

HISTOIRE DES COMPLÉMENTAIRES MALADIE

[Jean-François Chadelat](#)

EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | « Regards »

2016/1 N° 49 | pages 35 à 44

ISSN 0988-6982

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-35.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale.
© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Histoire des complémentaires maladie

Par Jean-François CHADELAT

Inspecteur Général des Affaires Sociales honoraire et Président d'Honneur du Fonds CMU



Inspecteur général des affaires sociales honoraire, Jean-François CHADELAT a passé toute sa carrière au service de la Protection sociale française. Il a ainsi été Directeur général de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), directeur du Fonds de solidarité vieillesse et directeur du Fonds « Couverture maladie universelle (CMU) » de 2003 à 2012.

Introduction

Même s'il serait inexact, surtout aujourd'hui, de se limiter à parler de la Mutualité pour traiter du sujet des complémentaires santé, il n'en demeure pas moins que, d'un simple point de vue historique, la Mutualité est le facteur déterminant et de loin le plus ancien des complémentaires santé.

Il existe en 2016, trois familles d'intervenants sur le marché de l'assurance santé complémentaire : les Mutuelles, les Compagnies d'Assurance et les Institutions de Prévoyance (IP). Chacun de ces trois acteurs relève d'un code différent : le Code de la mutualité, le Code des assurances et le Code de la sécurité sociale.

En 1945, les mutuelles ont vu leur place historique sensiblement modifiée, les institutions de prévoyance sont apparues, dans la foulée des caisses de retraite complémentaire. Pour ce qui concerne les compagnies d'assurance, elles sont bien évidemment très anciennes, mais inexistantes dans le domaine de l'assurance santé en 1945.

Plusieurs périodes méritent d'être distinguées. La première période va de la fin du XVIII^e siècle jusqu'en 1945. La seconde s'étend pendant la deuxième moitié du XX^e siècle avec des dates clefs comme la loi Evin de 1989 et le nouveau Code de la mutualité en 2001.

Deux autres périodes méritent des développements, mais ceux-ci seront volontairement limités ici pour deux raisons : la première parce qu'un autre article du présent numéro les abordera plus en détail, la seconde parce que l'on quitte le domaine de l'Histoire pour rentrer dans celui de l'actualité. La première de ces périodes est celle qui traite d'une date très importante, la loi du 27 juillet 1999 créant la CMU-Complémentaire. La seconde est celle consécutive à la généralisation de la complémentaire santé. Elle débute avec le discours du chef de l'état au congrès de la FNMF à Nice en octobre 2012, suivi de l'ANI de janvier 2013, elle se poursuit avec les textes les plus récents, comme la LFSS pour 2016 qui essaye d'avancer sur le problème de la complémentaire santé des seniors.



I- La couverture santé jusqu'en 1945

À la fin du XVIII^e siècle sont apparues des caisses de secours mutuels, qui ont commencé à se structurer de façon autonome par rapport à leurs confréries ou corporations d'origine. Moyennant le paiement d'une cotisation, leurs membres bénéficient de prestations en cas de maladie. Ces caisses sont autogérées par leurs promoteurs qui en sont également les bénéficiaires. Contrairement aux compagnies d'assurance, elles ne s'occupent pas de savants calculs actuariels ; leur petite taille permet l'exercice d'une solidarité de proximité.

La Mutualité naissante n'est pas épargnée par la Révolution Française.

La loi Le Chapelier du 17 juin 1791 prévoit : « L'anéantissement de toutes espèces de corporation de citoyens du même état ou profession », le but étant de prévenir toute coalition ouvrière. Par contre, Le Chapelier vise les pauvres et les nécessiteux : « Ces caisses de secours ont paru utiles..., mais c'est à la Nation de fournir des secours aux infirmes ». Cet aspect est confirmé par la Déclaration des droits de l'homme de 1793.

Les Sociétés de secours mutuels se développèrent pendant la première moitié du XIX^e siècle et on en dénombre 148 en France en 1823. Les autorités les laissent faire du moment qu'elles ne développent pas d'activités extra-sanitaires.

Sous la II^e république, les sociétés de secours mutuels apparaissent comme les structures idéales pour la prise en charge du risque maladie (décret du 28 juillet 1848).

Napoléon III, qui voit dans ces sociétés la forme idéale pour protéger contre le risque maladie, ira plus loin en faveur des sociétés de secours mutuels, puisque le décret du 28 mars 1852 prévoit la création d'une société dans chaque commune, lorsque le conseil municipal est d'accord. En 1872, il en existe 5 793.

Dans les deux dernières décennies du XIX^e siècle, sont organisés régulièrement des congrès nationaux de la Mutualité, le premier a lieu à Lyon en 1883. À chaque congrès, est réaffirmé l'attachement des mutualistes à l'éthique solidaire et à l'égalité de tous les adhérents devant les cotisations et les prestations.

La loi Waldeck-Rousseau de 1884 attribue aux syndicats la charge de défendre les conditions de travail et, de fait, limite les sociétés de secours mutuels à une mission sanitaire.

En 1898, on dénombre 11 825 sociétés, rassemblant près de 2 millions de membres.

La charte de la Mutualité voit le jour le 1^{er} avril 1898 et la Fédération Nationale de la Mutualité Française, le 28 septembre 1902, date de son acte constituant.

Les gouvernements de la III^e république accordent un soutien indéfectible à la Mutualité : « La Mutualité accomplit une œuvre véritablement nationale en particulier en luttant contre la maladie ».

En avril 1930, est promulguée la loi sur les Assurances sociales. Le soutien à cette loi a été admis par la FNM dès son congrès de 1923, même si certains mutualistes y voient

la mort des sociétés de secours mutuels, par la disparition de toute idée de coopération et de solidarité.

Faisant valoir son expérience gestionnaire, la Mutualité devient la cheville ouvrière du système. Mais elle est instrumentalisée par l'administration pour le versement des remboursements de soins. Dans les années qui précèdent la deuxième guerre mondiale, les sociétés de secours mutuels restent établies sur une base territoriale ou corporatiste. Dès lors, patronat et syndicats font main mise sur la prévoyance des salariés au sein des entreprises. Se créent alors des sociétés d'assurance à forme mutuelle. C'est le cas en 1934 de la MAIF et de la GMF.

II- La création de la Sécurité Sociale en 1945

Avec la création de la Sécurité Sociale en 1945, la Mutualité va connaître un véritable tournant. Il apparaît d'emblée que la Mutualité ne jouera pas, auprès de la Sécurité Sociale, le rôle d'organisme gestionnaire qui avait été le sien auprès des Assurances Sociales.

Aux élections à la Sécurité Sociale de 1947, la Mutualité ne recueille que 10 % des suffrages, loin derrière la CGT et la CFTC. Les syndicats ouvriers sont donc les partenaires essentiels de la gestion de la sécurité sociale.

Qui plus est, la Mutualité s'arc-boute sur ses principes : maintien de l'acte volontaire individuel de prévoyance et lutte contre l'étatisation de la protection sociale. De surcroît, la liberté d'affiliation qui prévalait dans la législation sur les assurances sociales est supprimée et les assurés sont regroupés au sein de caisses primaires.

La loi de 1898 sur les sociétés de secours mutuels est abrogée et remplacée par un ensemble de règles qui deviendront en 1955, le Code de la Mutualité. L'ancienne désignation de « sociétés de secours mutuels » est remplacée par « sociétés mutualistes ».

La Mutualité se retrouve confinée dans les domaines restés en marge du régime de base, en particulier dans la couverture santé complémentaire des salariés, au niveau individuel comme, en partie au niveau collectif. C'est le secteur du « Ticket Modérateur », pour lequel le Code de la Sécurité Sociale reconnaît, dans son article L. 4, une exclusivité de principe aux organismes non lucratifs : mutuelles et institutions de prévoyance.

En 1946, la Mutualité décide cependant de s'intégrer dans ce nouveau paysage de la protection sociale. Se créent alors la MGEN, la MGPTT et la MGET.

La loi Morice de 1947 accorde aux sociétés mutualistes la possibilité de se transformer en sections locales de Sécurité Sociale. C'est de cette période que date la gestion de la sécurité sociale de base des fonctionnaires et des étudiants par des mutuelles.

Vers la même époque se crée l'Union des Caisses Chirurgicales Mutualistes. La mission mutualiste trouve un nouveau vecteur de développement.

La désaffection mutualiste pour la prévoyance collective d'entreprise plonge ses racines dans le divorce historique entre mutualité et mouvement ouvrier.

La Mutualité laisse alors le champ libre aux Institutions de Prévoyance (IP), d'autant plus que le décret du 8 juin 1946 confie les régimes complémentaires de retraites naissants, aux IP, dont certaines sont



l'émanation directe des compagnies d'assurance. Cette attitude de la Mutualité s'explique aussi par le caractère obligatoire de l'affiliation à ces régimes. C'est en effet antinomique de l'attachement quasi viscéral au principe d'adhésion volontaire, expression de la vision libérale défendue par la Mutualité.

Dans les IP, les partenaires sociaux construisent progressivement des dispositifs de protection complémentaire des salariés.

La complémentaire santé, jusqu'alors domaine quasi exclusif des sociétés mutualistes, s'ouvre avec le décret du 24 janvier 1956, qui légalise la présence des compagnies d'assurance, dans les contrats collectifs et en particulier dans le domaine des frais médicaux et pharmaceutiques.

Mais dans les années 1960, la concurrence dans le domaine de la complémentaire maladie est encore faible. Il est vrai que pour les IP et les compagnies d'assurance, le risque maladie ne nécessite que peu de réserves et provisions. Il est donc moins intéressant que celui de la prévoyance lourde, où les réserves mathématiques, constituées de capitaux provisionnant les engagements futurs, sont très importantes.

Au cours des années 1960, où naissent la MAAF, la MACIF et la MATMUT, qui se fédéreront dans le GEMA, une bataille se livre sur l'appellation « Mutuelle ». On distinguera les mutuelles historiques dites « Mutuelles 1945 » des compagnies d'assurance : « Société d'assurance à forme mutuelle ».

La mutualité, en plus de son activité de remboursement des soins de santé, crée des réalisations sanitaires : centre de soins, cliniques, pharmacies mutualistes, centres dentaire ou optique. Ces réalisations font bénéficier les adhérents de la pratique du tiers payant.

À la fin des années 1960, les compagnies d'assurance s'intéressent de plus en plus à la couverture maladie.

Les ordonnances Jeanneney de 1967 excluent complètement les mutualistes des conseils d'administration de la Sécurité Sociale.

Pour contrer l'expansionnisme des compagnies d'assurance, la Mutualité fait de la défense de la Sécurité Sociale, une priorité dont dépend son propre avenir.

Au début des années 1970, la Mutualité ne garantit guère que la complémentaire maladie et dans ce domaine, les compagnies d'assurance commencent à la concurrencer.

C'est aussi le cas des IP sur le terrain de la prévoyance en entreprise. Les IP, après s'être positionnées sur la retraite complémentaire et la prévoyance lourde, se tournent désormais vers la complémentaire maladie.

Malakoff, la CIPC et l'AGRR (1947), puis la CRI (1955), la CNRO (1959) sont des poids lourds qui ne faisaient pas d'ombre à la Mutualité, jusqu'au jour où ils se sont tournés vers la complémentaire maladie, après avoir saturé le secteur de la prévoyance lourde.

Les contrats collectifs obligatoires d'entreprises, commercialisés par les IP, se sont développés grâce à des exonérations fiscales et sociales très importantes.

III- La complémentaire maladie après le premier choc pétrolier

A – La Mutualité dans les années de la crise économique mondiale

Sans qu'il soit possible d'en donner une date précise, le champ de la complémentaire maladie est à la fin des années 1970 et dans les années 1980, ouvert complètement aux trois familles d'acteurs.

Avec la crise du premier choc pétrolier, la Sécurité Sociale et plus particulièrement le régime de base d'assurance maladie, rentre dans des crises financières à répétition, allant de déficits en déficits. Les plans de financement se succèdent, chacun contenant ses mesures d'économies.

Les mesures d'économies dans le domaine de l'assurance maladie se traduisent par de moindres remboursements du régime de base, donc, a contrario, par un champ supplémentaire ouvert à la complémentaire santé.

Les mutuelles s'y opposent avec plus ou moins de fermeté. Les compagnies d'assurance et les IP y voient plutôt l'occasion de développer leur chiffre d'affaire.

Quelques exemples illustrent ce propos.

En 1979, Jacques Barrot ministre en charge de la Sécurité Sociale, décida de mettre en œuvre une disposition contenue dans les ordonnances Jeanneney de 1967 : le Ticket Modérateur d'Ordre Public (TMOP), c'est-à-dire l'interdiction par un assureur complémentaire de prendre en charge une partie du ticket modérateur de la Sécurité Sociale. Les assureurs s'y opposèrent au nom du principe de « la liberté d'assurer et de s'assurer ». Le président de la FNMF lança pour sa part une campagne de protestation qui se traduit par l'envoi de plus de 6 millions de cartes à l'Élysée. Face à ce tollé, la mesure fut reportée. Mais on notera que, vingt ans plus tard, la loi du 13 août 2004 introduisit une franchise de 1 € non remboursable par quiconque, sans que cela ne suscite une opposition, autre que celle d'une charge supplémentaire laissée aux assurés.

En 1982, le plan Bérégovoy, utilisant les vignettes bleues créées en 1975, fit passer d'un seul coup 1 279 spécialités pharmaceutiques d'un remboursement à 70% vers 35%, et instaura le forfait journalier hospitalier. Les complémentaires prirent en charge ces dépenses supplémentaires, accroissant leur chiffre d'affaire et surtout accroissant leurs cotisations.

Dans les années 1980, la Mutualité recule face aux assureurs, qui, eux, tarifant en fonction de l'âge, peuvent attirer une clientèle plus rentable : les jeunes. Les mutuelles recueillent alors les catégories les plus consommatrices de soins, notamment les personnes âgées.

La distinction entre les opérateurs pose de plus en plus de problèmes. Certaines mutuelles commencent à utiliser des méthodes assurantielles.

Dans ce contexte, la réforme du code de la mutualité votée le 25 juillet 1985 était très attendue par le mouvement mutualiste.

C'est à cette occasion que le nouveau code distingue les mutuelles (au nombre de 7 000) des sociétés d'assurance à forme mutuelle (15). Des règles de réserves et de solvabilité sont posées. Le champ d'action de la mutualité est élargi en matière de prévoyance collective complémentaire, qui peut être obligatoire au sein d'une entreprise.



Ainsi le gouvernement officialise-t-il l'ouverture du secteur de la santé à la concurrence du marché, tout en le complétant d'un code de bonne conduite (non sélection des risques). Mais qui se soldera par un échec.

Le mouvement de concentration des mutuelles s'opère lentement mais systématiquement. Le congrès de la FNMF de 1988 en prendra acte comme « un phénomène naturel pour les groupements mutualistes qui deviennent progressivement des entreprises ». Un nouveau pas est franchi : les administrateurs mutualistes eux-mêmes utilisent le terme « entreprise ».

B – La loi Evin du 31 décembre 1989

Arrive alors la loi Evin du 31 décembre 1989. Son objectif est de protéger le consommateur contre la sélection des risques et, d'autre part, d'établir une concurrence loyale sur le marché de la complémentaire maladie. L'article 4 de la loi fait obligation aux organismes gestionnaires de contrats collectifs de conserver les retraités, chômeurs, invalides qui sortent de l'entreprise. Mais l'assureur santé peut majorer le tarif du contrat, obligatoirement identique, de 50 %. Ainsi, par exemple un actif qui avait un contrat de 100 payé à 50 par l'entreprise et 50 par lui, doit désormais payer seul 150. Le passage de 50 à 150 est un triplement. Si l'employeur participe à hauteur de 75, on arrive à un sextuplement !

Un second volet de la loi Evin marque un pas supplémentaire vers la banalisation de la mutualité. Désormais, compagnies d'assurance, mutuelles et IP sont officiellement placées sur le même plan. La loi entérine l'intervention des compagnies d'assurance sur le marché de la complémentaire maladie et permet aux IP de faire de l'individuel.

Dans les années 1990, jouant sur la baisse continue des remboursements de l'assurance maladie de base, les assureurs, en particulier par la voix de Claude Bébéar, PDG d'AXA, proposent de couvrir des groupes de personnes à partir du premier franc : « La santé n'est pas un marché, mais l'assurance maladie en est un ». Pour les assureurs, la complémentaire santé est un produit d'appel, qui permet de placer d'autres contrats auprès de leur clientèle.

En 1996, la réforme du plan Juppé autorise l'expérimentation de filières et réseaux de soins. AXA propose d'organiser un réseau au premier franc sur 50 000 habitants d'Ile de France. Le gouvernement lui a opposé une fin de non-recevoir.

L'idée de faire davantage intervenir les assureurs complémentaires dans la protection maladie, conduit l'aile la plus libérale de la politique française, à rechercher comment y parvenir.

C'est ainsi qu'en 2003, le ministre en charge de la Sécurité Sociale, Jean-François Mattei, commande un rapport sur « la répartition des interventions entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire sur la prise en charge des dépenses de santé ».

Son idée est de décharger la Sécurité Sociale de certaines dépenses en les transférant sur la complémentaire santé et, dès lors, de résoudre le problème du déficit de l'assurance maladie.

La réponse apportée par le rapport est sans ambiguïté : « compte tenu des poids respectifs des assurances obligatoires et complémentaires, il serait illusoire d'en espérer une solution aux déficits de l'assurance maladie ».

Par contre, le rapport indique bien que dans certains domaines, en particulier l'optique et les prothèses dentaires, le rôle des complémentaires est déterminant.

À l'occasion de ce rapport et des remous qu'il suscita, se manifesta une opposition totale à toute idée de « privatisation » de la Sécurité Sociale.

Les faits étant têtus, moins de quinze mois plus tard, la place des complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé, fut actée, avec la loi du 13 août 2004. Cette loi crée à la fois l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) mais aussi l'UNOCAM, union des complémentaires d'assurance maladie, pour instaurer un réel dialogue entre base et complémentaire.

C – Le Code de la Mutualité : Ordonnance du 19 avril 2001

La Mutualité doit également faire face à ce qui est pour elle un véritable séisme. Il s'agit des directives européennes 92/49 et 92/96 qui imposeraient au monde mutualiste de nouvelles et fortes contraintes. L'action des mutualistes freina leur transposition. La France se voit condamnée en 1999, pour manquement à cette obligation.

Le rapport Rocard de mai 1999, fait des propositions pour sortir de cette impasse. Il conclut à l'urgence et à la possibilité de transposer les directives. Il indique que les principes mutualistes de solidarité et de non-sélection des risques sont compatibles avec elles.

La séparation juridique et financière entre l'activité d'assurance et les œuvres sociales des mutuelles (pharmacies, cliniques,...) est adaptable aux spécificités mutualistes.

L'ordonnance du 19 avril 2001 relative au Code la mutualité, réécrit totalement ce code. Elle intègre le principe de spécialité, bien que contesté par le monde mutualiste, mais ménage des liens entre ces structures. Elle prévoit explicitement que les mutuelles de santé ont le droit d'offrir à leurs membres des réalisations sanitaires et sociales.

Un certain nombre de principes figurent dans ce nouveau code :

- ▼ Chaque adhérent est lié à la mutuelle par des relations contractuelles. Il participe au fonctionnement de la mutuelle par sa présence à l'Assemblée Générale
- ▼ Absence de sélection médicale
- ▼ Absence d'individualisation en fonction de l'état de santé
- ▼ Caractère viager de la garantie

IV- La CMU-C

La complémentaire santé est montée en charge progressivement dans la population française : 30 % en 1960, 65 % en 1980, 88 % en 1999 et environ 95 % actuellement.

En 1999, les pouvoirs publics apportèrent à la complémentaire santé un tournant majeur et ses lettres de noblesse. Pour la première fois un gouvernement prend en compte explicitement, et non plus implicitement, son existence.

Le problème de base est l'accès aux soins et son corollaire, le renoncement aux soins pour raison financière. Or, l'assurance maladie obligatoire ne prenant pas en charge la totalité des dépenses,



l'existence de restes à charge provoque des renoncements aux soins dans les deux premiers déciles de revenus des ménages.

Martine Aubry, ministre en charge de la Sécurité Sociale, considéra que, pour la première fois dans l'histoire des complémentaires, pour pouvoir accéder aux soins, il est nécessaire de disposer non seulement de la Sécurité Sociale de base mais aussi d'une complémentaire santé, en tout cas pour les assurés aux revenus les plus faibles.

Elle décida de mettre en place une complémentaire santé, offerte gratuitement, pour les assurés se trouvant en-dessous du seuil de pauvreté.

Non seulement la complémentaire était gratuite, mais cette CMU-C ainsi créée, dispose d'un panier de soins très complet et tous ces soins sont gratuits pour les Cmuistes.

L'idée de base de la CMU-C est de ne surtout pas créer une médecine de pauvre. Le Cmuiste doit pouvoir accéder à tous les soins, comme n'importe quel assuré social. Pour parvenir à cela, il est nécessaire d'imposer des contraintes aux professionnels de santé. Par exemple un médecin du secteur II devra pratiquer les tarifs du secteur I à l'égard des Cmuistes. Pour les dentistes, tous les tarifs des prothèses sont fixés par un arrêté. On se doute que les professionnels de santé n'accueillirent pas favorablement la loi.

Ils ne furent pas les seuls. En effet la ministre considéra que cette nouvelle complémentaire pouvait être gérée par les différents acteurs de la complémentaire santé, mais aussi par les caisses de Sécurité Sociale. Le président de la FFSA accusa des CPAM de captation de clientèle.

Les débuts de cette nouvelle complémentaire furent donc difficiles, mais le résultat fut obtenu. Pour le premier décile de la population, le taux de renoncement aux soins qui était de 30 % en 1998, tomba à 15 % en 2002.

Parmi les critiques qui furent portées contre la CMU-C, il en est une qui était tout à fait justifiée. Un très fort effet de seuil. Dépasser de 1 € le plafond de ressources fait que l'on passe d'une complémentaire de très bonne qualité à...rien.

Un remède fut apporté par la loi du 13 août 2004 avec la création de l'ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé. Cette aide est destinée aux personnes qui dépassent le plafond de ressources de la CMU-C de 35 % (ce taux de dépassement a été relevé à plusieurs reprises). Le principe de l'ACS est différent de celui de la CMU-C. L'ACS est un chèque santé, un bon d'achat, donné à son bénéficiaire pour qu'il l'utilise afin d'acquiescer la complémentaire de son choix.

Comme la CMU-C, l'ACS est sur le fond une excellente chose, mais elle aussi, peut-être plus que la CMU-C, souffre de graves défauts.

Le plus gros problème de l'ACS est son taux de non recours. Alors que le recours à la CMU-C est d'environ 70 %, celui de l'ACS oscille autour de 30 à 43 % en 2014. Cela veut dire que sur 100 personnes qui pourraient en bénéficier, un peu moins des deux tiers ne la demande pas. Par contre, lorsqu'ils ont leur chèque santé dans les mains, ils l'utilisent. De très nombreuses études ont été conduites par le Fonds CMU pour essayer d'expliquer

la raison de ce non-recours. Les causes sont sans doute multiples : un manque de notoriété, mais douze ans après sa création et compte tenu des très nombreuses campagnes de communication, cette explication ne saurait suffire. Une grande complexité, pourtant les démarches et les formulaires sont identiques avec ceux de la CMU-C. On peut penser qu'une raison principale à ce non-recours est ce que l'on appelle la « double peine ». En effet un bénéficiaire de l'ACS, à l'achat d'une complémentaire santé, ne reçoit un chèque santé que d'environ la moitié du prix d'achat, il doit donc déboursier de sa poche l'autre moitié et l'on est en droit de penser que, pour des personnes au niveau du seuil de pauvreté, il y a des dépenses plus importantes à faire que d'acheter une complémentaire. La deuxième peine réside dans le reste à charge sur les soins. En effet, le bénéficiaire de l'ACS, même aidé par le chèque santé, devant payer la moitié environ de son contrat, il se tourne vers des contrats bas de gamme, qui mécaniquement ne lui donnent que des prises en charge médiocres, d'où des taux de renouvellement assez faibles avant la réforme de 2015.

La LFSS 2012 lança l'idée d'une labellisation des contrats ACS. Malheureusement, l'UNOCAM bloqua cette évolution, les assureurs en particulier y voyant une forme de mise sous tutelle de leur marché. Deux ans plus tard, avec l'appui d'un rapport du HCAAM d'août 2013, la LFSS pour 2014 décida une mise en concurrence pour les contrats ACS. Finalement, 11 groupes de complémentaires furent retenus, proposant chacun trois niveaux de contrats. Entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2015, il semble que cette mesure aille dans le bon sens, tant en qualité des contrats souscrits, qu'en nombre de bénéficiaires.

Il est vrai que la forte progression des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, observée récemment, a de multiples causes. La première tient à la crise économique, qui augmente la pauvreté et la précarité et donc, la population cible de ces deux types de complémentaires. La seconde est le relèvement exceptionnel du plafond de ressources de la CMU-C (et par voie de conséquence de l'ACS) de 8,3 % au 1^{er} juillet 2013.

V- La généralisation de la complémentaire santé

La problématique de la complémentaire santé a connu un nouveau tournant majeur à la fin de l'année 2012. Respectant une tradition inaugurée par François Mitterrand au début des années 1980, le Président de la république, François Hollande, s'est rendu au congrès de la FNMF à Nice en octobre 2012. Quelques mois après son élection, à laquelle la Mutualité avait apporté un fort soutien, le Président s'est exprimé devant un public acquis à sa cause. Ses annonces sur la complémentaire santé sont importantes. Il propose de généraliser l'accès à une couverture complémentaire de qualité, sans obligation mais par incitation. Il note, citant la cour des comptes, que l'État a consacré 4 milliards d'aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire, dont les principaux bénéficiaires sont plutôt les cadres de grandes entreprises, et que les chômeurs et les retraités ont le plus grand mal à acquérir une complémentaire santé. Il indique que « ce gâchis financier et cette injustice sociale est inacceptable, et que ces aides doivent être réorientées pour en élargir le nombre des bénéficiaires. La fiscalité des contrats doit être revue pour favoriser le parcours de soins et avoir de vrais contrats responsables ».

Si effectivement, dès la LFSS 2014, les exonérations fiscales sont un peu rognées et qu'en 2015, la définition des contrats responsables fut corrigée, la généralisation voulue par François Hollande reçut une réponse surprenante dans l'ANI de janvier 2013, traduit dans l'article 1 de la loi sécurisation de l'emploi de juin 2013.

Ainsi, c'est par ce texte que les contrats collectifs obligatoires d'entreprise furent généralisés !



La généralisation des contrats collectifs obligatoires d'entreprise fait rentrer 4 millions de personnes dans le champ des contrats collectifs obligatoires, dont seulement 400 000 n'avaient pas de complémentaire santé, mais 3 600 000 basculent de contrats individuels vers des contrats collectifs. Il en coûte aux finances publiques 2,5 Mds €, à cause des exonérations fiscales et sociales. C'est d'autant plus choquant que le plan pauvreté qui augmente de 8 % les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS représente un coût de 250 M €, soit dix fois moins.

Ce sont principalement les employeurs des TPE qui doivent prendre en charge au moins 50 % du prix du contrat, qui subissent un accroissement de charge de 1 milliard d'euros, ceci représente un effet de 150 000 chômeurs supplémentaires. Furent ignorés ceux qui avaient vraiment besoin d'une complémentaire santé : les retraités, les jeunes, les chômeurs de longue durée et tous ceux dont les revenus très modestes les placent légèrement au-dessus des plafonds de ressources CMU-C et ACS.

Les contrats collectifs obligatoires d'entreprise sont le terrain d'action privilégié des Institutions de Prévoyance, gérées par les partenaires sociaux. Par deux fois, le Conseil constitutionnel censura le texte en indiquant qu'il faut des recommandations et pas des désignations. En effet, les partenaires sociaux sont juges et parties. Cette généralisation des contrats collectifs, dont la date butoir était le 1^{er} janvier 2016, donna lieu, au cours du quatrième trimestre 2015, à une bataille commerciale sans précédent.

S'agissant des retraités, les laissés pour compte de la généralisation de la complémentaire santé, ce n'est qu'avec la LFSS 2016 que fut prévue une labellisation afin d'obtenir, pour eux, les meilleurs contrats au meilleur prix.

Conclusion

Que de chemin parcouru depuis les sociétés de secours mutuel, jusqu'à cette « généralisation ». Les guillemets sont vraiment indispensables.

C'est un marché de plus de 33 milliards d'euros, qui provoque tous les appétits.

Les valeurs mutualistes n'existent plus qu'en pointillé.

Or, généraliser les complémentaires est une question biaisée dans la mesure où il existe des milliers de contrats différents, allant du contrat très bas de gamme au contrat très haut de gamme. L'action par la fiscalité pour bloquer les contrats irresponsables sera-t-elle suffisante, en particulier pour arrêter de solvabiliser les divers dépassements d'honoraires.

La forte concentration des acteurs de ce marché, va continuer à s'accélérer.

Le tournant majeur de 2013, fera nombre de victimes.

Il faudrait, quand même que l'on commence par répondre à cette question : quel rôle veulent que les complémentaires jouent dans l'accès aux soins ?