

Comment la généralisation de la complémentaire santé va s'articuler avec celle du tiers payant ? Ses mesures vont-elles se renforcer l'une l'autre ou bien sont-elles assez indépendantes ? Y aura-t-il un impact en termes d'enjeu de pouvoir AMO/AMC ?

Le circuit définitif des remboursements suite au tiers payant n'est pas encore bien défini. Sera-t-on uniquement sur le remboursement AMO ou également AMC ? Il y a plusieurs débats autour de cela. Certains disent que si le tiers payant concerne uniquement le remboursement de l'AMO, le gens se rendront mieux compte de ce que représentent les dépassements d'honoraires notamment, et donc cela permettrait de favoriser la concurrence entre les médecins. D'autres disent qu'au contraire les gens pourraient avoir l'impression que le coût diminue car ils n'auront plus à payer la part relevant de l'AMO, ce qui pourrait favoriser les dépassements d'honoraires... Moi je suis un peu partagée. Je sais que quand on n'est pas du milieu c'est compliqué de savoir clairement quel organisme rembourse quoi. Donc je ne pense pas que ce système soit moins lisible qu'aujourd'hui. Aujourd'hui il y a un remboursement en deux temps : AMO puis AMC. Si le tiers payant concerne les deux parties, il n'y aura même plus cette distinction.

Pensez-vous que la généralisation va avoir un impact sur le marché des complémentaires santé ?

Oui car le marché des contrats collectifs est plutôt pris en charge par les institutions de prévoyance. Si cette tendance se maintient, les IP pourraient voir leur position renforcée et celle des mutuelles pourrait diminuer. Un basculement de salariés qui étaient couverts par des contrats individuels vers des contrats collectifs est possible.

Après, il faut quand même modérer l'impact de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, car c'est quelque chose qui existe déjà. Seule une partie des salariés sera donc concernée. Mais sur la totalité de la population, ça ne va pas changer grand-chose, notamment en

termes d'inégalités d'accès à la santé. Voire même ça peut les dégrader, parce que tous les gens qui sont sur le marché du travail vont basculer sur les contrats collectifs. On va donc enlever des contrats individuels, les salariés qui auparavant souscrivaient à leur propre complémentaire santé. Or, de manière générale, les gens qui sont sur le marché du travail sont en meilleure santé. Vont donc rester sur les marchés des contrats individuels, outre les indépendants, des étudiants et des fonctionnaires, la proportion des « mauvais risques » va augmenter. De fait, les contrats vont donc coûter plus cher. On peut s'attendre soit à une augmentation du prix soit à une diminution du niveau de garanties à coût identique.

Que pensez-vous de la mesure de portabilité ?

C'est pareil, cette mesure existait déjà, elle a juste été prolongée. Elle est passée de six ou neuf mois à un an. Je pense que c'est une bonne chose parce que cela concerne les chômeurs de courte durée et que ça peut les aider à ne pas se retrouver sans complémentaire lorsqu'ils ont perdu leur emploi. En revanche, une fois de plus, ça ne concerne qu'une partie des chômeurs. La majorité des chômeurs le sont depuis plus d'un an et ne sont pas concernés. C'est typiquement un exemple de ce que je vous disais, une petite réforme. On prolonge d'un côté une mesure qui existait déjà. De l'autre, on généralise une complémentaire collective qui existe déjà.

Quel est votre regard sur les exonérations de charge, notamment dans le cadre des contrats responsables ou des contrats « Madelin » qui ont été mis en place à l'époque à la fois pour légitimer l'encadrement des pouvoirs publics et pour inciter les organismes complémentaires à développer ce type de contrats ? Est-ce efficace ? Est-ce un coût important au regard des résultats ?

Pour moi les contrats « Madelin » ont été mis en place pour favoriser l'accès à la complémentaire santé des indépendants, mais plutôt du point de vue des indépendants, pas des complémentaires. Ces contrats permettaient de réduire les impôts payés par les indépendants pour améliorer leur couverture santé.

Alors, est-ce que ça marche ? Je ne sais pas exactement. En tout cas, ce que je trouve intéressant c'est que ça incite les gens à souscrire à une complémentaire santé tout en leur laissant la liberté de choisir, ce qui n'est pas le cas d'un contrat collectif. C'est coûteux, mais comme il y a peu d'indépendants en France... c'est moins coûteux que les aides versées pour les contrats collectifs, qui ont été fortement décriées. Notamment, de mémoire, car cela coûtait plus cher que les aides versées pour les plus précaires. Moi, je pense que les aides publiques devraient plutôt être destinées aux plus précaires, par exemple pour augmenter les seuils de la CMU-C, de l'ACS. Ce qui n'est fait que très marginalement, pour prendre en considération l'augmentation du coût de la vie. Or, le seuil de la CMU-C est inférieur au seuil de pauvreté en France.

Pour ce qui est de l'exonération de charges sociales dont bénéficient les entreprises dans le cadre des contrats collectifs, on peut penser que c'est une bonne chose notamment pour les petites entreprises, car pour elles c'est un coût qu'on leur impose, donc ce serait compliqué si en plus elles devaient payer des charges sociales à côté. En revanche, ça bénéficie très majoritairement aux très grandes entreprises, qui auraient les moyens de payer les charges sociales. Mais on rentre sur le débat du coût du travail, donc c'est peut-être plus compliqué... Il y a peut-être beaucoup d'aides versées pour les contrats collectifs. Il faudrait rebasculer tout ça sur la CMU-C et l'ACS.

Est-ce que cette généralisation de la complémentaire santé obligatoire peut avoir un impact en termes d'emploi, notamment pour les petites entreprises ?

Je ne sais pas vraiment comment cela va se passer au niveau des branches. Y aura-t-il des aides pour les petites entreprises ?

Le contrat dit « modèle » coûte environ 40 euros, donc si vous avez une participation employeur de 50%, ça fait environ 20 euros par salarié et par mois. C'est donc de fait une augmentation du coût du travail, mais je ne pense pas qu'elle soit de nature à entraîner des licenciements... L'impact sera plutôt sur la réduction des marges des entreprises. Ce qui est sûr, c'est que ce n'est pas une aide aux entreprises.

JFC nous a parlé d'une estimation officieuse d'impact de cette mesure en terme de suppression d'emplois, de l'ordre de 150 000 à 200 000...

Je n'ai pas du tout connaissance de ces travaux. Ça me semble énorme. Peut-être que je sous-estime l'impact sur les entreprises.

Est-ce que vous pensez que le développement des contrats à minima, notamment dans les petites entreprises, va conduire à un essor de sur-complémentaires ?

Très clairement pour moi, ce qui est en train de se passer va conduire au développement des sur-complémentaires. Les organismes vont proposer un contrat basique dans le cadre de l'obligation et vont proposer des sur-complémentaires entièrement à la charge des salariés. Je pense en plus que ces contrats seront très juteux pour les organismes complémentaires.

Enfinement on en arrive à ce qui était décrit dans le rapport Chadelat, à savoir une assurance maladie obligatoire, une complémentaire obligatoire et la sur-complémentaire qui était considérée comme un luxe pour les soins non essentiels ou moins importants, mais de manière complètement dévoyée par rapport à l'accès aux soins...

Exactement. Et justement, la partie complémentaire obligatoire c'est ce qui pourrait être revu dans le cadre du panier de soins. C'est finalement une augmentation de l'assurance maladie obligatoire mais laissée à la charge des complémentaires. On veut absolument que les gens soient assurés à tel niveau de tel panier de soins, mais on ne le fait pas dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, et en plus on ne le fait que sur une partie de la population.

Globalement, en dehors des organismes de complémentaire santé, nous n'avons recueilli que des avis mitigés quant à cette réforme de la complémentaire santé obligatoire. Alors, comment cette mesure a-t-elle été adoptée ? Est-ce lié au pouvoir de lobbying des complémentaires ?

C'est pour ça que dès le départ j'ai replacé ça dans le contexte de la négociation sur la flexibilité du marché du travail. Il ne faut pas oublier que c'est de là que c'est parti. Ce n'est pas une réflexion sur notre système d'assurance maladie qui a débouché sur cette réforme. C'est uniquement une contrepartie pour les salariés de l'augmentation de la flexibilité du travail. Cette généralisation est partie des constats de plusieurs travaux, dont les nôtres, qui montraient que les salariés couverts par

des contrats collectifs bénéficiaient de bons niveaux de garanties. Les syndicats ont souhaité cette réforme, dont l'Etat s'est ensuite emparé dans l'objectif de l'amélioration de l'accès à une complémentaire santé pour tous les Français. L'ANI a par ailleurs largement été soutenu par les pouvoirs publics. Il était attendu dans l'objectif d'amélioration du marché du travail. En outre, dans le cadre de l'ANI les employeurs et les salariés, via les syndicats, discutent uniquement de leurs intérêts respectifs, pas de ceux de l'ensemble des Français...

Vers quel autre modèle étranger pensez-vous que se dirige le système français d'assurance maladie ?

Pour être honnête, j'ai l'impression qu'aujourd'hui on ne se dirige pas vers grand-chose... Les petites réformes ne donnent pas de direction globale. Je n'ai pas d'avis sur le devenir du système à long terme. Pour l'instant on est seulement dans le maintien de l'existant.

**Entretien avec CV
(IRES)**

Entretien mené le 5/05/2015

Quel peut être l'impact de la réforme (ANI 2013) sur le dialogue social ?

La réforme ne touche que les complémentaires santé, ce qui est une petite partie parce que bon vous savez la protection sociale, il y a ce qui relève de la Sécurité sociale, et puis il y a la protection sociale complémentaire et selon les champs, en fait, les niveaux de gouvernance ne sont pas les mêmes : les retraites, santé et famille. Les niveaux ne sont pas les mêmes et dans santé il y a des différences selon qu'on regarde si réellement maladie complémentaire santé et ce qui va être prévoyance/invalidité. Vous avez bien sûr pour ce qui concerne santé/retraite/famille, le premier étage Sécurité sociale, où là, en fait, maintenant, les partenaires sociaux, selon les termes consacrés, organisations patronales et syndicales jouent un rôle de plus en plus limité, notamment depuis la réforme Juppé. Mais on peut même remonter d'ailleurs à la loi Evin de 1991 qui avait retiré beaucoup du poids et de l'intervention syndicale dans la gouvernance pour les hôpitaux publics. La loi Evin avait retiré le champ de l'hôpital public de la gouvernance de l'assurance maladie. Bon après il y eut la loi Juppé et maintenant c'est le Parlement qui fixe l'ONDAM, la LFSS, ect. Tout ça, je pense que vous connaissez ! Donc on peut dire que sur le premier étage maintenant, le rôle des partenaires sociaux est limité.

Là où il reste assez fort, c'est sur ce qui va concerner l'étage complémentaire et éventuellement supplémentaire. Pour ce qui est de l'étage complémentaire, ce qu'on appelle le deuxième étage traditionnellement, vous avez des champs où ça va être géré de manière obligatoire au niveau national et interprofessionnel. Ça va être le cas par exemple des caisses de retraite complémentaire où les partenaires jouent un rôle très important. Ils vont gérer avec la limite qu'ils sont obligés de s'aligner sur les paramètres du premier étage en matière de retraite, décidés par le Parlement.

Je passe la famille. En matière de santé, c'est un peu plus compliqué parce que vous avez le premier étage mais vous n'avez pas l'équivalent en matière de retraite de quelque chose qui serait obligatoire et interprofessionnel, donc c'est renvoyé aux négociations de branche ou d'entreprise pour mettre en place des complémentaires santé ou aux individus.

Avec les incitations du début des années 2000 des contrats responsables, les exonérations pour les entreprises ?

Ah non ! A ce moment là ce n'est pas pour les entreprises mais pour les contrats collectifs. Toutes les incitations fiscales et sociales sont pour les contrats collectifs. Alors si vous voulez, les complémentaires santé ont une place relativement limitée jusqu'aux années 1980/1990, où avec la maîtrise des dépenses de santé, la Sécurité sociale a commencé de se retirer pour un certain nombre de dépenses, et le RAC pour les patients a augmenté et de ce fait, ça a laissé une place plus importante pour les complémentaires santé. Mais en même temps que la SS se retirait, les pouvoirs publics, et les gouvernements successifs, ont gardé une continuité en matière de financement de l'assurance santé. Les pouvoirs publics ont surtout cherché à favoriser les contrats collectifs plutôt que les contrats individuels, d'où toute une série d'incitations fiscales et sociales à conclure des contrats collectifs, chose intéressante à la fois pour les employeurs et pour les salariés. Pour les salariés, notamment parce que l'employeur prend en charge une partie de la cotisation complémentaire santé. C'est pareil en matière de prévoyance et d'invalidité, quoique c'est peut-être

un peu plus compliqué.

Bon, un développement de plus en plus croissant des complémentaires mais qui reste tout de même limité. Donc vous avez un certain nombre de branches qui ont mis en place des complémentaires santé. Quelques fois des entreprises, soit en complément de la branche, soit de leur propre initiative. Mais vous avez quand même dans un bon nombre de secteurs, des entreprises qui n'étaient pas couvertes par des complémentaires et aussi des salariés qui eux-mêmes ne se couvriraient pas à titre individuel.

La CFDT était le syndicat qui portait depuis assez longtemps la généralisation de la complémentaire santé. Quand je dis que les autres organisations syndicales étaient un peu plus réticentes, je pense que du côté de CGT/FO, il y avait quand même l'idée que les complémentaires sont là pour pallier le retrait de la Sécurité sociale et que donc la généraliser, c'est entériner le retrait de la Sécurité sociale et qu'il faudrait au contraire se battre pour maintenir une prise en charge pas la Sécurité sociale. Donc c'est pour ça que je vous disais que la CGT et FO avaient une position un peu plus ambiguë quand a été négocié l'ANI de 2013 qui ne portait pas uniquement sur la généralisation mais plus sur la sécurisation des parcours professionnels et la sécurisation des procédures par les employeurs. Et une des contreparties que demandait la CFDT pour signer c'était la généralisation des complémentaires santé, ce que le MEDEF a accordé même si après il a pu éventuellement le regretter sur certains aspects, ou du moins une partie du MEDEF, parce-que là-dessus le patronat n'a pas une position univoque. Ça dépend quel secteur du patronat vous prenez.

Cette généralisation pose beaucoup de questions. D'abord la question du retrait de la Sécurité sociale. Ça pose aussi la question des inégalités puisque selon le secteur qui va être négocié, notamment les catégories de personnels, il peut y avoir un certain nombre d'inégalités dans la couverture pour les salariés. Ça pose aussi des questions plus récentes comme savoir si la complémentaire est maintenue lorsque que l'on part en retraite ? Et il y a eu aussi la question des conjoints et des enfants, qui est maintenant en passe d'être résolue.

La particularité des contrats collectifs, c'est qu'ils sont obligatoires pour les salariés. Parce que justement pour être exonéré, il faut qu'il soit obligatoire et au-delà de l'obligation, enfin de la possibilité de bénéficier d'allègements fiscaux ou sociaux, il y a surtout le fait que pour que ça soit rentable pour l'assureur, il faut qu'ils aient un minimum de couverture et donc d'obliger les salariés à adhérer, ça garantit pour les entreprises un minimum de couverture. Donc une obligation d'adhérer, même si par ailleurs on est couvert par son conjoint, ça posait un certain nombre de questions. Bon maintenant cette ambiguïté a été levée avec une réforme de l'année dernière qui fait que maintenant le conjoint du salarié n'est pas obligatoirement couvert, il peut garder la complémentaire de son conjoint s'il prouve qu'il en a une. Cette réforme a résolu ce problème qui était un peu la quadrature du cercle car des individus pouvaient être assurés deux fois des deux côtés. Cela pose quand même des problèmes de maintien de la couverture dans une période où il y a une mobilité de la main-d'œuvre. Ça pose des questions en termes de gestion du marché du travail.

Parce-que tous ces dispositifs de complémentaire, on peut aussi les voir comme des éléments de GRH. Pour une entreprise, ça fait partie de sa GRH puisque l'heure n'est pas tellement aux augmentations générales des salaires donc les entreprises proposent plutôt d'autres avantages pour fidéliser leurs main-d'œuvre et la mobiliser ou l'attirer, donc la complémentaire santé est un élément important de GRH des entreprises.

Et puis ça pose aussi des questions en termes de marché et la question de quelles institutions vont intervenir sur les marchés. Il y a trois types d'intervenants. La FFSA est adhérente du Medef. La FNMF siège à la CNAM, au conseil de la CNAM. C'est un lobby important. Les IP s'appellent maintenant groupes de protection sociale (GPS). Ils sont gérés paritairement par les organisations patronales et organisations syndicales, comme l'AGIRC et l'ARRCO. Les IP ont les 3/4 du marché sur les contrats collectifs.

Est-ce que privilégier les contrats collectifs ne va pas renforcer la position des IP ?

Justement, il y a eu des pressions de la part de la FFSA, avec recours devant le CE, pour essayer de limiter les exonérations fiscales et sociales en disant que c'était une rupture de concurrence. Ils sont arrivés à les limiter mais pas totalement, pour essayer de rendre moins attractifs les contrats collectifs.

Et puis les mutuelles, qui ont une grosse part de marché sur les contrats individuels, n'étaient pas du tout contentes de cette réforme.

A priori ça favorise les GPS. Alors cela dit, c'est un secteur qui est en pleine évolution parce que les GPS ne sont plus tout à fait la même chose que les IP, parce qu'il y a beaucoup de regroupements dans le secteur. La tendance c'est qu'il y a des regroupements d'IP et de mutuelles. Après les GPS peuvent faire des filiales communes avec les SA. Par exemple, le GPS très connu Malakoff Médéric. Malakoff était historiquement l'IP de l'aéronautique donc complètement paritaire ; Médéric, c'était plutôt des regroupements de mutuelles. Le regroupement se fait avec comme dirigeants du GPS des représentants des deux branches mais donc la direction de Malakoff Médéric n'est plus paritaire. Donc la plupart des GPS ne sont plus paritaires.

A la fois sur le papier, la généralisation des complémentaires aurait dû privilégier les IP, mais dans les faits, comme ce sont des grands groupes de protection sociale, ce n'est plus sûr que ça les privilégie en tant que tel. C'est plus dur de dire qui a quelle part de marché. Il y a une dilution du contrôle par les organisations syndicales notamment. D'ailleurs il y en a beaucoup qui se posent des questions sur l'évolution du secteur.

Au départ, les IP se sont surtout créées, comme leur nom l'indique, sur la prévoyance, et très peu sur la santé. Elles ont moins de parts de marché directes sur le secteur de la santé. Mais au niveau des branches, la mise en place de la complémentaire se fait par la négociation collective. Et qui négocie ? Ce sont les partenaires sociaux, organisations patronales et syndicales. C'est vrai qu'ils peuvent avoir tendance à choisir pour gérer leur complémentaire des groupes qui vont être proches de leur secteur et de leur organisation. Mais il y a des limites, dans une négociation collective de branche on ne peut pas désigner un seul organisme assureur.

Si la complémentaire est mise en place par la négociation collective au niveau de l'entreprise, à ce moment-là, c'est le CE qui va décider conjointement avec l'employeur. Souvent les élus CE sont syndiqués et ils vont chercher des assureurs qui sont proches d'eux.

Je pense que la réforme ne va pas forcément favoriser les IP. Car l'accord ne force pas la branche à aboutir à un accord, même s'il oblige à négocier. Et il y a beaucoup de branches qui avaient des accords. La période de négociation des branches est terminée. La plupart des branches ont réaménagé leur accord de complémentaire pour l'adapter aux nouvelles règles mais il y a très peu de branches qui n'avaient pas d'accord avant l'ANI qui ont abouti sur un accord de complémentaire. Donc maintenant c'est renvoyé aux entreprises. Dans ce cas les IP et GPS sont beaucoup moins présents. Ça rebat les cartes et ça met sur un pied d'égalité les SA, les mutuelles et les IP.

Et il y aura ensuite une pression de l'entreprise au niveau du coût vis-à-vis de l'assurance qui est déjà là au final depuis longtemps en faisant jouer la concurrence ?

Ça va surtout concerner les entreprises qui n'en avaient pas. Car ce qu'il faut voir, c'est que toutes les entreprises n'en ont pas. Par exemple, dans la métallurgie, il n'y pas d'accord de branche alors que c'est quand même un secteur important. Dans les petites entreprises de métallurgie, il n'y avait souvent rien, alors que dans les grandes, il y avait un accord de complémentaire santé mis en place par la direction d'entreprise.

1 salarié sur 3 n'était pas couvert par une prévoyance en 2013. 400 000 salariés, ce n'est pas beaucoup, n'ont pas de complémentaire santé. La généralisation concerne quand même peu de monde.

Par contre 25% des salariés n'avaient pas de couverture collective en 2013. Maintenant avec la loi, ce sont 25% qui vont être couverts par un contrat collectif car il y a obligation de prise en charge par une couverture collective. Ces salariés là, ils vont a priori abandonner leur couverture individuelle.

Aussi, l'accord porte sur la portabilité du contrat de complémentaire santé quand on est chômeur ou licencié. On continue d'être couvert pendant quelques mois. Les branches ont réaménagé avant 2015 leur accord sur ce point-là.

Le coût pour les entreprises, on en n'a pas parlé, qu'est-ce que ça va changer sur les coûts ?

C'est un coût en plus pour les entreprises mais je pense qu'il est très largement compensé par le fait que ça vous évite d'augmenter les salaires. Ça coûte beaucoup plus cher, c'est pour ça qu'il y avait énormément de branches qui avaient mis en place des contrats de complémentaire collectifs.

Un des enjeux de l'ANI de 2013, c'était justement de favoriser l'acquisition d'une complémentaire pour les travailleurs précaires, CDD ou temps partiels ; est-ce que l'ANI de 2013 va favoriser cette acquisition, cette couverture des salariés les plus précaires ?

Je pense, parce que parmi les 25% de salariés sans couverture collective et les 400 000 sans rien du tout, il y en a beaucoup qui sont à temps partiel et précaires. Donc c'est vrai que cette généralisation va permettre de mieux les couvrir, de les prendre en charge.

Pour les temps partiels, ça dépend si vous êtes CDI ou CDD. En CDD jusqu'à maintenant, vous n'étiez pas nécessairement couverts par la complémentaire santé de l'entreprise qui couvrait les salariés avec un CDI. Par contre pour les CDI à temps partiel c'est différent. Si vous êtes salarié CDD à temps partiel, vous cumulez les handicaps. Mais les temps partiels CDI, ils étaient couverts. Donc la généralisation va plutôt concerner les CDD qui là maintenant sont pris en charge. En plus, je vous dis, il y a une portabilité et c'est intéressant car on peut continuer d'être couvert le temps de retrouver un emploi. C'est un avantage de l'accord.

Pour résumer vos propos, donc ces personnes en CDD ou temps partiel devaient, pour être couvertes, souscrire un contrat individuel, mais ne le faisaient pas pour des raisons économiques.

Oui, exactement.

Est-ce qu'on observe un mouvement de fusion de certaines SA, de mutuelles et d'IP, ou de GPS, ou il y a vraiment une frontière entre GPS/mutuelles d'un côté et SA de l'autre ? Est-ce qu'on peut envisager la création d'un groupe avec ces 3 entités ?

Alors tout est envisageable, mais pour l'instant, les GPS ne peuvent que regrouper des mutuelles et des IP. Mais les textes sont assez en évolution. Le statut des GPS est beaucoup lié aux normes européennes, et tout ce qui va concerner les normes fiduciaires et fiscales européennes. Donc c'est en évolution. Mais pour l'instant les GPS ne peuvent résulter que de la fusion de mutuelles et des IP. Et ces GPS sont distincts des sociétés d'assurance.

Mais il y a des entreprises qui ont un statut de mutuelle mais qui n'ont plus de mutuelle que le nom, le statut, au sens que ce sont les adhérents qui vont élire réellement les représentants qui dirigent la mutuelle. Il y a vraiment un lien maintenant qui est perdu. Ça fonctionne comme des entreprises. Donc maintenant les mutuelles peuvent rentrer dans des GPS mais elles ne le font pas nécessairement car elles ont plutôt souvent un comportement d'assurance privée. Mais ce qu'on voit se développer c'est la création de filiales communes parce que ça c'est possible avec une SA. Je sais que le groupe Malakoff Médéric en a une avec le groupe Axa. Il crée une filiale commune pas pour procurer directement des complémentaires santé mais pour offrir des protections supplémentaires, particulières, etc.

Une fois que la barrière légale sera levée à la possibilité de fusionner avec des SA, je pense qu'il y a de grandes chances qu'ils fusionnent. C'est un secteur en forte évolution. Ce qui freine encore c'est l'attachement que peuvent avoir les OS et certaines fédérations patronales et les fédérations d'industrie à garder la main et la gouvernance propre sur les IP.

Comment sont nommé les dirigeants des mutuelles ?

Dans les mutuelles de la fonction publique, les dirigeants sont encore proches du mouvement syndical plus ou moins, ou du moins du réseau associatif. Pour les autres, ils sont nommés comme n'importe quel dirigeant d'entreprise si vous voulez. Dans le secteur privé, il n'y a plus aucun lien.

Vous prenez Malakoff Médéric, c'est dirigé par Guillaume Sarkozy qui lui même est de la Fédération patronale du textile. Donc les dirigeants finalement ne sont pas tellement éloignés des partenaires sociaux, des organisations patronales plutôt. Mais je ne suis pas une spécialiste des dirigeants des GPS. En tout cas, ça n'a plus rien à voir avec les assurés.

Juste une dernière question, y a-t-il un décalage important entre l'ANI et les conditions de la CFDT pour la complémentaire obligatoire et la nouvelle loi ? Est-ce que la CFDT a dû renoncer à certaines garanties ?

En fait le premier texte de loi a repris l'ANI. L'ANI n'était pas très explicite notamment sur le contenu minimal des garanties de contrats collectifs de complémentaire santé. Car ces contrats sont relativement bas et pas très loin du panier de soins de la CMU. Ce n'est pas quelque chose qui sera

très très protecteur pour les salariés couverts par cette complémentaire

Il y a eu surtout des censures du CE. Les SA ont essayé d'effacer les avantages sociaux et fiscaux lâchés aux contrats collectifs. Il y a eu des recours, CE et CC, ça dépendait des textes, des SA pour réduire les avantages sur les contrats collectifs.

C'est quelque chose que les syndicats ne voulaient pas. C'est quelque chose qui leur a été défavorable à la fois sur les paniers de soins et sur les avantages fiscaux et sociaux liés aux contrats collectifs.

Pour le reste, c'est ce qu'il y avait dans l'ANI.

Et la généralisation a été l'occasion pour la FFSA de peser plus sur la suppression de la clause de désignation.

Pourquoi la FFSA voulait la suppression de cette clause ?

Car les branches auraient choisi des assureurs qui sont le plus proches d'eux, un GPS notamment. Après, je ne suis pas une spécialiste du secteur. Je travaille beaucoup sur la négociation collective mais pas spécialement sur la complémentaire santé.

Il y a toujours la suspicion d'une proximité liée à des avantages financiers des organisations syndicales et patronales sur les complémentaires santé.

Il faudrait ajouter que les frais de gestion des complémentaires santé et des mutuelles sont élevés. Les coûts de gestion des IP sont supérieurs à ceux des mutuelles qui sont supérieurs à ceux de la Sécurité sociale. Quand vous regardez les frais de gestion des différents types d'organismes, c'est quand même la Sécurité sociale qui coûte le moins cher. Et les frais de gestion ils vont bien quelque part. La Sécu fait moins de 10%, même 5/7%, je ne sais plus exactement. Il y a toujours cette suspicion. Il y a cet enjeu là !

**Entretien avec BL
(opticien)**

Entretien mené le 6/05/2015

Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

Oui, je suis BL, je suis opticien depuis une dizaine d'années. J'exerce dans le même magasin depuis, je bosse aussi avec mon père. Donc on est une entreprise familiale, on est à cinq salariés à travailler sur 2 magasins. Nous sommes opticiens indépendants.

Quand vous dites opticiens indépendants, qu'est que cela implique ?

Nous travaillons sans enseigne, faisant partie d'une centrale d'achat quand même mais on n'a pas les contraintes que peuvent avoir les personnes sous enseigne de type Optic 2000, Afflelou. On est vraiment libre de notre politique commerciale de manière indépendante.

Qu'est qu'une centrale d'achat ?

Entité qui gère des achats pour un ensemble de personnes de façon à avoir des prix pour les personnes qui y adhèrent. Elle est constituée d'environ 1200 opticiens. Cela ne veut pas dire que 1200 opticiens achèteront là-bas mais il y a un potentiel de 1200 opticiens.

Que pensez-vous de la mise en place de la complémentaire santé ?

Je ne suis pas un fan, je ne suis pas emballé pour plusieurs raisons :

-La première, quand on parle avec des salariés, ils ne sont pas tous eux-mêmes emballés. Il y en a qui en ont, d'autres qui n'en veulent pas, ils ne veulent pas avoir de perte de salaire car il y aura une participation salariale. Donc on n'a même pas demandé aux principaux intéressés de savoir ce qu'il en était. Je n'ai pas une vision nationale mais sur mon magasin, la majorité des gens ne sont pas intéressés par cette complémentaire. Parce qu'ils sont avec les parents, les conjoints, parce qu'ils n'en veulent pas tout simplement. Parce qu'il n'ont pas besoin, ils sont jeunes.

-La deuxième chose c'est parce que c'est un cadeau qui a été fait aux puissants comme on dit. Il y a un cadeau qui a été fait par notre gouvernement aux mutuelles et organismes de complémentaires sans contrepartie ou avec une contrepartie minime. Les prix en termes d'optique n'évoluent pas vers le haut et pourtant les cotisations continuent à augmenter. Alors qu'on était soit-disant ceux qui plombaient les résultats des mutuelles.

Je suis contre aussi car il s'agit d'une décision politique. Et aller dire qu'il s'agit d'une mutuelle pour tous, je ne suis pas d'accord puisqu'elle ne concerne que les salariés. Je n'appelle pas ça une mutuelle pour tous sachant que les personnes actives représentent je ne sais pas, la moitié de la population française. On est loin de cette mutuelle pour tous. Demandons à chacun, s'ils veulent la prendre qu'ils la prennent, elle est à disposition pour tous avec un coût.

L'un des arguments du gouvernement était l'accès aux soins pour tous.

Oui, quand le gouvernement dit ça je souris parce qu'on sait les secteurs qui sont visés. Vous savez

mieux que moi que la plupart des soins à partir du moment où vous êtes hospitalisés sont pris en charge par la Sécurité sociale. Les mutuelles interviennent finalement très peu dans le cadre de l'hôpital. C'est encore les opticiens qui sont visés. En lunettes vous avez dans les magasins des équipements premier prix à 30 euros verres et monture ce qui est moins cher qu'un mois d'abonnement de téléphone. Je pense que les soins sont accessibles mais les gens veulent avoir autre chose qui est peut-être plus cher, mais l'accessibilité aux soins existe, on n'a pas besoin de mutuelle pour cela.

Donc vous n'êtes pas dans un réseaux de soins.

Vous l'avez évidemment compris

Avez-vous été démarché par des réseaux de soins ?

Non les réseaux de soins ne démarchent pas en optique. Ils sont sollicités par les opticiens. Ils lancent un appel d'offres et la moitié des opticiens de France répondent. Les opticiens ne sont pas demandeurs mais face à une concurrence qui est très compliquée, la possibilité de créer du volume intéresse. On a le parc d'opticiens le plus élevé en Europe. La région parisienne est plus que disproportionnée, on est à environ 10% des opticiens de France. Tout est bon pour faire du volume. Il n'y a pas une demande d'intégrer un réseau fermé, ce n'est pas une grande joie pour un opticien de se voir imposer ses prix mais cela lui permet de créer du volume

Avez-vous un concurrent dans les alentours de votre magasin faisant parti d'un réseau ? Et avez-vous ressenti la perte de clientèle ? Car un des argument des réseaux de soins est le gain de clientèle pour les professionnels.

Des réseaux il y en a, par exemple Optic 2000, ils sont avec Santéclair ou Itelis je crois. De toute façon quand on fait partie d'un réseau, on en fait partie de plusieurs.

La perte de clientèle n'est pas vraiment évaluable mais bien sûr qu'il y a un fractionnement de la clientèle. Il y en a qui rentrent et qui demandent si on fait partie d'un réseau, il y en a qui partent tout de suite. On explique à d'autres qu'ils peuvent être remboursés quand même dans le cadre du tiers payant. Mais toutes les personnes du réseau ne vont pas forcément ailleurs Je pense que les pouvoirs publics devraient intervenir quand même à ce niveau-là, il y a un détournement flagrant de clientèle de la part du réseau. Quand j'appelle mes propres clients au sein de mon propre magasin, on leur dit « *allez ailleurs madame, c'est moins cher ailleurs* ». Je trouve que c'est extrêmement inapproprié et en plus de ça, le « c'est moins cher » ne veut rien dire. Le reste à charge 0 ne veut rien dire, tout dépend du produit. Je peux avoir un reste à charge 0 si le client veut dépenser 40 euros. La question à se poser est de savoir quelle santé on a avec 0 de reste à charge. On en a une même si elle n'est pas forcément la meilleure. Je pense que la problématique est mal posée.

Vous verrez si c'est la réalité, dans un réseau de soins qui vous demande des baisses de prix de 30 à 40%, les marges les plus importantes sont sur des produits d'entrée de gamme. Les produits haut de gamme ne sont pas valorisés et donc tout ce qui est haut de gamme ne va pas être vendu par la personne du réseau car il ne va pas gagner d'argent dessus.

Donc les clients se retrouvent souvent avec des restes à charge 0 mais avec un produit d'entrée de gamme donc forcément mauvais. Cela ne veut pas dire que l'entrée de gamme est mauvaise mais les gens achètent pour un reste à charge 0 mais ne savent plus le produit qu'ils achètent et ne

peuvent plus réellement choisir ce qui leur plaît puisque le conseil des professionnels de santé est biaisé par les marges restantes.

Et pourtant je ne parle pas de mauvais opticiens mais à un moment on doit vivre. J'ai un loyer, des charges sociales, des stocks, électricité, téléphones, taxes diverses. Tout cela rentre dans le coût des lunettes et je ne peux pas me permettre des baisses de tarifs de 30 à 40%.

Enfin pour vous, le fait d'être de ne pas être dans un réseau n'est pas une condition de survie, puisque vous arrivez à tenir malgré l'existence des réseaux de soins.

Oui mais c'est compliqué. Il faut être lucide, on a perdu des clients. C'est difficile, les réseaux détournent la clientèle de façon éhontée. Je suis tout de même content de ne pas faire partie d'un réseau car les clients sont les miens et pas ceux du réseau. Moi j'ai créé une clientèle basée sur la fidélité. Demain si un réseau n'existe plus, la clientèle s'en va.

Vous êtes chef d'entreprise, comment s'est passée la mise en place de la complémentaire pour vos salariés ? En aviez-vous déjà une ?

Non.

Comment cela se passe au niveau des démarches ?

Il va falloir que je commence à solliciter des mutuelles, voir le coût que cela représente, les soumettre à mes salariés, voir ce qu'il en ressort

C'est encore une charge à notre charge, qui bénéficie à des personnes qui ont largement de la trésorerie leur permettant de vivre d'ores et déjà. Les salariés doivent comprendre que la mutuelle à un coût, j'y participerai car c'est la loi mais je ne participe pas au financement de la complémentaire santé par gaieté de cœur.

La mise en place de la complémentaire santé dans les entreprises a été un argument pour éviter d'augmenter des salaires. Réalisez-vous des augmentations salariales?

Non, et je ne compte pas en réaliser d'autant plus avec cette nouvelle obligation. Et je vais même vous dire plus : lorsqu'un salarié me quitte, j'en engage un moins cher. Un salarié d'optique engagé il y a 5 ans coûte plus cher que le marché. La majorité des mutuelles souffrent. Trop de charges, les mutuelles qui tirent les prix vers le bas.

Le travail a bien été fait par le gouvernement pour paupériser la population des opticiens.

Vous faites parti de la Fédération nationale des opticiens de France ?

Oui c'est un syndicat

Etes-vous guidé dans ce syndicat dans le cadre de la mise en place de la complémentaire ?

Oui on peut, à partir du moment où on a besoin de conseils. Ce n'est pas une fédération qui oriente, chacun est libre de faire ce qu'il veut. Si je veux, je peux rentrer dans une mutuelle ou réseau de soins bien qu'elle ne défende pas les réseaux de soins. Elle est là pour nous accompagner en cas de besoins.

La date limite pour souscrire la complémentaire d'entreprise est 2016, quand allez-vous vous décider du choix d'une complémentaire ?

Il faudrait que fin octobre j' ai bouclé le dossier pour que je sois opérationnel début janvier.

Est-ce vous qui avez démarché des mutuelles ?

Oui, c'est moi mais il y a des mutuelles qui nous démarchent.

Que préférez-vous entre les mutuelles et les sociétés d'assurance ?

Là-dessus, je préfère uniquement un organisme qui n'est pas lié à un réseau. Donc mon choix se fera uniquement sur ce critère-là. Sachant que la mutuelle que je souhaite privilégier est probablement la Médecine libre puisque c'est une mutuelle qui a pris la courageuse décision de ne pas dépenser 20 à 25% de ses frais entre la communication et les frais de gestion. Donc les frais de gestion sont réduits. Elle a été créée par des médecins. Il faut que je voie ce qu'ils sont capables de me proposer. Si ce n'est pas eux, ce sera forcément un prestataire qui ne fait pas partie d'un réseau. Je ne vais pas donner de l'argent à des personnes que je combats.

Posez-vous la question de savoir pourquoi est-ce que ces mutuelles (Groupama...) créent des réseaux de soins au lieu d'ouvrir des magasins d'optique. Cette dernière alternative serait plus facile pour elles car elles imposeraient encore plus facilement leur volonté. Eh bien la raison est que ce n'est pas rentable. Donc ils sont intelligents, ils préfèrent nous faire porter cette non-rentabilité. Après tout, pourquoi investir dans quelque chose qui n'est pas rentable. Ils préfèrent faire porter aux opticiens la non rentabilité et c'est eux les grands gagnants.

Entretien avec GB
(Courtier Assurance chez Generali)

Entretien mené le 7/08/2015

Quelle est votre stratégie commerciale pour répondre aux exigences de la généralisation de la complémentaire santé ?

Commercialement le produit est adapté à toutes les conventions. Garanties pour répondre à certaines conventions. Certaines entreprises ont des conventions collectives, d'autres n'en ont pas. En termes de tarification on se positionne dans le top 3 par rapport à notre première formule de garantie. Après quand on parle d'ANI on ne parle pas forcément que de prix, on parle aussi de couverture santé. Certaines conventions exigent des niveaux de garanties minimales et donc du coup on est obligé de se baser sur ces garanties-là et autrement d'autres entreprises, d'autres branches d'activité n'ont pas de convention et là c'est au choix de l'employeur.

Au choix, mais dans le cadre du respect des dispositions d'ordre public fixées par rapport aux contrats responsables, paniers de soins ?

Tous nos contrats sont responsables, quelque soit la formule.

Est-ce que vous pouvez nous donner quelques détails sur la fiscalité des contrats responsables ? Modification par rapport à ce qu'il y avait avant l'ANI ?

À ma connaissance non. La seule chose c'est que notre niveau de responsabilité pour que le contrat soit responsable l'est depuis le 1^{er} avril. Tous nos contrats sont responsables. Harmonisation pour les contrats avant et les contrats après.

Là on a eu la branche garage par exemple, obligation de s'équiper au 1^{er} mars. Produit ANI spécialisé parce que leur convention imposait un niveau de garanties. Pas d'autre choix que de leur proposer ces garanties-là.

Et pour la négociation vous êtes amené à reprendre ce qui est dans l'accord ?

On reprend la convention et on a une formule minimum, et on sait qu'elle répond déjà à la démarche. Au choix de l'employeur de prendre ou non l'offre qui est proposée.

A quoi correspond le coût global sur une année pour un salarié ?

Pour le salarié, variable en fonction de son choix. Soit seul, soit en couple, enfant. Pour employeur – de 13 € par mois.

Certaines TPE ne sont pas au courant de l'ANI, d'autres ne veulent pas le mettre en place, ils risquent un contrôle URSSAF ?

Oui ils risquent un contrôle URSSAF mais du mal à croire que l'URSSAF va contrôler toutes les entreprises, à part sur dénonciation d'un salarié.

La mesure est quelque chose de bien pour Generali, car positionnement fort au niveau commercial et au niveau prix.

Vous avez le réseau pour démarcher l'ensemble des entreprises sur le territoire ?

Pour le 1^{er} janvier 2016, on sectorise. Certaines entreprises ont déjà une convention donc il faut s'adapter à la convention. Et il y a d'autres entreprises qui n'en ont pas. Pour celles-là, c'est au choix, elles font ce qu'elles veulent. Pour nous, quelle que soit la formule choisie il n'y a pas de problèmes. En termes de publicité Generali n'a pas l'habitude de communiquer plus que cela.

Vous avez un portefeuille diversifié au niveau des acteurs économiques?

On est spécialisé dans le pro. Après on fait aussi du particulier.

Comment gérez-vous le contrat d'accès aux soins ?

En cours. Tous les médecins ont un intérêt à adhérer au CAS. Le remboursement de soins, c'est 20 % de moins. Les professions de soins ne sont pas fans mais là-dessus elles ne vont pas avoir le choix.

Que pensez-vous des monopoles préexistants sur le marché des complémentaires ?

C'est amené à bouger. Possibilité que l'Autorité de la concurrence intervienne. Cela va grandement changer par rapport au fait que l'ANI va être mis en place.

Est-ce que Generali envisagerait éventuellement de faire un recours en manquement devant l'Autorité de la concurrence ?

Non je ne pense pas. Pas sûr qu'il soit pris en compte. Generali a fait le nécessaire pour se positionner. Après c'est à nous, agents, courtiers de faire le job. On fait beaucoup sur le portefeuille existant. On est spécialisé dans le pro. Ils nous connaissent.

Comment faites-vous pour augmenter le portefeuille au niveau des professionnels ?

Courriers en précisant la première formule et de combien elle est. Faire un peu de relance téléphonique. Cela dépend des branches, beaucoup sont déjà équipées. Après c'est du relationnel.

Avez-vous une idée du nombre de branches qui étaient déjà équipées ?

Non pas du tout. Après, toute la partie du bâtiment c'est ProBTP. Très avantageux même si moins qu'auparavant. N'empêche pas d'aller les voir, de faire un appel d'offres. Leur montrer les avantages pour eux pour comparer, quels sont les gains que cela peut leur apporter.

Aujourd'hui avec la clause de désignation qui est tombée, cela ouvre le marché ?

Complètement, ouvre le débat pour toutes les entreprises. Par exemple pour ProBTP ancré. Demande du temps pour que le marché change.

Les lignes ne vont pas beaucoup évoluer ?

Si elles vont finir par bouger, peut-être au 1^{er} janvier 2017 ou 2018, peut-être parce qu'un ravaleur avec 20 ou 30 gars a toujours fait du ProBTP et un collègue lui dit je suis chez Generali et je suis bien couvert. Va vivement évoluer dans les prochaines années.

On nous a parlé de contrat de faible qualité pour les petites entreprises par rapport aux grosses entreprises, comment voyez-vous cette différence de couverture ?

C'est faux, car c'est au choix de l'employeur. Les petites entreprises soit ont une convention, soit un accord dans la convention qui dit « vous faites partie de cette convention, quand le contrat sera en place, le niveau de garanties ce sera ce minimum-là ». C'est au choix de l'employeur aussi en fonction de ses possibilités. Beaucoup de branches se sont équipées de ce minimum conventionnel. Après, l'employeur en fonction de ses bénéfices, de ses résultats ne va pas prendre la meilleure formule. Le salarié a la possibilité de prendre des garanties à sa charge, ce qui sera bien plus avantageux qu'un contrat à titre personnel, d'une part au niveau prix et d'autre part au niveau des garanties. En tout cas, au niveau de Generali c'est comme cela que c'est perçu. Tout le monde a à s'y retrouver.

Avez-vous des retours sur le démarchage, arrivez-vous à vendre des sur-complémentaires ?

Forcément, les employeurs prennent la part isolée, les 50 % du minimum de leurs salariés. Dans les entreprises il n'y a pas que des célibataires, il existe des cas d'exclusion (quand le mari a un contrat collectif dans le cadre de son entreprise par exemple).

Le but n'est pas d'exclure. On ne savait pas comment cela allait se passer. Il faut que ce soit avantageux pour le salarié sinon ça ne passera pas. On intervient en complément du patron, on lui apporte la chose en lui disant que c'est avantageux et ça l'est.

Au cours de certains entretiens on nous a expliqué qu'il était difficile de faire de la marge sur les contrats ANI ? Est-ce que vous confirmez ?

Je confirme.

Concernant une entreprise avec 10 000 euros de cotisations confondues pour la santé, si nous on est amené à rembourser pour 20 000 euros de soins, vous comprenez bien que forcément il y a des majorations qui sont appliquées.

La marge au départ avec les tarifs proposés est très faible voire nulle. Objectif = avoir un maximum de clients pour compenser ceux qui dépensent plus que d'autres. Plus on en a mieux c'est, et plus on peut proposer un tarif intéressant.

Est-ce que les syndicats rentrent en jeu dans les négociations ?

Non. Soit ils sont rentrés en jeu avant et on s'adapte, soit ils ont fait un avenant à la convention et ont demandé des garanties. C'est pour cela que l'on se réfère toujours à leurs conventions. Les syndicats, très peu, après dans les grandes entreprises, oui, mais très peu.

Faute de marges, c'est sur la sur-complémentaire que vous allez pouvoir dégager des marges de manœuvre ?

Oui, complètement. Après il ne faut pas voir que ce contrat-là. Nous qui sommes sur une logique professionnelle, logique différente que mutuelle et IP.

Si société de 100 salariés, assurés sur la santé, mais possibilité de récupérer d'autres contrats d'assurance. Moyens pour chaque salarié qui a un contrat santé à titre particulier de lui proposer un contrat auto, immobilier... Cela va apporter d'autres choses en plus que ce que l'on a déjà. Apporte un relationnel, un portefeuille.

Toutes les entreprises n'ont pas le choix, donc on le met en place. On est intermédiaire ensuite. Aujourd'hui on propose quelque chose de cohérent et de bien placé.

Est-ce que vous avez l'impression d'être des financeurs à l'aveugle pour l'assurance santé ? Que les complémentaires payent à l'aveugle par rapport aux actes prescrits et qu'il n'y a pas d'informations qui remontent par l'AMO ? Comment faire évoluer les choses ?

Oui. On ne peut pas chiffrer à l'avance le coût d'un salarié en frais. Certains vont voir des spécialistes, d'autres vont tous les 15 jours chez leur médecin.

On a déjà des études de faites, on sait que telle entreprise dans tel secteur peut avoir plus de problèmes. Ensuite on s'adapte. Moi je ne suis pas dans ce genre-là d'études, je suis commercial et j'apporte un produit avec les prix et les garanties qu'on me propose.

Le commercial c'est ça, le produit on le connaît et on le propose avec ce que l'on a. Essayer de faire les choses le mieux possible.

Vous avez une liberté dans la diversité de vos produits ? Les produits de l'assurance santé vous les structurez en fonction de la concurrence ?

Je n'ai pas le choix.

Comment Generali se différencie de ses concurrents ?

Juste sur le prix et les garanties.

Après il y a un contrat qui respecte les mêmes garanties et on peut diversifier sur des soins supplémentaires (ostéopathies). Mais surtout le prix.

Est-ce que vous faites de la prévention ?

Pas sur ces contrats-là. Sur les contrats multi-risques professionnels oui. On accompagne le patron sur les modalités pour pérenniser l'entreprise et limiter une fréquence sinistre trop importante. On essaie d'accompagner les professionnels.

Est-ce qu'ils sont anxieux ? Comment ressentez-vous les choses sur le terrain ?

Clairement, c'est un coût en plus. Mais ils n'ont pas le choix. Moi je suis là pour accompagner dans la mise en place de cette disposition-là.

Il y a beaucoup d'arrangements entre les experts comptables qui sont déjà ancrés avec les

assureurs.

Maintenant avec le nombre d'entreprises qu'il y a tout le monde aura sa part.

Entretien avec FJ

(Chef de produit santé prévoyance au sein du service marketing de Groupama Bretagne)

Entretien mené le 7/05/2015

Note : Groupama Bretagne gère les 4 départements bretons, et le 44 et 49. Ils ont un vaste réseau de distribution en matière d'assurance santé. Ils proposent aussi bien des contrats individuels à des particuliers ou commerciaux artisans, que des contrats collectifs à des entreprises ou collectivités. En matière d'offre de santé, Groupama est le premier assureur, si l'on occulte les mutuelles et les institutions de prévoyance.

L'objet de cet entretien est d'analyser l'impact de la généralisation de la complémentaire santé sur le marché des assurances et plus généralement sur les différents acteurs concernés. Dans un premier temps, pourriez-vous nous donner votre avis sur la généralisation de la complémentaire santé ?

C'est une réforme qui chamboule complètement le marché de l'assurance santé, parce que les assureurs en individuel vont perdre énormément de clients et les assureurs en collectif vont en gagner énormément. Pour nous, l'impact en tant qu'assureur individuel, c'est qu'aussi on va se retrouver avec une concurrence exacerbée avec le potentiel assurable en individuel, c'est-à-dire les jeunes, et puis les retraités. Là, on va voir arriver la guerre concurrentielle sur le marché des seniors, et en contrepartie, ça oriente les entreprises vers les assurances collectives. Là aussi, on voit différents acteurs arriver avec des produits collectifs, et il y a des acteurs qui étaient déjà présents sur le terrain du collectif. Dans les nouveaux acteurs, je vois la Banque postale et Malakoff Médéric qui se sont regroupés pour lancer une nouvelle offre, ou alors Pacifica, tous les assureurs individuels, même les banques.

Sur le marché de l'individuel, il y aura certainement une sélection sur les meilleurs risques, est-ce que cela va avoir une conséquence sur les contrats individuels ?

On est à la première étape, on se rend pas compte encore de la mesure du phénomène, aujourd'hui il n'y a pas de résiliation par contrats groupes. On sent une érosion, mais ce n'est pas encore la catastrophe, je pense que vraiment la première étape, ça va être le 1er janvier 2016, puisque c'est la date à laquelle les entreprises auront l'obligation de mettre en place le système. On va voir ce qui se passe au dernier trimestre.

Il y a aussi la réforme des contrats responsables. Les contrats évoluent depuis le 1^{er} avril, nous on ne prévoit pas de faire évoluer tout de suite notre offre, il n'y a pas de révolution dans notre offre, à ce jour on est déjà dans un tarif par âge, pour l'instant c'est maintenu. Clairement, l'année 2016, sera une année d'observation de la concurrence, qu'est-ce qui s'est passé sur notre portefeuille ? Et contrairement à ce vous disiez, les familles coûtent cher, on perd les salariés et les ayants droit, donc on perd les familles. Est-ce qu'il y aura un rééquilibrage ?

Du point de vue du marché, assistera-t-on beaucoup plus à des recompositions, regroupements ?

Des groupes comme Groupama sont solides. On a réussi à compenser la perte en individuel. Mais pour les petites mutuelles qui faisaient beaucoup d'individuel, il va y avoir des regroupements, sinon elles ne pourront pas survivre.

Que représente la santé en termes de chiffres d'affaires pour un groupe comme Groupama ?

On est le premier assureur en santé, on est troisième derrière les mutuelles.

Est-ce que pour vous, il va y avoir une place pour les sur-complémentaires ?

Ça c'est la grande question. Le principe de la sur-complémentaire, c'est compliqué pour le client parce qu'on ne peut pas faire en automatique le règlement. En termes de gestion, c'est assez lourd pour l'assureur et le client. Après ce qu'on voit aussi en termes d'assurances collectives, il y a un panier minimum que l'assureur doit respecter, mais tous les assureurs proposent des options facultatives grâce auxquelles les salariés vont permettre d'adapter les garanties. En ce sens, est-ce qu'il y a vraiment une place pour la sur-complémentaire ? Sauf à avoir de très hautes garanties.

Dans ce cas, y aura-t-il un impact des contrats responsables ?

Pour le coup, parce que les sur-complémentaires ne seront plus responsables, donc taxées à 14%. Donc quel est maintenant le réel intérêt au niveau du tarif d'une sur-complémentaire ? On peut tomber dans des phénomènes d'anti-sélection. La personne qui accepte de payer une sur-complémentaire taxée à 14%, on sait qu'elle va avoir des besoins importants en santé.

Est-ce que la réforme va avoir un impact sur le panier de soins ?

La réglementation définit un minimum par décret, tout le monde devra le respecter. On a créé une offre spécifique pour l'ANI, avant pour l'assurance collective, on avait des contrats sur mesure. Globalement le panier de soins change sur l'optique, une obligation de 100 euros. Sinon on rembourse le ticket modérateur, on l'a toujours fait. Mais quelqu'un qui n'a pas besoin d'optique, il ne peut pas souscrire une formule avec zéro en optique. Les minimums posés sont différents des contrats responsables, l'ANI est un peu mieux.

Quel est votre avis sur les contrats responsables et leur redéfinition ?

L'objectif de l'Etat est de réduire les dépenses, mais avec des assurances qui ne proposent pas trop

de remboursements, mais suffisamment. En fait, ils ont réduit le champ du possible dans les garanties. On va tous se retrouver avec les mêmes garanties pour tous les assureurs. Le plafond de ces contrats n'impacte pas trop nos garanties, finalement il est très haut leur plafond. Pour l'instant on n'a pas de plafond au-delà, donc ça ne nous impacte pas trop, par contre il y a aussi une grande nouveauté, c'est la notion du contrat d'accès aux soins pour limiter les dépassements d'honoraires. Là encore oui, c'est une bonne idée, mais il n'y a que 4% des médecins qui l'ont signé, et pour le client un panier de soins garanti, c'est compliqué à comprendre. Là on est obligé encore de distinguer les médecins qui ont signé le contrat et ceux qui ne l'ont pas signé.

Il y a aussi la mise en conformité des contrats collectifs, et ça c'est un gros chantier, puisque c'était des contrats sur mesure, on ne peut pas avoir un traitement automatique. Après la question, c'est est-ce qu'on doit avoir dans notre gamme de produits des formules non-responsables ? Ça serait sur des garanties très hautes ou très basses. On avait un produit à destination des gens qui ne pouvaient pas se payer une assurance complémentaire santé.

Avez-vous développé des stratégies particulières pour les entreprises ? Notamment pour les PME/TPE ?

On a une offre dédiée qui correspond, qui est simple. On s'adresse à des employeurs, pour les TPE, qui n'ont pas un service RH, fiscal, mettre en place un contrat collectif c'est un vrai acte juridique. C'est vraiment une démarche administrative lourde, par exemple pour un boucher avec un salarié, et donc ce qu'on propose, c'est une offre, mais aussi un accompagnement des experts de l'assurance collective, qui accompagnent l'employeur, qui répondent aux questions de l'expert-comptable et des salariés. On a cette volonté de transmettre un accompagnement. Il y a beaucoup de questions sur le plan juridique : dans quel cas j'ai le droit de déroger aux clauses désignation, dans quel cas je n'ai pas le droit ?

On avait une question sur les réseaux de soins. Est-ce que vous fonctionnez avec plusieurs réseaux ?

On est au sein de Dreal, il y a des opticiens, dentistes, prothésistes.

Comment se passe la négociation avec ces professionnels ?

C'est un service qui est géré au niveau national pour éviter toute partialité dans les choix des partenaires. Les professionnels de santé qui souhaitent participer font une demande, ensuite on regarde si il y a un maillage géographique fait. On veut donner à notre client au moins 5 opticiens à moins de 20 minutes de chez lui. Donc on voit s'il y a la place pour un nouvel acteur, et s'il y en a une, son dossier est évalué et il est accepté ou pas, sachant que ce sont des contrats annuels.

Est-ce que vous pensez que ces professionnels de santé se sentent obligés d'intégrer un réseau ?

Certains, quand on rachète un commerce, si l'ancien faisait partie du réseau, mais pour le nouveau

ce n'est pas automatique. Pour certains, s'ils ne font pas partie du réseau, ils perdent 40% de leur chiffre d'affaires. Je pense que certains en ont besoin.

On voudrait élargir la discussion sur la représentativité des complémentaires au sein de l'UNOCAM, est-ce que les assureurs sont entendus?

Je ne connais pas bien ces process là.

Est-ce une réforme que vous auriez souhaitée ?

Personnellement, je suis assez sceptique sur la réforme dans le sens où on précarise des personnes qui sont déjà précaires. Elle ne s'adresse pas aux chômeurs, aux CDD, aux gens à temps partiel. Donc finalement tous les gens qui ont une bonne situation salariale vont avoir une bonne situation avec l'employeur, et qu'est-ce qui va se passer du côté individuel ? Parce qu'on ne mutualise plus. D'un autre côté cette réforme protège tout le monde un peu plus, et ça va faire diminuer le coût pour les salariés puisque l'employeur prend en charge une partie, et les mutuelles collectives sont moins chères, reste à savoir comment ça va se passer sur le marché des retraités en termes de mutualisation.

Entretien avec CL
(Audio-prothésiste chez Amplifon)

Entretien mené le 7/05/2015

Pourriez-vous vous présenter et présenter votre groupe ?

Je suis CL, je suis dans la prothèse depuis 92 et chez Amplifon depuis 2001. J'ai fait plusieurs établissements dont Audika. Amplifon existe depuis 65 ans, c'est un groupe italien. Le siège social est à Milan. Le groupe s'étend de plus en plus dans le monde. En France, il y a 406 centres. Il y a environ 6800 centres sur la planète, qui ne s'appellent pas tous Amplifon. Amplifon travaille essentiellement avec le corps ORL, ce qui est normal. C'est donc les médecins qui détectent le problème d'audition chez la personne et qui nous envoient les clients. Il y a un PDG en France, le PDG international est en Italie.

Sinon on travaille essentiellement avec les professionnels de santé, on accepte la carte vitale, on travaille avec quasiment toutes les mutuelles qui veulent bien faire du tiers payant pour les prothèses auditives. Toutes les mutuelles ne font pas du tiers-payant pour les prothèses auditives, cela commence doucement à rentrer dans les mœurs. Régime complémentaire, régime obligatoire, il n'y a pas de soucis. On n'a pas de partenariat en particulier avec les mutuelles. Pareil Amplifon travaille avec toutes les marques d'appareils existants sur la planète. On essaye de travailler avec le plus de mutuelles possibles pour éviter aux gens d'avancer le plus d'argent possible. En général il n'y a pas de problème avec les mutuelles

On fait la demande de prise en charge sur l'ordi, ils nous répondent, une fois que l'appareillage est accepté, on facture sur le site.

Donc vous n'êtes pas dans un réseau, vous êtes indépendants. Vous me disiez que votre directeur ne souhaitait pas travailler avec les réseaux de soins

Non. Je sais qu'Audika travaille exclusivement avec une marque, il y en a qui travaillent exclusivement avec une 1 ou 2 marques

Il y a 12 fabricants de prothèses sur la planète, lui il veut que l'on puisse proposer aux clients des audio-prothésistes les 12 fabricants. Les personnes doivent pouvoir choisir selon le budget. En termes de budget on est environ à 1500 euros par appareil sachant qu'il y a des personnes qui en ont 2.

Ayant discuté avec d'autres professionnels, il est vrai que les réseaux de soins peuvent parfois inciter la clientèle à aller vers leurs partenaires.

Le directeur ne veut pas, il se bat pour ça, il ne veut pas d'exclusivité.

Le professionnel qui travaille dans le corps médical et qui veut l'intérêt du patient ne doit pas vouloir l'exclusivité, que ce soit avec une marque de fabricant ou que ce soit avec un réseau.

Avez-vous une complémentaire santé pour les salariés chez Amplifon ?

Oui.

Depuis combien de temps a-t-elle été mise en place ?

Depuis pas très longtemps. A peu près en 2006. En tout cas le mouvement a débuté il me semble en 2006 puis s'est poursuivi après dans tous les autres centres Amplifon.

Avez-vous travaillé avec des indépendants ?

Oui pendant 4 ans, puis après Audika.

Y a-t-il des points positifs aux réseaux de soins ?

Ce que je préfère chez les réseaux, c'est quand ils mettent en place des plateformes Internet. On n'a plus à se débattre avec les différents feuillets à envoyer aux différents interlocuteurs. La plateforme de la MGEN est très pratique, elle facilite la vie.

Entretien avec RL
(Enseignant-chercheur à l'IEP de Bordeaux, Professeur agrégé de droit public)

Entretien mené le 7/05/2015

Historique de la mise en place de l'AMC ; comment en est-on arrivé à la conclusion de l'ANI du 11 janvier 2013 ?

La volonté originelle en 1945 était de supprimer l'ensemble des organismes de protection sociale qui étaient extrêmement nombreux avant la guerre et jusqu'à la Libération, et d'organiser une protection sociale dans le cadre de ce que le rapport appelait une caisse unique qui avait vocation à prendre en charge l'ensemble de la population, même si c'est beaucoup dire puisqu'en 1945 on a une volonté d'universalité mais en réalité le système est fondé sur la technique des assurances sociales donc ça ne couvre que la population des travailleurs et des ayants droit. Mais en 1945, et ça reste vrai jusque dans les années 70 comme on a une situation de plein emploi, l'objectif de couvrir la totalité de la population par la Sécurité sociale, alors même qu'elle reste socio-professionnelle, est crédible. Il est atteint sous la réserve que très vite on va maintenir dans une logique différente l'assistance pour les catégories de personnes qui sont des inactifs légitimes, c'est-à-dire les personnes âgées sans ressources, les invalides qui deviendront les handicapés plus tard, ou alors les enfants au travers du système de protection de l'enfance. C'est tout ce qu'on va appeler en 53/54 l'aide sociale qui s'adresse à des catégories résiduelles d'inactifs.

Le modèle qu'on retrouve pour les actifs, au fond, c'est l'homme au travail, une famille fondée sur le mariage, la filiation légitime, la femme à la maison, elle élève les enfants. Donc dans ce modèle-là l'homme se crée des droits pour lui-même, puis il protège aussi les membres de sa famille au travers de ce qu'on appelle les droits dérivés. L'idée de départ c'est donc de réunir l'ensemble des actifs dans ce que le rapport Laroque a d'ailleurs appelé une caisse unique. Ce projet ne va pas réussir très vite, d'une part parce qu'on va maintenir ce qu'on appelle des régimes spéciaux. Donc déjà la caisse unique va être un échec. Ensuite, les indépendants, professions libérales, artisans, commerçants, artisans, industriels, libéraux, ne vont pas accepter de rentrer dans ce dispositif de régime général de Sécurité sociale. Donc on va obtenir la mise en place progressive de régimes qu'on appelle les régimes autonomes. Ça c'est sur le plan horizontal.

Sur le plan vertical, il va y avoir un échec c'est que le régime général ne va pas parvenir à couvrir intégralement les risques sociaux qui étaient prévus. D'une part, parce qu'en matière de retraite les cadres vont refuser d'entrer intégralement dans le régime général, en revendiquant ce qu'on appelle le plafonnement des cotisations, et en obtenant en 1947 la création d'un régime complémentaire de retraite obligatoire des cadres qu'on appelle l'AGIRC, ce qui va entraîner après le développement de régimes pour les non cadres qui vont être rendus obligatoires en 1962 dans le cadre d'un système qu'on appelle l'ARRCO.

Horizontalement, vous avez le régime de base du régime général avec en gros les trois grandes branches, qui n'existaient pas à l'époque, mais qu'on va créer en 67 (maladie, vieillesse, famille). Au-dessus il y a les régimes complémentaires de retraite, et dans le champ de la maladie on va laisser subsister les mutuelles qui vont jouer donc un rôle de complémentaire maladie qu'on appelle donc les mutuelles de santé, pour le petit risque. Avec la création des comités d'entreprise, on va laisser dans les entreprises la possibilité de créer des régimes complémentaires d'entreprise facultatifs en matière de santé, entre autres parce qu'il peut y avoir d'autres risques (décès, invalidité). On va voir apparaître ce qu'on appelle les IP (article L4 du code de la sécurité sociale à

l'origine). Par héritage, les L4 sont des produits nés de la négociation collective

Depuis la loi Evin de 1994, la complémentaire santé peut être assurée tout autant par les institutions de prévoyance que par les mutuelles ou même les sociétés d'assurance. Ça c'est lié à l'ouverture à la concurrence du secteur de la protection sociale facultative. On peut dire que jusque dans les années 90, les complémentaires santé ont un rôle assez subsidiaire dans la mesure où elles sont très nombreuses, elles sont organisées plutôt au sein des entreprises et disons que plutôt que de faire partie de la protection sociale elles font plutôt partie de la politique sociale de l'entreprise. La logique des complémentaires santé c'est un peu créer des avantages supplémentaires venant s'ajouter aux salaires et qui font partie de la politique salariale de l'entreprise. Cette situation explique que le champ se soit constitué plutôt de façon très empirique, extrêmement diversifiée et sans qu'il y ait un cadre juridique très très serré.

Les choses vont changer à partir des années 90 pour deux raisons : la première, on l'a évoquée, c'est la nécessité de réorganiser tout ce secteur du fait de la politique de l'Union européenne, avec le problème de l'ouverture à la concurrence de toutes les institutions financières et le fait que les mutuelles, les institutions de prévoyance sont des institutions financières pour une part importante de leur activité par nature, elles collectent des fonds qu'elles redistribuent. Donc la concurrence avec les assurances est devenue un problème et les assurances ont fait pression pour que ce secteur s'ouvre de plus en plus à la concurrence. Dans l'héritage du passé, au fond, les institutions de prévoyance avaient leurs secteurs, les mutuelles avaient un autre secteur et puis les assurances étaient marginales et elles avaient peu de prise sur la prévoyance collective.

Et puis il y a une deuxième raison qui va peser progressivement c'est que, les complémentaires de santé, encore une fois qui à l'origine étaient plutôt inscrites dans la politique sociale des entreprises, vont en quelque sorte se déporter vers la politique de protection sociale pour la raison que les régimes obligatoires de base vont connaître des difficultés financières, que vous connaissez évidemment. Ces difficultés financières vont inciter progressivement à mettre en place tout un tas de mécanismes, qui en réalité ont déporté la charge des remboursements du régime général vers les assurés eux-mêmes. Le ticket modérateur existe depuis 45, mais c'est le recours plus large au ticket modérateur, et ce qui a accompagné au fond des politiques de déremboursement. C'est l'appel à la contribution des assurés sociaux avec des forfaits journaliers hospitaliers, le forfait de un euro pour les visites depuis 2004... Tout ça a progressivement réduit la part des dépenses prises en charge par le régime général, par l'assurance maladie.

Donc naturellement, les complémentaires se sont retrouvées en première ligne pour venir au secours des assurés sociaux parce qu'on a très vite découvert que cette baisse des capacités de remboursement du régime général avait non seulement comme contrepartie une charge qui se déplaçait vers l'assuré social, mais surtout comme effet de rendre plus difficile l'accès aux soins de cette part de la population qui est en situation précaire économique. Une part de la population qui a augmenté à partir des années 90.

Donc en fait, les mutuelles ont été progressivement appelées au secours. Alors ça n'a pas trop marché, c'est pour ça qu'on a créé la CMU dont la CMU complémentaire pour la part la moins solvable de la population. Et puis pour la part la plus solvable de la population, pour ne pas alourdir le reste à charge, on a déporté vers les mutuelles une part de plus en plus importante des dépenses. Les mutuelles et les institutions complémentaires, mais surtout les mutuelles, y ont vu évidemment une chance de reprendre un poids et une place qu'elles avaient perdus à partir de 1945. Les mutuelles telles qu'elles étaient organisées, créaient, au-delà de la question des solvables et des insolubles, une autre inégalité qui tenait au fait que tous les ayants droit de l'assurance maladie ne sont pas couverts et en plus ne sont pas couverts de façon identique.

Pour pallier ces inégalités, à défaut de pouvoir faire monter en charge du côté du régime général d'assurance maladie, on a eu cette réforme de 2013 avec l'ANI et la loi du 14 juin qui a fait suite, qui ont généralisé la complémentaire santé entre autres. Alors c'est évidemment une solution un peu curieuse au fond, qui d'un côté tient compte d'une évolution, et on a en quelque sorte essayé de marier le pluralisme, la liberté d'adhésion etc... Donc c'est un curieux mariage qui est un peu le résultat de l'histoire et la conséquence de l'impossibilité de faire monter la couverture de base du régime général. On a trouvé une sorte de voie médiane. Les mutuelles restent dans un cadre général de liberté, de diversité, de pluralisme etc, mais la loi oblige les employeurs avec des formes qui sont assez complexes parce qu'on essaye de préserver au maximum le choix des partenaires sociaux, le poids de l'employeur etc... On a quand même essayé de faire des mutuelles, au fond, une sorte d'adjuvant obligatoire de la protection de base.

En ce qui concerne l'impact de la mesure, on dit globalement que ça ne va pas forcément améliorer l'accès aux soins des gens qui en ont le plus besoin et que justement ça va pénaliser certaines franges de la population qui ne sont pas intégrées au marché du travail, et qui vont souffrir de la déportation de tous les salariés vers les contrats collectifs.

Alors si vous voulez la protection complémentaire obligatoire telle qu'elle a été instituée par la loi de juillet 2013, elle va avoir deux effets potentiels à mon avis :

-Un effet quantitatif, on estime qu'elle va faire, peut-être, monter le taux de couverture de 96 à 98%. Il y aura toujours un pourcentage irréductible de personnes qui ne seront pas couvertes, pour des raisons très difficiles à élucider d'ailleurs.

-Un effet qualitatif : l'effet le plus important, compte tenu du socle minimal de garanties par la loi qui avait été identifié déjà par l'accord interprofessionnel, ça va être quand même de procéder à une sorte d'alignement en constituant un panier de soins minimal remboursé. Donc ça va avoir un effet d'homogénéisation plus fort de la protection en santé grâce à cette protection complémentaire obligatoire en fait.

La crainte c'est justement que tous les salariés sortent du marché des contrats individuels et du coup les mutuelles se retrouvent avec essentiellement des étudiants, chômeurs ou retraités et que la conséquence pourrait être justement une montée des prix demandés pour ces contrats...

C'est probable. Il va falloir étudier selon les mutuelles, et il va falloir voir aussi quel effet ça va produire sur le partage entre mutuelles et institutions de prévoyance. Les mutuelles vont être obligées vraiment de basculer vers ce qu'on appelle "les contrats de groupe". Il va falloir voir comment elles peuvent tenir le choc. À mon avis ça va ne faire que renforcer un mouvement actuel qui est un mouvement de concentration des mutuelles. Alors c'est déjà le cas, elles ne peuvent plus tenir depuis une quinzaine d'années maintenant. Il va y avoir des phénomènes de concentration très importants parce que pour en arriver à un équilibre économique d'ensemble, si la part des contrats de groupe s'accroît, évidemment la rentabilité, pour les mutuelles, des contrats de groupe est peut-être moins évidente que les contrats individuels. Les petites mutuelles ne vont pas pouvoir résister et même celles qui sont plus grandes vont se faire une guerre terrible pour avoir les contrats de groupe, et au final il n'y en aura que quelques-unes qui vont l'emporter.

Donc, on est devant une évolution qui est un peu incertaine du point de vue des offreurs. Que vont devenir les institutions de prévoyance ? On ne sait pas non plus... Parce que si la négociation

collective de branche l'emporte on va quand même avoir un renforcement des institutions de prévoyance, mais si ça échoue et qu'on retombe au niveau des entreprises, et à plus forte raison si c'est l'employeur qui, au final, est obligé d'organiser le système, ça va peut-être donner des redistributions des cartes entre les institutions de prévoyance, les mutuelles et surtout l'arrivée des assureurs...

Entre une négociation interprofessionnelle et puis des négociations de branche il y a un monde, et puis après entre les négociations de branche et les négociations d'entreprises, il y en a un autre... Il fallait être bien naïf pour penser que tout le monde allait respecter les dates du calendrier fixé. En France on n'est quand même pas les champions de la négociation collective, ça se saurait.

Justement on a fait plusieurs entretiens dans le cadre de notre travail et on a eu notamment un entretien avec une chercheuse de l'IRDES qui nous disait qu'elle avait des retours plutôt négatifs par rapport aux négociations au niveau des branches, on lui a plutôt dit que ça ne marchait pas trop.

Oui ça ne marche pas trop, disons que le climat n'est pas très bon... Les salariés font pression pour un élargissement du socle minimal et surtout, au-delà du socle minimal il y a aussi le niveau des garanties. Les employeurs, comme ils payent la moitié à minima, évidemment ils ne sont pas trop d'accord, ils essayent eux de restreindre le coût, tout ça c'est compliqué. Et au niveau des entreprises, moi je pense que tout ça va se terminer par un grand nombre de dispositifs qui seront proposés par l'employeur et adoptés par référendum... mais enfin je peux me tromper. Ça ne serait pas très bon pour les syndicats de salariés parce qu'ils vont se faire déborder par des référendums, et les employeurs vont, à mon avis, assez facilement vendre des systèmes, surtout s'ils arrivent à peser sur des coûts, les salariés ne vont pas trop regarder les contenus et les employeurs vont avoir tendance à aller chercher les assureurs du privé.

Je me demandais justement quelle est la place des assureurs ?

Je pense qu'à l'heure actuelle c'est faible. Mais si vous voulez, depuis maintenant 20 ans les assureurs s'aperçoivent que la protection sociale est quand même un pactole absolument incroyable. Imaginez qu'ils arrivent à récupérer, je ne sais pas moi, 30% des complémentaires ce serait absolument énorme ! Donc croyez-moi ils regardent ça avec intérêt. Mais évidemment si on va vers des référendums d'entreprise proposés par les employeurs et des contrats de groupe chez les assureurs privés, la dimension solidariste du système va s'atténuer. Autrement dit ça peut marchandiser la protection sociale alors que par nature, la protection sociale s'était construite comme une espèce d'enclave avec des organismes publics et parapublics gérant des régimes obligatoires et des organismes non lucratifs gérant les complémentaires.

J'avais une autre question qui concernait plutôt les petites entreprises puisqu'en fonction des différents interlocuteurs qu'on a eus, on a eu des projections différentes. On a eu le discours selon lequel ça pourrait amener à des licenciements dans des petites entreprises qui ne pourraient pas supporter le coût de ces contrats collectifs à proposer aux salariés, ou au contraire un autre discours plutôt « non ça ne va pas forcément avoir un impact sur l'emploi, mais c'est plus que les entreprises vont devoir baisser leurs marges »

Pour les PME et les TPE, c'est un coût qui ne va pas les encourager à embaucher ; débaucher on ne sait pas. Les employeurs ont toujours tenu le discours selon lequel tout système obligatoire était

néfaste. Le seul problème c'est que tout dépend de la position de l'entreprise... je veux bien le croire pour des entreprises qui sont très exposées à la compétition internationale mais pour des entreprises qui sont sur des marchés limités, en interne, à partir du moment où toutes ont la même contrainte c'est le consommateur qui va payer. En gros la protection sociale elle est intégrée dans les prix, elle n'est un facteur de déséquilibre de l'entreprise que lorsqu'il y a des entreprises qui peuvent s'échapper de la protection sociale. On a vu ça pour les prestations familiales, avant même que la loi les y oblige, les employeurs à la fin du 19ème siècle ont créé des caisses de compensation qui faisaient que dans les branches, tous les employeurs payaient des cotisations familiales. Les effets sur la concurrence ont été nuls, puisque tout le monde assume le même coût. Alors évidemment après il y a un différentiel qui va jouer entre les entreprises selon les contrats qu'elles vont avoir. Mais enfin, compte tenu du cadre que fixe la loi avec le socle minimal et compte tenu de la concurrence que vont se faire les institutions de prévoyance, mutuelles et assureurs, les différences vont être minimales. Donc la charge de l'employeur va être assez homogène.

La différence se fait sur le fait que les grandes entreprises sont sur des marchés très étendus, qui ont des niveaux d'organisation très élevés donc qui peuvent encaisser des coûts salariaux en augmentation et peuvent les étaler. Donc c'est la taille qui fait la différence ce n'est pas le coût de la protection elle-même.

De toutes façons un entrepreneur, même d'une PME ou TPE, il est dans un niveau de contraintes qui fait que il ne va pas licencier les gens pour le plaisir vous voyez ? Il a un carnet de commandes, il va intégrer ce coût dans son coût de production et puis voilà. Et comme tout le monde va le faire, ça ne changera rien pour lui.

On peut craindre que dans certaines entreprises, on ait des propositions de contrats qui soient plutôt des contrats "bas de gamme", avec le socle minimal qu'on a évoqué... Est-ce que il n'y a pas justement par rapport à ça un risque d'essor des sur-complémentaires ?

C'est le risque, mais c'est une contradiction qui est interne au système. On ne peut pas faire monter la capacité de couverture du régime légal obligatoire, donc on crée un système obligatoire mais dans un cadre libéral de compétition, de concurrence qui tient compte aussi de la latitude qu'on doit laisser aux partenaires sociaux, aux entrepreneurs, aux employeurs. Donc le compromis aboutit à la logique du plus petit dénominateur commun et ce n'est pas possible de faire autrement. Alors bien sûr le plus petit dénominateur commun peut être trop faible par rapport au souhaitable. Il peut susciter chez certains salariés qui ont des rémunérations élevées d'avoir recours à des sur-complémentaires, ou il peut même dans certaines entreprises aboutir à ce qu'on propose des sur-complémentaires catégorielles par exemple pour les cadres..

Il y a surtout des points de vue critiques par rapport à cette réforme, voyez-vous tout de même des effets positifs ?

Vous avez une ligne très fortement défendue, mais moi je ne suis pas trop sur ce terrain même si j'ai mes opinions personnelles, j'essaye de les garder pour moi. Évidemment si je prends mon opinion personnelle, ce qui est la position de beaucoup de gens qui connaissent sur la protection sociale, vous avez une ligne qui est que, depuis une vingtaine d'années, la protection sociale s'affaiblit et disons, son caractère universaliste, si tant est qu'elle était universelle, ou tout au moins son caractère solidariste se réduit...

Il y a une part de plus en plus importante de la protection sociale qui va vers le marché, les régimes

de retraite sont de plus en plus réduits, de plus en plus attachés aux comportements individuels des individus donc moins solidaristes vous voyez ? Ils étalent moins les coûts sur l'ensemble de la population des travailleurs. Donc tout ça est vécu par un certain nombre de gens comme une sorte de renonciation aux objectifs qui ont justifié l'appellation "Sécurité sociale" c'est-à-dire un régime unique, couvrant la totalité de la population, à caractère universel, qui répartit le plus largement possible la protection selon un principe progressif, on contribue en fonction de ses moyens et on bénéficie en fonction de ses besoins.

Il y a beaucoup d'auteurs qui considèrent que tous ces dispositifs, et c'est vrai, marquent l'échec de cette vision et manifestent un renversement vers une individualisation, un recours au marché. Voir les opérateurs de la protection facultative devenir les gestionnaires d'un système obligatoire, si vous voulez, ça fait un peu retourner les gens dans leurs convictions. Mais d'un autre côté personne ne connaît la façon qui nous permettrait de redonner au régime légal obligatoire une capacité de couverture de 100% de tout le monde et de tout...

Et en même temps la réforme fait un objectif d'universalité de la protection quand même. Mais c'est une universalité qui se fait par la superposition de logiques et de dispositifs qui sont pris au pied de la lettre en pleine contradiction.

Donc ça ne m'étonne pas que vous ayez ce sentiment très critique. Disons que c'est un pis-aller. C'est mieux que de ne rien faire mais évidemment ce n'est pas très satisfaisant par rapport à la situation que l'on voulait créer en 1945. Voilà pourquoi vous avez d'ailleurs dans la période contemporaine une nostalgie forte sur le système de 45, sur le programme du Conseil national de la résistance, qui sont largement des mythes d'ailleurs parce que quand vous relisez tous ces textes, on leur prête des intentions qui n'y figurent absolument pas.

Ça pose la question de savoir où va le système d'assurance maladie français.

Vous avez deux réponses... mais comme personne ne connaît l'avenir, à mon avis, on ne peut trancher dans aucun sens.

Vous avez une peu la vision des défenseurs du modèle de protection sociale, qui serait qu'on va progressivement déliter le système, on va le vendre, le détruire par morceaux en le faisant passer au marché.

Ou alors les gouvernants disent que ce sont des adaptations qui sont nécessaires parce que dans la situation actuelle on ne peut pas tenir l'objectif à la fois d'une certaine stabilité, d'une régulation des comptes, d'une maîtrise comptable du système, et obtenir un objectif de couverture correcte de l'ensemble de la population en matière de santé.

Mais il faut observer, quand même que le régime général français est très généreux par rapport à la plupart. Mais évidemment il s'expose à des coûts supplémentaires, qui n'étaient pas du tout prévus en 1945. Quand vous pensez que la moitié des coûts d'assurance maladie ce sont les maladies chroniques, les affections de longue durée pour lesquelles vous avez un remboursement total... L'ennui c'est que les ALD concernent 8% de la population, qui consomme la moitié du pactole, c'est absolument énorme. En 1945, il faut toujours se rappeler que les promoteurs de l'assurance maladie pensaient que quand on soignait bien les gens, les gens étaient en bonne santé donc au fond, les coûts d'assurance maladie allaient décroître alors qu'en réalité depuis le début on assiste à l'inverse. Plus on soigne les gens, plus les coûts augmentent. Sans parler du phénomène de iatrogénie, et sans parler du fait que la bonne santé a un revers, comme toute médaille, c'est que ça maintient les gens donc ça crée les ALD, parce que les ALD ce sont des gens qui, il y a trente ans, mourraient très vite. Et puis vous avez un vieillissement de la population qui fait que non seulement la population consomme des soins pendant très longtemps, mais qu'à partir d'un certain

âge, la consommation augmente dans des proportions considérables parce qu'il y a la dépendance, le vieillissement qui étaient des faits qui étaient inconnus en 1950, et qui sont le résultat de l'efficacité du système.

Donc il y a une évolution structurelle des coûts qui fait qu'on ne peut pas imaginer que les coûts puissent croître de cette façon, de façon exponentielle... Alors après, quand on ne peut pas faire croître les coûts, alors évidemment vous n'avez plus que deux solutions : la première solution c'est de laisser les gens se débrouiller seuls et ceux qui pourront se payer les soins se les paieront et les autres non... Ou alors vous trouvez un compromis pour que tout le monde se soigne quand même sans que les coûts par tête augmentent trop, sans pouvoir éviter qu'ils augmentent quand même un peu. On en est là.

Voilà un peu mon point de vue mais bon je suis le premier à dire que si on pouvait nous dire qu'on va pouvoir toujours se rincer gratis, on serait tous contents.

Entretien avec EB
(secrétaire général de l'UNOCAM)

Entretien mené le 7/05/2015

On a préparé un certain nombre de questions, après vous pourrez tout à fait nous dire si on a oublié des choses. Pour commencer on voulait de manière générale avoir votre avis sur cette réforme.

Au dernier congrès de la Mutualité française qui a eu lieu à Nice il y a 3 ans, le Président de la République a annoncé le chantier d'une généralisation de l'AMC. L'ANI et puis la loi de sécurisation de l'emploi sont censés traduire concrètement cette promesse... entre la promesse et sa traduction il y a cependant une grande différence. On est passé de la généralisation de la complémentaire santé à la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés. Les points de vue au sein du monde de l'assurance maladie complémentaire, entre les fédérations qui représentent les différents groupes opérateurs, sont très différents les uns des autres, selon que c'est une fédération qui est très, moyennement pour la FFSA - ou peu pour la FNMF- présente sur le marché des contrats collectifs. Mais globalement les discours des trois familles s'accordent pour montrer que tout en prétextant généraliser la complémentaire santé, on a vendu la complémentaire santé à une population qui était largement très couverte, les salariés. Donc on ne s'est pas attelé à la question de la couverture de ceux qui sont aujourd'hui mal, peu ou pas couverts : les retraités, les professions indépendantes, les précaires, les jeunes... Donc sous prétexte de mettre en avant la complémentaire santé on n'a pas traité les problèmes des populations les plus prioritaires du point de vue de l'accès aux soins. Donc en bref une tonalité plutôt critique...

J'avais compris. Donc on peut dire que c'est lié surtout au contexte de cette négociation parce qu'au départ ce n'était pas l'objet de l'ANI ?

Oui alors c'est un point important en termes de sociologie de la construction des politiques publiques dans ce pays. C'est un dossier qui n'a pas été géré par le ministère de la Santé mais par le ministère du Travail, et c'est un dossier qui a moins été géré par le ministère du Travail que par les partenaires sociaux. Dans les autres pays européens, quand on développe des politiques sociales démocrates l'Etat n'est pas complètement absent des négociations, il a aussi une influence dans la conduite des négociations. Dans le cas d'espèce, on a assisté à la délégation complète de l'objet des négociations et à l'acceptation telle quelle du produit de ces négociations par les pouvoirs publics.

Une loi a été votée...

Oui quasiment tel quel. C'est dire, l'Etat n'a pas été co-producteur de nouvelles normes, il a laissé la conception aux partenaires sociaux et après il leur a donné une force législative. D'ailleurs ça divise beaucoup dans le monde des journalistes des questions sociales que l'on du prochain Congrès de la Mutualité française, mi juin à Nantes, le Président de la République pourrait annoncer de nouvelles choses concernant la généralisation de la complémentaire santé, notamment concernant la couverture de publics prioritaires, notamment les retraités... mais à ce stade ça n'est qu'une rumeur. Il faudra que vous suiviez ça pour votre mémoire.

Donc là on pourrait peut-être plus parler vraiment de généralisation pour le coup ... oui ce serait une étape de plus.

Ce serait une étape qui permettrait d'honorer point par point, l'un après l'autre, la promesse initiale du Président de la République effectivement.

Notre question suivante (mais vous venez d'y répondre partiellement), c'était de savoir si d'après vous c'était une avancé en termes d'accès aux soins ? Du coup on a bien compris que pour une partie de la population c'est non.

Il y a des gens qui n'étaient pas couverts, qui vont être couverts... vous avez des données chiffrées sur tout ça ou pas ? Vont être couvertes à peu près 400 000 personnes en plus. Donc pour ces personnes-là c'est un progrès, cette couverture. Après je pense que le gros des enjeux est un peu ailleurs, je pense qu'il y a des publics pour lesquels il y a des situations qui sont mal, pas ou peu traitées. Dans l'accès aux soins à travers la complémentaire santé, on améliore la situation pour une minorité de salariés qui n'étaient pas concernés jusqu'à présent. Par ailleurs la situation des plus précaires, des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS est plutôt bien prise en compte. Les situations qui sont mal prises en compte sont celles de populations de classes moyennes inférieures en fait, et notamment les petits vieux, les gens qui galèrent entre différents jobs, les étudiants qui n'arrivent pas à finir leurs études et à commencer une vie professionnelle, et les professions indépendantes. Ça c'est le premier point ; il y a une approche par population, on voit bien que nos politiques publiques se recentrent finalement sur des populations relativement privilégiées : les salariés et les populations les plus démunies. Mais que les autres populations intermédiaires ne sont aujourd'hui pas très bien prises en compte. L'autre aspect c'est que, pour pouvoir répondre aux conditions d'accès aux soins, il ne suffit pas de se poser des questions sur la solvabilisation par la complémentaire. Il y a aussi des politiques à conduire en termes de solvabilisation d'offre de soins et en termes de rémunération des professionnels de santé, en particulier des politiques à conduire sur la création d'une offre de soins à tarif opposable et donc la question notamment de la lutte contre les dépassements d'honoraires.

On voulait aborder le rôle de l'UNOCAM dans les négociations et puis la gouvernance plus généralement. Peut-être déjà juste une question : est-ce que l'UNOCAM envisage de participer de nouveau aux futures négociations conventionnelles ou ce n'est pas à l'ordre du jour ?

On s'est mis en retrait des négociations conventionnelles depuis la fin 2013, suite à la présentation de l'article 4 du projet de LFSS en 2014, d'une disposition qui contrefaisait l'un de nos engagements conventionnels dans l'avenant n°8 à la Convention nationale des médecins libéraux signé le 25 octobre 2012 sur le financement de la participation au fonds CMU des médecins traitants pour les patients qui sont en ALD. On a mis à profit cette période de retrait pour redéfinir en interne les conditions auxquelles on pourrait être prêts à l'avenir à participer de nouveau à des négociations conventionnelles. Cette période de retrait était quand même un peu théorique, comme c'était la fin du mandat du précédent Directeur général de l'UNOCAM, il n'y avait plus beaucoup de chantiers conventionnels en cours. Et elle est aujourd'hui de nouveau théorique parce qu'on se rend bien compte qu'avec différentes professions de santé, on n'est pas dans une phase de

construction aujourd'hui du point de vue de l'AMO. Les négociations conventionnelles avec les médecins et avec la plupart des professions de santé sont suspendues, il ne se passera pas grand-chose avant les élections aux URPS à l'automne prochain, qui seront suivies d'enquête de représentativité et donc on est dans une période où il y aura sans doute une moindre action de l'AMO en matière conventionnelle avec les offreurs de soins libéraux. Nous on n'exclut pas à l'avenir de pouvoir participer à des négociations avec des principes clairs sur lesquels on n'a pas particulièrement communiqué et qui sont le fruit de notre expérience parfois heureuse, parfois malheureuse sur la période récente. Mais en même temps on pense qu'on va être dans un calendrier politique ou finalement il y aura peu de négociations. Les gros enjeux c'est avec la renégociation de la convention médicale, ceci pourrait ne pas intervenir avant le printemps 2016. On sera dans un calendrier qui sera très vite un calendrier pré-électoral d'élections présidentielles, donc il y a fort à parier que les syndicats médicaux voudront retarder la négociation pour avoir un pouvoir de négociation plus fort sur les pouvoirs publics à la veille des élections présidentielles de 2017, donc le gros des négociations n'est pas pour tout tout de suite. Vous voyez ? Il y aura d'autres négociations entre temps, il y a les petites négociations en cours avec les sages-femmes libérales, le système opérateur moyen pour les sages-femmes libérales est de 5% donc on n'est pas concerné par cette négociation, Il pourrait y avoir un petit bout de négociation avec les masseurs-kinésithérapeutes également, ce n'est pas une profession qui revêt un caractère prioritaire pour l'AMC aujourd'hui ; et une petite négociation également en cours avec les centres de santé mais c'est pas quelque chose qui est très stratégique pour nous... Donc vous voyez que vous posez une question qui est pertinente, à laquelle on a travaillé et qui reste encore à ce stade un questionnement théorique, et qui n'est pas un questionnement de grande actualité quand bien même on est prêt.

Plus généralement comment souhaiteriez-vous que la gouvernance du système maladie évolue ? On imagine que c'est avec un renforcement du rôle de l'UNOCAM, mais quel est votre avis plus précisément là-dessus ?

Alors il y a eu deux rapports de la Cour des Comptes qu'il faut que vous lisiez sur ces questions-là, en 2014. Il y a eu un rapport de la Cour des Comptes pour le Sénat qui fait le bilan des politiques conventionnelles, et puis un autre rapport qui faisait le bilan des actions de l'assurance maladie. Et les deux rapports montrent que quand bien même l'UNOCAM a souhaité aller sur cette voie-là, l'UNOCAM n'a pas fait suite à la demande visant à forcer un partenariat entre les deux unions de financeurs. Les deux rapports rappellent précisément que la loi de 2004 prévoit un examen annuel du programme de négociations conventionnelles par l'UNOCAM et que ces dispositions législatives n'ont jamais été appliquées. Du coup la Cour des Comptes se dit : si on veut que la coordination entre les deux organismes financeurs ait lieu, il faut peut-être qu'on l'organise de façon plus structurée en amont des négociations. Et c'est ce qu'ils prévoient dans leurs préconisations avec le fait qu'il y ait avant même la définition des objectifs, les orientations pour les négociations conventionnelles par le conseil de l'UNOCAM et un temps d'échange avec l'UNOCAM et l'UNOCAM éventuellement organisé par le ministère lui-même. Cela va plutôt dans le sens de nos demandes.

Nous on est demandeur du fait d'avoir plus de visibilité le plus en amont possible sur ce qu'il peut se passer en termes de négociations, ce qui est nécessaire pour nous pour pouvoir voir après si les fédérations qui nous composent et les organismes de complémentaires maladie eux-mêmes sont intéressés pour que nous nous mobilisions sur ces sujets et sont disposés à consacrer des financements supplémentaires au projet. Si on n'est pas associé en amont, on est informé à la

dernière minute sans avoir un temps d'échange sur l'objet des négociations conventionnelles, nécessairement ça peut mal se passer.

L'autre sujet important, c'est de savoir une fois que les négociations ont eu lieu, si on décide de signer, comment on fait en sorte que ça s'applique... Traditionnellement les pouvoirs publics étaient plutôt attachés à l'idée de donner une force exécutoire aux textes conventionnels vis-à-vis des organismes des complémentaires d'assurance maladie, en renforçant le cahier des charges des contrats responsables. Les organismes y étaient très opposés dans la mesure où à chaque fois que les pouvoirs publics le faisaient, ils le faisaient en contrefaisant ce qui faisait l'objet même de l'accord avec l'UNOCAM. Si demain on travaillait dans un cadre davantage de partenaires et de confiance, ces choses-là pourraient peut-être évoluer. Et je disais tout à l'heure que dans le monde du travail, les pouvoirs publics étaient peut-être un peu trop passifs par rapport aux partenaires sociaux pour structurer les thèmes de négociations, et prenaient tels quels après ces produits de négociations pour leur donner une force législative.

Dans les sujets qui concernent les politiques de santé et les politiques conventionnelles, notamment en ce qui concerne l'intervention de l'AMC, l'expérience nous a montré qu'ils avaient beaucoup moins d'égard. Et évidemment que c'est de nature à rendre plus compliquée une signature de l'UNOCAM. Si quand on signe quelque chose après ça prend force exécutoire à travers un texte législatif réglementaire qui n'est pas conforme à ce qu'on a signé, ça ne donne pas envie de signer quoi que ce soit par la suite.

On se demandait si la réforme avait un impact sur le fonctionnement interne de l'UNOCAM. Est-ce que ça complique les prises de décision en interne, est-ce que le consensus est plus difficile à trouver ?

Les règles de fonctionnement de l'UNOCAM sont fondées sur la recherche du consensus, ou en l'absence de consensus sur l'absence d'opposition d'une des trois fédérations à la décision que pourrait prendre les deux autres ensemble. Depuis la création de l'UNOCAM, il n'y a eu qu'un cas de désaccord qui était d'ailleurs partiel sur une saisine, l'une des premières, celle concernant la création initiale du cahier des charges du contrat responsable. Depuis nous n'avons jamais eu à rendre de nouveau un avis dit de non consensus. C'est intéressant à voir ça parce que généralement, la CNAM ancienne gouvernance ou la CSMF disent que c'est compliqué avec l'UNOCAM parce qu'ils n'arrivent pas à se mettre d'accord.

Concernant la généralisation de la complémentaire santé, la question ne s'est pas posée parce que le texte n'émanait pas du ministère de la Santé mais du ministère du Travail et donc nous n'avons pas été saisis pour avis du projet de loi. N'étant pas saisi pour avis du projet de loi, nous n'avons pas eu à donner un avis. Donc on n'a pas eu à expliciter un éventuel désaccord entre les fédérations sur ce sujet. Et nous n'avons pas été saisis non plus des projets de textes réglementaires pris en application de la loi votée. Donc de la même façon on n'a pas eu à constater un désaccord entre les fédérations. Ça c'est un premier point.

Le deuxième point, c'est qu'on vient de sortir d'une année particulièrement éprouvante pour le monde de l'assurance maladie complémentaire. En 2014 les IP et les mutuelles ont vu leur activité soumise à la fiscalité, ce qui n'était pas le cas avant. Les règles prudentielles, de solvabilité ont été redéfinies.

Par ailleurs l'activité des réseaux de soins a vu sa réglementation modifiée à la suite du vote de la loi Leroux. Et enfin on a eu un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires qui sont intervenues changeant beaucoup de choses dans différents aspects de l'activité de l'AMC, il y

a la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés ; la réforme du cahier des charges des contrats responsables et puis enfin la mise en concurrence des garanties désormais éligibles à l'ACS.

Et puis enfin dernier chantier en date ou peut être encore en cours, celui lié à la généralisation du tiers payant à l'horizon de 2017 pour tous les assurés sociaux.

Tous ces changements qui sont intervenus dans le monde de l'AMC déstabilisent profondément tous les organismes et donc les fédérations qui les constituent. C'est ce qu'on appelle en économie un choc d'offre à proprement parler. Un changement qui intervient dans l'environnement de l'entreprise, qui modifie son modèle économique et qui oblige à redéfinir la stratégie de tous les acteurs. Ces changements ajoutés les uns aux autres, le plus important étant évidemment l'ANI, se traduisent par une accélération des mouvements de concentration et par ailleurs, par le développement de regroupements d'organismes qui relèvent de gouvernances différentes : les mutuelles de fonctionnaires qui s'allient aux mutuelles dites interprofessionnelles du secteur privé, une mutuelle qui s'allie avec une IP... Tous ces changements ont un impact très clair sur la vie du secteur. Du coup, les fédérations elles-mêmes sont ébranlées par cette évolution des organismes. Ce n'est pas la même chose d'être une fédération comme la Mutualité française qui fédérait il y a encore quelques années 2000 mutuelles et d'être aujourd'hui une fédération dont les 20 premières mutuelles représentent 80% du chiffre d'affaire des mutuelles. L'augmentation de la taille des organismes plus le fait qu'ils relèvent parfois de plusieurs gouvernances, à travers la stratégie des alliances, font que le rôle des fédérations du point de vue des organismes est lui-même contesté ou en tout cas remis en cause.

Je vous invite à lire l'article paru sur l'Argus des assurances cette semaine sur la situation que traverse la Mutualité française à la veille de son congrès du mois de juin, pour que vous ayez bien conscience de ces ébranlements rencontrés par chacune des fédérations à des degrés divers.

On est dans une période où tout le monde est un peu passé dans la lessiveuse et du coup le monde de l'assurance maladie complémentaire est plus centré sur ses questions internes que sur les questions de politique conventionnelle.

Le troisième élément c'est pour la suite : est-ce qu'il peut y avoir des consensus trouvables sur la conduite de politique conventionnelle ? Pour le moment je ne sais pas, je ne pense pas qu'on soit rentré, du point de vue des pouvoirs publics, dans une période de grande créativité en matière de politique conventionnelle, parce que pour pouvoir négocier il faut avoir du grain à moudre et qu'il n'y a pas beaucoup d'argent à disperser aujourd'hui. Et puis les opérateurs en AMC vont avoir des choix à faire entre la conduite de projets conventionnels dans un cadre tripartite en partenariat avec l'AMO, et la conduite de projets autonomes dans le cadre de réseaux de soins. Jusqu'à présent on a plutôt réussi, malgré les mauvais coups supportés parfois du point de vue des pouvoirs publics et de l'AMO à pouvoir mener le tout dans un ensemble cohérent. Si on sortait d'une approche telle qu'elle est affichée aujourd'hui d'un plus grand partenariat entre l'AMO et l'AMC, cela pourrait avoir un effet très destructeur pour les politiques conventionnelles et pour l'avenir des politiques conventionnelles dites privées.

On aurait aimé avoir votre avis sur les contrats responsables et leur redéfinition.

C'est une création très intelligente de la loi de 2004. Quand on est une administration publique et qu'on n'a plus beaucoup d'argent, c'est très intelligent d'essayer de définir les conditions d'intervention d'opérateurs privés qui sont censés avoir plus d'argent. C'est ce qu'on appelle en économie l'effet de levier. La réforme de 2004 était cependant une réforme nominaliste c'est-à-dire

on donne des noms aux choses en changeant assez peu la réalité. Et finalement le cahier des charges initial des contrats responsables avait été conçu pour ressembler à ce que généralement les organismes complémentaires avaient déjà dans leurs garanties. Les contrats responsables ont été mis en difficulté par la suite par les pouvoirs publics, notamment en 2011 avec la suppression de l'avantage fiscal dont ils bénéficiaient. Là les pouvoirs publics se sont dits « il faut qu'on ait des cahiers des charges un peu plus discriminants pour réguler davantage l'activité de l'AMC ». Que les pouvoirs publics se posent ce type de question c'est tout à fait légitime, après la question est de savoir si, concrètement, à travers ce qui est décidé on régule vraiment plus ou au contraire on administre un peu trop et du coup avec le risque d'aggraver certains travers du système. Ce qui me frappe dans l'évolution du cahier des charges du contrat responsable, c'est quand même l'ANI et l'ACS, les pouvoirs publics sont rentrés dans la définition de dispositifs particulièrement complexes.

Il me semble particulièrement complexe de définir un panier de soins pertinent, différent selon le statut des assurés sociaux. La légitimité de définition de paniers de soins différents suivant le statut des malades me paraît quelque chose d'assez étonnant. Ensuite cette définition de panier de soins différents conduit à réduire la base de mutualisation à laquelle procèdent les organismes complémentaires. On segmente les contrats par type de population. Et du coup on crée des bases en termes de calcul économique moins solidaires entre ces différents types de population. Vous avez pour un même organisme par exemple, le panier de soins CMU -C, le panier de soins ACS, le panier de soins contrats collectifs, le panier de soins contrats responsables à l'intérieur des contrats collectifs... Ca fait quand même un dispositif qui est un petit peu complexe et est-ce que cette complexité est toujours utile, je m'interroge...

J'ai le sentiment que, de façon plus générale, les pouvoirs publics se sont engagés sur la voie d'une réforme en profondeur, implicite à ce stade, du monde de l'AMC qui se réfère à la voie qui a été suivie sur le terrain des retraites complémentaires. On réduit le nombre d'acteurs, on accroît leur taille, on uniformise leurs prestations, on généralise, on rend même obligatoire dans le cadre des retraites, ce qui présente l'avantage de pouvoir, à terme, organiser une bascule du régime de base public vers le régime complémentaire privé obligatoire qui soit indolore socialement, mais présentant l'inconvénient in fine d'avoir un système qui n'est plus du tout créateur d'innovations et qui par ailleurs, comme tout dispositif public, n'est plus équilibré économiquement mais structurellement déficitaire.

Et je pense qu'à travers les différentes réformes qui sont en cours dans le monde de l'AMC aujourd'hui, c'est la vision par ailleurs de la CFDT, on suit une pente qui est celle qu'a suivie la retraite complémentaire, et je ne suis pas sûr que ce soit la pente la plus pertinente parce qu'elle se traduira par des difficultés financières, par une baisse de l'innovation, et enfin elle tend à réduire la capacité du second financeur à exister dans le terrain de la gestion du risque donc de la réduction des coûts et de l'économie de la rente au service des adhérents et assurés. Donc je suis plutôt réservé pour ma part.

Vous venez de répondre à la question d'après puisqu'on se demandait si selon vous, cette généralisation augurerait de futurs transferts de charge de l'AMO vers l'AMC ?

Oui, alors il y a plusieurs choses à avoir en tête. Aujourd'hui, les organismes complémentaires font à la fois des contrats individuels et des contrats collectifs. Les contrats collectifs sont gérés avec les DRH des grosses boîtes et les partenaires sociaux, donc des négociations dures, ce qui fait qu'aujourd'hui dans l'équilibre des organismes complémentaires, il y a plus de marge qui est

réalisée sur les contrats individuels que sur les contrats collectifs. Et donc la généralisation des contrats collectifs et la part résiduelle prise par les contrats individuels va se traduire par une réduction des marges des organismes complémentaires d'assurance maladie. Donc nous allons aller vers un secteur d'activité qui va être moins profitable.

Par ailleurs, la complémentaire santé pour tous les salariés, c'est aussi un peu moins de complémentaire santé pour chacun. La capacité des entreprises et des employeurs à consacrer des dépenses au financement des dépenses de santé de leurs salariés n'est pas illimitée, elle n'est pas absolue compte tenu des problèmes de compétitivité et de compétitivité prix de l'économie française, et notamment dans les branches fortement employeuses de main d'œuvre. Et donc la définition des garanties négociées risque d'être fortement minimaliste. Donc une généralisation, mais au titre du moins disant, pas au titre du mieux disant. Et donc l'une des questions qui va se poser c'est de savoir si à terme cette standardisation par le bas des contrats pour les salariés dans le cadre de la branche ou de l'entreprise ne va pas ouvrir un autre nouveau marché pour de la sur-complémentaire.

Alors des sur-complémentaires qui pourraient être proposées par le même organisme qui assure déjà le contrat collectif ? En option finalement ?

Oui mais alors c'est compliqué après en terme de requalification des contrats de base comme contrats responsables. On ne peut pas faire n'importe quoi dans ce cadre-là, et puis je ne sais pas si les entreprises y ont beaucoup intérêt, ça pourrait être des choses qui pourraient relever d'un contrat individuel.

D'accord, donc ça serait encore un marché supplémentaire ?

Oui c'est possible qu'à vouloir beaucoup administrer les choses avec des prestations clairement définies on crée à terme des difficultés, vous voyez ? Dans le cahier des charges des contrats de l'ANI, la garantie définie, avec ce qu'elle prévoit sur le dentaire ou ce qu'elle prévoit sur l'optique, laisse des marges de manœuvre. Certes, certains observateurs estiment que sur le dentaire ce n'est pas beaucoup remboursé, que sur l'optique en revanche c'est un peu trop généreux.

Le problème de voir des cahiers des charges ainsi définis par des opérateurs qui n'ont pas l'habitude de faire des calculs de définition de garanties, c'est d'avoir des contrats qui sont conçus de façon un peu coûteuse, pas équilibrés techniquement. Donc cette intrusion de l'administration dans des logiques purement économiques qui sont liées à des calculs d'actuariat peut avoir des effets très déstabilisateurs au prétexte de réguler.

En parlant de régulation on voulait aussi aborder avec vous la question des réseaux de soins... est-ce que vous êtes favorable à un renforcement de ces réseaux et à un élargissement de leurs périmètres ?

Alors à titre personnel, j'estime que c'est très compliqué de bien réguler l'offre de soins quand il y a deux financeurs pour une même prestation. Donc si on veut bien réguler les choses, il y a deux options possibles. La première c'est de faire en sorte que les deux financeurs travaillent un peu ensemble pour articuler leurs interventions. C'est la question du partenariat, de l'accord de méthode entre financeurs, jusqu'à présent ça ne marchait pas, il y a un affichage plus coopératif aujourd'hui de la part de la CNAM mais il n'y a pas de réalisation pour le moment.

La seconde option c'est d'assumer que pour certaines prestations il y ait certains financeurs qui soient en première ligne. Donc de ce point de vue-là, c'est absurde de se priver de la capacité d'organismes privés à essayer de jouer de la négociation ou du rapport de force pour baisser les restes à charge.

Quand j'étais à la Mutualité française, avant d'être ici, j'ai redéfini les politiques conventionnelles de l'ensemble des mouvements mutualistes avec les établissements hospitaliers publics et privés. Il y avait différentes pratiques qui existaient, tout le monde trouvait ça très bien mais en fait l'efficacité économique n'était pas avérée donc je les ai amenés à changer complètement de logique en créant un système à deux étages : le premier étage c'est que, à la différence de l'AMO, les mutuelles ne sont pas obligées de négocier. Donc il faut qu'elles négocient quand elles y ont un intérêt et elles ne négocient pas quand elles ne savent pas faire et elles n'y ont pas intérêt. Quand elles ne savent pas faire et n'y ont pas intérêt, elles prennent une décision unilatérale. Donc le premier étage c'était l'établissement d'une liste d'établissements de santé référencés sur des critères de qualité. On ne négocie pas sur de la qualité, on se réfère à ce que fait la HAS, qu'il y ait un maillage territorial suffisant. Il fallait qu'il y ait 80% de l'offre de soins dans un département qui soit concerné par le référencement et par le respect d'un certain niveau de tarifs par les équipes de soins. On ne négociait pas sur les dépassements d'honoraires mais dans les cliniques où il y avait des dépassements d'honoraires trop excessifs, on les éliminait. Et puis ceux qui étaient référencés, deuxième étage, on allait les voir pour négocier sur les sujets sur lesquels il faut bien négocier : le prix de la chambre particulière.

Et donc ce type de politique montre qu'il y a une possibilité pour le mouvement mutualiste. L'évaluation de ce dispositif est en cours de validation et les résultats sont très positifs. Cela montre qu'il y a une possibilité pour les organismes complémentaires d'intervenir dans la régulation des dépenses de santé de façon optimale et ça peut se faire dans un cadre qui est cohérent avec les politiques publiques conduites par ailleurs par l'Etat ou l'assurance maladie obligatoire.

La loi Leroux ne permet pas d'avoir de négociations sur les tarifs des médecins, donc le dispositif que j'avais conçu ne négociait pas les tarifs des médecins. En revanche les établissements dans lesquels les tarifs des médecins sont excessifs ne peuvent pas être référencés pour négocier le supplément pour la chambre particulière.

Aujourd'hui on est obligé de ruser parce que le cadre est très contraignant, mais je trouve très étonnant pour ma part que les pouvoirs publics interdisent à un financeur de contribuer à une régulation des dépassements d'honoraires.

Une question un peu plus ouverte pour terminer : on aimerait avoir votre vision sur les évolutions à venir du système.

Je ne suis pas d'une nature très optimiste, je suis navré... Moi je pense que quand les réformes structurelles ne sont pas faites pendant des années et qu'on est par ailleurs dans un système qui rencontre une crise de financement structurelle profonde, grave, le jour où il faut faire des réformes elles sont nécessairement beaucoup plus violentes et spectaculaires...

Donc on est passé d'une époque où entre AMC et AMO on était dans le transfert de charges, à une époque où on ne transfère plus de charges parce qu'on ne peut pas afficher un désengagement de l'AMO, mais où on préfère créer des taxes affectées pesant sur l'activité des AMC et affectées soit à l'AMO elle-même, soit au fonds CMU. Ça permet de puiser dans les dépenses d'AMC et de faire en sorte que les complémentaires soient obligées d'afficher des tarifs en hausse et non pas d'afficher une hausse des impôts et des cotisations sociales. Et puis ça maintient politiquement les

organismes complémentaires dans une position de suggestion et ils n'apparaissent pas comme porteurs d'une politique publique intéressante, mais simplement comme un élément opaque financier du système dont personne ne comprend la valeur ajoutée.

Je pense que ce jeu financier ne va pas pouvoir durer très longtemps. Donc on va revenir nécessairement à des questionnements sur la définition du panier de soins par l'AMO, du coup par des transferts de charges vers l'AMC. Peut-être que ça se traduira à terme par le fait qu'on passe de plusieurs paniers de soins définis pour différentes populations couvertes par l'AMO, à un seul panier de soins. Donc je pense qu'on va aller vers une évolution qui sera perçue comme à la fois plus libérale, avec une montée en charge de la part des complémentaires, et en même temps une montée en charge qui sera plus administrée avec une standardisation de l'offre de base des organismes complémentaires.

Et je pense que de ces deux points de vue, ce n'est pas nécessairement ce qu'il y a de plus intelligent à faire puisque je pense que la question ce n'est pas trop de savoir si c'est plus la Sécurité sociale qui paye ou si c'est plus les assurances privées, la question c'est de savoir comment on fait en sorte de maîtriser l'évolution des dépenses elles-mêmes, quel que soit le financeur. Parce que le financeur fondamentalement c'est les particuliers, les entreprises.

Par ailleurs, il y a une autre dimension à avoir en tête, c'est la montée du fait régional. Quand l'Etat ne sait pas gérer un problème, il finit toujours par le déconcentrer et finalement par le décentraliser, donc je pense que les politiques conventionnelles vont être gérées de plus en plus au niveau des ARS. Il va falloir asseoir l'autorité des ARS ou donner une légitimité à tout ça, je pense qu'assez vite on mettra des conseils régionaux dans le coup. Voilà et je pense que c'est une évolution forte également vers laquelle on va... je ne suis pas très convaincu à titre personnel que la régionalisation des politiques conventionnelles, en tout cas pour ce qui concerne la définition des tarifs, soit quelque chose de très pertinent. La régionalisation des politiques de santé par ailleurs dans le cadre de régions qui voient leur taille s'accroître compte tenu des disparités infrarégionales qui existent, c'est quelque chose qui ne va pas du tout de soi.

La mise en place de la complémentaire santé obligatoire au 1er janvier 2016

BELAUD Hugues (IASS), BOURGEOIS Simon (AAH), BRAVO Rosa (DS), HAMMOU-KADDOUR Zouhir (D3S), LECOMTE Bastien (AAH), MANEYROL Arnaud(IASS) OMBALA Prisca (D3S), PAGE Camille (DH), PIAUD Cédric (DH), VALERY Aude (DH)

Résumé :

L'ANI du 11 janvier 2013, relatif à la sécurisation de l'emploi, a rendu obligatoire la complémentaire santé pour tous les salariés. Les branches et à défaut les entreprises sont tenues de négocier et signer un contrat d'assurance collectif pour leurs salariés. Les négociations de branches se sont achevées au 30 juin 2014. En cas d'absence d'accord à ce niveau de négociation, les entreprises ont jusqu'au 1er janvier 2016 pour négocier et signer ce contrat.

Cette étude montre, à travers les différentes hypothèses formulées par les acteurs interrogés, que cette réforme impacte en premier lieu les assureurs, les employeurs, les salariés et exclut une frange de la population qui n'est pas concernée par la généralisation (chômeurs, étudiants, retraités, fonctionnaires).

La généralisation de la complémentaire santé entraîne: d'une part un mouvement de bascule des contrats individuels vers les contrats collectifs avec pour conséquence possible une réduction des garanties pour certains salariés et une augmentation des coûts pour les entreprises. D'autre part un mouvement de restructuration du marché des complémentaires.

L'étude a également pour ambition d'élaborer des prospectives pour le système d'assurance maladie et le nouveau rôle dévolu aux organismes de complémentaire santé.

Mots clés :

ANI du 11 janvier 2013 – assurance maladie complémentaire – généralisation - loi du 14 juin 2013 – sécurisation de l'emploi –

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs