

# *Foliocollection*

Actes du 13<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipse  
*vendredi 6 mars 2015*

*Quel nouveau rôle  
des complémentaires  
dans le système de soins ?*



Institut de la protection sociale européenne

L'Ipsé remercie  
La Mutualité Française pour son accueil  
et son soutien apporté  
à l'organisation de ce 13<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipsé.

Lieu de la conférence:



la Fédération Nationale  
de la Mutualité Française (FNMF)  
*255 rue de Vaugirard, Paris 15<sup>e</sup>*

## Sommaire

### Allocutions de bienvenue et point de vue de la Mutualité

<b>Etienne Caniard</b> _____	<b>5</b>
<i>Président de la Mutualité française (FNMF)</i>	

### Les complémentaires pour les patients et les professionnels de santé : un rôle à définir au-delà du simple payeur

<b>Emmanuel Roux</b> , _____	<b>10</b>
<i>Directeur général de la Mutualité française (FNMF)</i>	

<b>Jean-Paul Lacam</b> , _____	<b>15</b>
<i>Directeur général du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)</i>	

<b>Jacques Le Voyer</b> , _____	<b>18</b>
<i>Membre du Bureau national de l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (UJCD)</i>	

<b>Christian Saout</b> , _____	<b>23</b>
<i>Secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)</i>	

Débats avec les participants _____	<b>26</b>
------------------------------------	-----------

### Les complémentaires et la sécurité sociale : quel équilibre des rôles pour l'égal accès aux soins pour tous et la pérennisation de notre système ?

<b>Fabrice Henry</b> , _____	<b>32</b>
<i>Président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam)</i>	

<b>Dominique Polton</b> , _____	<b>38</b>
<i>Conseillère auprès de Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)</i>	

### Conclusions

<b>François Charpentier</b> _____	<b>38</b>
<i>Journaliste</i>	

Débats avec les participants _____	<b>44</b>
------------------------------------	-----------

*Foliocollection*

13<sup>e</sup>

Colloque professionnel Ipse



## Allocution de bienvenue et point de vue de la Mutualité

Etienne Caniard,  
Président de la  
Mutualité française  
(FNMF)



Je suis ravi évidemment du thème que vous avez choisi car je suis, pour ma part, extrêmement malheureux de l'absence de débat sur la place des complémentaires dans l'organisation du système de protection sociale. En effet, on en parle beaucoup mais très rarement sur le fond et j'espère que ce 13<sup>e</sup> Colloque Professionnel Ipse permettra de se poser les bonnes questions sur l'organisation de notre système de protection sociale avec des acteurs multiples et des résultats qui peuvent conduire à quelques inquiétudes en ce moment.

Il est vrai qu'il est devenu habituel de dire que notre système est à la croisée des chemins. Nous le disons depuis si longtemps qu'un certain nombre de carrefours ont déjà dû se succéder. Mais nous voyons bien qu'il existe aujourd'hui des tensions d'ordres divers qui se manifestent.

Tout d'abord, nous avons un système qui, finalement dans sa structure, a relativement peu évolué dans les dernières décennies. Dans l'organisation de l'offre, par exemple, nous constatons que la dualité hôpital et médecine ambulatoire demeure à la fois dans son organisation, son financement et son pilotage. Quant au financement, le débat sur le rôle respectif des assurances-maladie obligatoires et assurances-maladie complémentaires a finalement assez peu évolué. Avec un peu de recul, nous nous apercevons qu'il existe même quelques paradoxes dans notre système. Nous dépensons de plus en plus. Alors qu'en 2000 les dépenses des régimes obligatoires étaient de 88 milliards, elles s'élevaient à 140 milliards en 2012. Comparativement, l'évolution des dépenses des complémentaires est encore plus importante que l'évolution des dépenses du régime général puisque les dépenses des complémentaires sont passées, dans le même temps, de 14 milliards à 25 milliards.

*« Toutes les études montrent qu'en l'absence de complémentaire, le taux de renoncement aux soins double. Malgré le caractère indispensable des complémentaires, il n'existe aucun débat sur leur rôle quant à la préservation de la solidarité nationale, car le fond du problème est bien là. »*

Pourtant, nous n'arrivons pas à réguler la question de l'accès aux soins et de la bonne utilisation du système de soins. Le renoncement aux soins, à partir des enquêtes déclaratives, montre que la France se retrouve aujourd'hui dans des situations atypiques. En effet, nous n'arrivons pas à faire baisser ce chiffre, qui au contraire a tendance à

augmenter et à rester à un niveau extrêmement élevé.

Le second paradoxe est évidemment cette absence de débat sur la place des complémentaires santé, au moment où elles sont devenues indispensables. Toutes les études montrent qu'en l'absence de complémentaire, le taux de renoncement aux soins double. Malgré le caractère indispensable des complémentaires, il n'existe aucun débat sur leur rôle quant à la préservation de la solidarité nationale, car le fond du problème est bien là.

Quels sont donc les impératifs auxquels nous devons nous attaquer ?

Le premier est la réduction des déficits afin d'assurer la pérennité de notre système. Ma plus grande crainte est cette lente dégradation des résultats financiers, cette accumulation des déficits qui risquent un jour de nous mettre face à des décisions qui s'imposeront à nous beaucoup plus que des décisions volontaires, d'évolution du système.

Le deuxième défi est l'organisation de l'offre. Ce problème est devenu majeur du fait de l'inadéqua-

tion de notre offre aux évolutions épidémiologiques, à l'intégration des progrès qui ont été accomplis ces dernières années. Nous avons aujourd'hui une réelle perte de sens, à cause d'une mauvaise utilisation des potentialités qui devraient être celles du système de santé. Ceci est particulièrement vrai dans notre pays.

Enfin, le troisième enjeu qui est la finalité : l'accès aux soins. Comment fait-on pour assurer un accès aux soins plus équitable ?

*« Nous avons une réelle perte de sens, à cause d'une mauvaise utilisation des potentialités qui devraient être celles du système de santé. »*

Je vais prendre les problèmes à l'envers. Comment peut-on faciliter l'accès aux soins ? De deux façons majeures.

La première est l'organisation du parcours du malade. On en parle beaucoup mais évidemment l'organisation du

parcours du malade n'est pas quelque chose qui se greffe sur un système de façon artificielle. Les modes d'allocation des ressources, la façon dont on organise l'accompagnement autour du malade, sont des questions qui, évidemment, nécessitent des changements beaucoup plus profonds qu'une simple approche cosmétique du parcours.

Le second sujet, plus pragmatique, est celui de la réduction des restes à charge. Je suis de plus en plus agacé, le terme est faible, par les discours un peu hors sol qui consistent à débattre des taux de remboursement de la sécurité sociale alors que ces taux de remboursement s'appliquent à des prix qui ne correspondent plus à la base de remboursement et ce de façon massive. Lorsque l'on examine les dépenses des complémentaires santé, aujourd'hui les postes les plus dynamiques ne

*« Je suis de plus en plus agacé, par les discours un peu hors sol qui consistent à débattre des taux de remboursement de la sécurité sociale alors que ces taux de remboursement s'appliquent à des prix qui ne correspondent plus à la base de remboursement »*

sont évidemment pas le ticket modérateur mais tout ce qui est hors nomenclature, les dépassements de tarifs. Nous focalisons beaucoup sur les honoraires médicaux mais ce n'est pas le principal. Nous avons des sujets aussi importants en dentaire, en optique, en général pour tout ce qui concerne les dispositifs médicaux qui vraiment sont un sujet extrêmement important à attaquer.

Il existe deux solutions qui vont d'ailleurs nous rapprocher du rôle des complémentaires. Ou nous considérons que l'on peut revenir du jour au lendemain sur une situation qui s'est délitée depuis maintenant trente-cinq ans. Trente-cinq ans est le lapse de temps qui sépare 1980 avec la création des honoraires libres par Raymond Barre et 2015. Je rappelle au passage que lorsque nous regardons la période 1945-2015, il n'y a que neuf années pendant lesquelles, en matière d'honoraires médicaux, il y a eu des tarifs opposables. En 1971 avec la création de la première convention nationale et 1980, la première brèche avec des honoraires libres. Or, nous savons très bien que nous ne pouvons maîtriser le reste à charge si nous ne connaissons pas le prix de la prestation que

*« Lorsque que nous sommes dans une approche qui privilégie uniquement la solvabilisation des dépenses, sans s'intéresser à la pertinence, à la qualité, au prix des prestations, nous entretenons des phénomènes inflationnistes avec une course permanente entre les prix et les remboursements. »*

nous remboursons. Cela paraît être une lapalissade mais c'est une réalité qui explique en partie la dérive des prix dans certains secteurs. Lorsque que nous sommes dans une approche qui privilégie uniquement la solvabilisation des dépenses, sans s'intéresser à la pertinence, à la qualité, au prix des prestations, nous entretenons des phénomènes inflationnistes avec une course permanente entre les prix et les remboursements. Ce qu'on appelle

*« la place des complémentaires dans le système de protection sociale est un élément de privatisation du système ou est-ce un élément qui permet d'ajouter de la régulation ? »*

et des actes cliniques, ce qui pose un vrai problème de fond, à savoir une dérive beaucoup plus accentuée vers des actes diagnostiques que vers l'écoute du patient et son accompagnement.

Nous avons là un premier sujet, mais vient derrière l'inévitable question : comment retrouve-t-on une forme d'opposabilité ? Revenons sur le fond du débat : est-ce que la place des complémentaires dans le système de protection sociale est un élément de privatisation du système ou est-ce un élément qui permet d'ajouter de la régulation ?

Nous avons deux écoles extrêmement opposées dans les prises de position.

*« je qualifie souvent la Mutualité d'assureur paradoxal, car c'est le seul assureur qui se plaint quand sa matière assurable augmente, à savoir quand la sécurité sociale recule »*

une reconquête du terrain perdu par l'assurance-maladie pour régler cette question est justifiée ? En partie oui, mais en grande partie non. L'exemple du régime d'Alsace-Moselle est là pour nous le démontrer. Nous pouvons reconquérir le terrain sur les actes dans la nomenclature, dans la limite du 100 %, il n'empêche qu'aujourd'hui les dépenses les plus dynamiques sont celles qui se passent ailleurs. Nous voyons donc bien que si nous ne retrouvons pas une forme d'opposabilité, nous n'avons pas de réponse totalement satisfaisante de ce point de vue-là.

Alors pour éviter toute ambiguïté, je pense qu'il n'y en a pas dans le public de l'Ipsse, il est vrai que je qualifie souvent la Mutualité d'assureur paradoxal, car c'est le seul assureur qui se plaint quand sa matière assurable augmente, à savoir quand la sécurité sociale recule. Cela étant dit, nous voyons qu'il est important de regarder quel rôle doivent exactement jouer les complémentaires. Ce rôle, pour moi, se résume à très peu de choses. C'est moins notre rapport dans la solvabilisation car, de

*« Nous sommes en train de fabriquer un marché solvable pour les complémentaires sans avoir une articulation globale entre régime obligatoire et régime complémentaire »*

façon macro-économique tous ceux qui disent qu'il suffirait de transférer ces sommes sur le régime obligatoire, ont raison sur un plan théorique, même si ce n'est pas simple de passer d'une situation à l'autre. Le rôle essentiel des complémentaires est un rôle additionnel dans la régulation. Aujourd'hui, nous devons nous interroger sur une nouvelle articulation à trouver pour que le régime obligatoire conserve sa position de socle égalitaire, de fourniture de conditions d'exercice de la pratique pour les professionnels avec des conventions nationales. Mais il est nécessaire d'avoir des éléments de souplesse pour faire en sorte que le système de santé, dont nous connaissons la complexité, puisse effectivement avoir des éléments de régulation dans lesquels les acteurs prennent leurs responsabilités.

*« Le rôle essentiel des complémentaires est un rôle additionnel dans la régulation. Aujourd'hui, nous devons nous interroger sur une nouvelle articulation à trouver pour que le régime obligatoire conserve sa position de socle égalitaire, [...] il est nécessaire d'avoir des éléments de souplesse pour faire en sorte que le système de santé, [...] puisse avoir des éléments de régulation dans lesquels les acteurs prennent leurs responsabilités. »*

rôle des régimes obligatoires. Une libéralisation qui se fait d'ailleurs aujourd'hui à bas bruit et dans les pires conditions possibles. En effet, nous sommes balancés entre différents soucis qui nous conduisent à libéraliser de plus en plus une partie de la protection sociale vers les complémentaires, et parallèlement à mettre en place des filets de sécurité pour éviter des effets trop massifs, notamment sur les plus faibles.

Nous sommes en train de fabriquer un marché solvable pour les complémentaires sans avoir une articulation globale entre régime obligatoire et régime complémentaire. Paradoxalement, l'extension de l'universalité des régimes obligatoires qui se dessine depuis quelques décennies, à travers des décisions de financement, la CMU et l'ouverture des droits beaucoup plus larges, conduit à

*« Je suis incapable de prédire le paysage de la protection sociale dans 20 ans. Cependant, je peux affirmer que nous ne supprimerons pas les acteurs qui existent aujourd'hui »*

un écart croissant entre cette évolution et celle des complémentaires qui, finalement, se ressent sur une population solvable. Je ne parle même pas du modèle économique des complémentaires qui conduit effectivement à privilégier, en termes d'aide, le monde du travail et qui se décharge sur les filets de sécurité pour la partie de la population qui ne bénéficie pas de ces dispositifs.

Selon moi, nous devons privilégier ces questions à celles trop idéologiques sur le rôle de chacun. Je suis incapable de prédire le paysage de la protection sociale dans 20 ans. Cependant, je peux affirmer que nous ne supprimerons pas les acteurs qui existent aujourd'hui, même si certains d'entre nous peuvent le souhaiter et même si c'est globalement souhaitable. Si nous reconstruisions un système à partir d'une page blanche, il est évident que nous ne le construirions pas comme il existe aujourd'hui.

Pour conclure sur un aspect un peu plus large, nous voyons bien que l'histoire de la protection sociale, quel que soit le lieu auquel nous nous intéressons, est une histoire de stratification, d'évolution lente d'un système qu'on ne peut remettre intégralement en cause. Voici donc les éléments que je voulais vous livrer, dans le but de mettre en exergue les points essentiels qui me paraissent devoir être débattus.

*« Ma conviction est que les acteurs de la protection sociale doivent aider à la réorganisation du système et répondre effectivement à l'enjeu d'un meilleur accès aux soins pour tous. »*

Si nous ne voulons pas nous poser ces questions, nous allons rester dans des débats clivants où chacun se rassure en trouvant les arguments qui permettent de consolider la situation actuelle. Ma conviction est que les acteurs



*« Cela est assez paradoxal car nous sommes dans une ère où les progrès médicaux et technologiques sont considérables, mais l'organisation de notre système prive tout une partie de la population des bénéfices qui pourraient être tirés de cette nouvelle donne.»*

de la protection sociale doivent aider à la réorganisation du système et répondre effectivement à l'enjeu d'un meilleur accès aux soins pour tous. En effet, nous constatons aujourd'hui en termes d'égalité, que nous sommes plutôt sur une pente qui augmente les inégalités, non seulement financières mais aussi culturelles du fait de l'absence de parcours, des difficultés d'accès aux soins.

J'ai précédemment employé le terme de « perte de chance ». Cela est assez paradoxal car nous sommes dans une ère où les progrès médicaux et technologiques sont considérables, mais l'organisation de notre système prive tout une partie de la population des bénéfices qui pourraient être tirés de cette nouvelle donne. ■



## Les complémentaires pour les patients et les professionnels de santé : un rôle à définir au-delà du simple payeur

Emmanuel Roux,  
Directeur général de  
la Mutualité française  
(FNMF)



Je vais développer quatre points, de manière à pouvoir ouvrir la discussion et la délivrer à votre réflexion.

Un point sur la notion de payeur à travers l'évolution du contexte réglementaire, ce que j'appelle moi, le nouveau régime de la complémentaire santé. Je vais revenir sur la question du rôle dont a parlé le président Etienne Caniard, et enfin je vais m'interroger sur les conditions qui doivent être réunies pour que les complémentaires puissent assumer un rôle nouveau dans le système de protection sociale.

### 1 - La notion de payeur aveugle

La notion de payeur aveugle est une thématique ancienne, avec précisément une décennie qui a essayé de sortir de cette situation, autour de la réforme de 2004. Cette réforme de l'assurance-maladie étant aussi conjointement une réforme de l'articulation des différents acteurs, était davantage une réforme de gouvernance partenariale, avec en périphérie la création de l'UNCAM, de l'UNOCAM, de l'UNPS, et également d'outils comme l'Institut des données de santé. Tout cela devait fonctionner de manière à ce que les organismes complémentaires puissent sortir d'une situation de payeur aveugle et aller vers plus de gestion du risque, plus de solvabilisation, ou en tout cas de financement éclairé des dépenses de santé. Dix ans après, la situation est presque pire.

*« ce payeur aveugle est en même temps devenu invisible avec, sans doute, une volonté de l'effacer progressivement en tant que payeur et de le réduire à un collecteur de taxes, nouveau rôle endossé par les complémentaires »*

En effet, le payeur est toujours aveugle en termes d'accès aux données. Cette solvabilisation n'est pas éclairée et induit une forme d'inflation des dépenses. Or, les conditions du marché induisent un comportement mimétique. Il est très difficile, lorsqu'on veut développer un marché de la complémentaire santé, et qu'on en intensifie les conditions de la concurrence, de faire en sorte que des acteurs puissent avoir des pratiques de remboursement

qui soient véritablement différenciantes ou discriminantes. Enfin, nous avons, de plus en plus, un encadrement de la complémentaire santé qui va vers une standardisation d'autant plus forte. Ce phénomène prive, d'une certaine manière, les acteurs de pouvoir se différencier.

Le payeur est toujours aveugle parce que nous sommes toujours dans une logique de solvabilisation et que l'enjeu de la couverture du ticket modérateur est toujours extrêmement prégnant alors que sans doute des enjeux de financement, aujourd'hui, sont au-delà de l'enjeu du ticket modérateur. Mais ce payeur aveugle est en même temps devenu invisible avec, sans doute, une volonté de l'effacer progressivement en tant que payeur et de le réduire à un collecteur de taxes, nouveau rôle endossé par les complémentaires depuis déjà quelques années maintenant : la taxe de solidarité additionnelle qui finance d'une manière quasi exclusive le fond CMU et évidemment la TSCA qui finance, de manière tout à fait étonnante, les déficits des régimes de sécurité sociale, que ce soit pour la CNAM ou pour la CNAF.

*« Le payeur finance ainsi des filets de sécurité au profit précisément des personnes qui n'ont pas la capacité d'avoir une couverture complémentaire sou-vent, d'ailleurs, en raison des taxes elles-mêmes. »*

Dans les faits, la contribution des organismes complémentaires est presque une contribution au financement du système lui-même. Ce payeur est devenu un contributeur au financement du système plus qu'un financeur, en quelque sorte éclairé, de prestations de santé au bénéfice de ses adhérents. Nous avons donc une double sollicita-

tion du payeur par des cotisations car il finance des dépenses de santé au bénéfice de ses adhérents et par des taxes, qu'il subit quasi exclusivement. Il finance ainsi des filets de sécurité au profit précisément des personnes qui n'ont pas la capacité d'avoir une couverture complémentaire sou-vent, d'ailleurs, en raison des taxes elles-mêmes. Du point de vue de cette notion de payeur nous avons vécu une régression par rapport aux ambitions de la loi de 2004.

## 2 - Le nouveau régime de la complémentaire santé

*« nous, les complémentaires santé, avons vécu en quelques années, trois chocs très importants et cumulatifs. Un choc fiscal, un choc de marché avec l'ANI et un choc réglementaire, [...] ils introduisent une pression sans précédent sur les prix »*

Je pense que la question du payeur doit désormais être posée dans un cadre nouveau, que j'appelle le nouveau régime de la complémentaire santé. Il me semble qu'un changement de paradigme de ce point de vue est indispensable. Au-delà du statut du payeur, le modèle économique actuel des complémentaires santé est absolument intenable pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, nous, les complémentaires santé, avons vécu en quelques années, trois chocs très importants et cumulatifs. Un choc fiscal, un choc de marché avec l'ANI et un choc réglementaire avec les réformes qui concernent les entreprises mais également les produits que ces entreprises créent. Je pense notamment à la rénovation des contrats solidaires responsables. Le point commun de ces trois chocs, est qu'ils introduisent une pression sans précédent sur les prix. La conséquence de ce phénomène est, qu'aujourd'hui, les modes de différenciation possibles entre les complémentaires sont basés sur le prix ; alors même que les contraintes financières auxquelles sont soumises les complémentaires sont de plus en plus lourdes, avec notamment le renchérissement des garanties du fait de la rénovation des contrats solidaires responsables et des obligations de prise en charge.

Il est donc demandé au payeur aveugle de payer plus via des taxes, via les contrats responsables, via la prise en charge des dépassements d'honoraires. De plus, il lui est demandé de dégager des moyens importants d'investissement pour financer le tiers payant, la révolution digitale, tout en exigeant de lui de prélever le moins possible, ou en d'autres termes d'être le plus compétitif possible. Le fait est que via l'ANI, nous allons opérer un transfert massif de l'individuel vers le collectif dont nous savons que le modèle économique est mauvais, ou du moins pas équilibré. Nous allons alimenter des pratiques de dumping en multipliant les appels d'offres et enfin, par le biais d'une

*« Le fait est que via l'ANI, nous allons opérer un transfert massif de l'individuel vers le collectif dont nous savons que le modèle économique est mauvais, ou du moins pas équilibré. »*

forme de désinformation publique, nous allons expliquer que les complémentaires avec leurs frais de gestion ne savent pas gérer.

Il va donc nous être demandé de payer plus, tout en ayant moins de ressources et le moins de marge de manœuvre possible, avec notamment une restriction à l'accès aux

données. A ce titre, ce qui se passe en ce moment autour de l'évolution de l'article 47 de la loi de santé, avec une limitation de la capacité de conventionnement, est inquiétant.

Nous sommes donc dans une forme d'impasse qui se traduit d'ailleurs dans les réponses qu'apportent les complémentaires santé dans leur globalité. Celles-ci ne sont pas des réponses directement à destination de leurs adhérents mais sont des réponses d'organisation, de modèle économique qui contribue aux regroupements des acteurs sur des bases inédites, avec une sorte d'effacement des frontières et, de la part notamment du secteur non lucratif, une volonté de travailler de plus en plus ensemble.

*« ce nouveau régime de la complémentaire santé doit être saisi comme une opportunité de repenser le rôle des complémentaires. Pour les mutuelles, elles pourraient se positionner véritablement comme un acteur global de santé et pas simplement comme un acteur de la complémentaire santé »*

Cela peut avoir la vertu que les acteurs de la complémentaire se rapprochent, comme on peut le voir sur des dossiers structurants tel que le tiers payant, mais le point de préoccupation central, est de savoir comment nous allons faire face à ce nouveau modèle économique, extraordinairement contraignant, qui à mon avis menace les organismes complémentaires dans leur rôle d'acteur de la santé.

### 3 - Quel est le nouveau rôle des organismes complémentaires ?

Pour ne pas être trop pessimiste, il faudrait pouvoir admettre que ce nouveau régime de la complémentaire santé doit être saisi comme une opportunité de repenser le rôle des complémentaires. Pour les mutuelles, il s'agit peut-être d'une occasion pour un retour aux sources. Elles pourraient se positionner véritablement comme un acteur global de santé et pas simplement comme un acteur de la complémentaire santé. À partir du moment où la complémentaire santé devient assez standardisée, où elle limite les marges de manœuvre des acteurs, il faut sans doute penser un rôle au-delà de la complémentaire santé.

*« Au vu de la part des dépenses optiques dans les dépenses des complémentaires santé, nous avons sans doute un intérêt collectif à les faire décroître considérablement, précisément pour pouvoir réallouer des ressources là où il existe de véritables besoins de santé. »*

Je pense que cela intervient dans un contexte qui est relativement propice à la fois sur le plan sociétal et sur le plan du marché. En effet, sur le plan sociétal il existe une demande croissante d'accompagnement de la personne par les assurés sociaux et non de solvabilisation ponctuelle d'un épisode de soins. Et sur le plan du marché, avec l'ANI par exemple, il est demandé une capacité

d'offre globale, c'est-à-dire une capacité d'apporter aux adhérents, aux salariés, aux entreprises, à l'ensemble des personnes couvertes, une offre de protection sociale qui ne se réduit pas à la prise en charge financière d'un épisode de soins mais qui accompagne un adhérent, un assuré tout au long de son parcours de santé ou tout au long de sa vie, depuis la prévention jusqu'à la dépendance et même au-delà.

Au fond, être un acteur global de santé induit plusieurs éléments. Il doit effectivement pouvoir passer d'un statut de payeur aveugle à un statut d'émetteur de ressources en fonction des besoins réels de ses adhérents. Cela était aussi l'un de nos chevaux de bataille dans le cadre de la rénovation des contrats responsables, afin d'essayer de plafonner, par exemple, la prise en charge des dépenses

optiques dont nous pouvons nous interroger quant à la pertinence, par rapport aux besoins de santé. Au vu de la part des dépenses optiques dans les dépenses des complémentaires santé, nous avons sans doute un intérêt collectif à les faire décroître considérablement, précisément pour pouvoir réallouer des ressources là où il existe de véritables besoins de santé. Cela veut dire contribuer au parcours de santé. Nous avons beaucoup défendu la stratégie nationale de santé au démarrage car justement celle-ci était fondée sur un rapport du HCAAM, démontrant que l'enjeu d'articulation des différents financeurs était de construire un vrai parcours de santé, en développant notamment les services pour traduire ce besoin d'accompagnement. Nous sommes à présent conscients que

*« Nous sommes à présent conscients que le développement des complémentaires santé va de plus en plus mêler la dimension assurancielle à la dimension de service. Il faut à ce titre repenser notre modèle économique en fonction de différentes ambitions : une solvabilisation intelligente et pertinente, une contribution au parcours de santé et un développement de services. »*

le développement des complémentaires santé va de plus en plus mêler la dimension assurancielle à la dimension de service. Il faut à ce titre repenser notre modèle économique en fonction de différentes ambitions : une solvabilisation intelligente et pertinente, une contribution au parcours de santé et un développement de services. C'est la raison pour laquelle nous avons entrepris une réflexion très profonde sur notre modèle d'entreprendre, sur les conditions d'une performance économique et sociale qui passerait notamment aussi par une révision profonde de notre cadre d'intervention juridique, notamment à l'oc-

casion des travaux que nous menons sur la réforme du code de la mutualité.

#### 4 - Quelles sont les conditions à remplir pour jouer ce nouveau rôle ?

Fondamentalement, ce qui mine le modèle économique est l'augmentation sans précédent de la fiscalité ces dernières années. Nous avons un taux de prélèvement de moins de 2% il y a une dizaine d'années, au moment où le fond CMU a démarré. Nous sommes aujourd'hui à 13,27%. Nous savons que l'alourdissement du prix moyen d'une complémentaire santé s'explique pour moitié par la fiscalité, mais nous avons aussi constaté un début de phénomène de démutualisation extrêmement inquiétant, que nous ne pouvons pas ne pas lier à la hausse de la fiscalité. Fiscalité qui, par ailleurs, est relativement inconséquente puisque les complémentaires financent le fond CMU, ce qui aboutit à alourdir le coût de la complémentaire pour ceux qui en ont une, avec le risque que cet

*« En termes de capacité de conventionner, les limites aujourd'hui sont sans doute excessives, par rapport à la capacité des complémentaires puisque nous savons que la véritable dynamique de dépenses n'est pas sur les tickets modérateurs, mais précisément sur des segments de l'offre de soins qui sont très peu régulés par l'AMO et par les AMC, faute d'outils. »*

alourdissement se traduise par une démutualisation qui les fera émarger à un dispositif financé par les complémentaires. Il faut repenser fondamentalement la fiscalité des complémentaires.

Par ailleurs, il faut leur donner des marges de manœuvre. Je ne répète pas ce qu'a dit Étienne Caniard sur le fait que l'absence d'accès aux données entretient un phénomène inflationniste, et qu'en termes de capacité de conventionner, les limites aujourd'hui sont sans doute excessives, par rapport à la capacité des complémentaires puisque nous savons que la véritable dynamique de dépenses

n'est pas sur les tickets modérateurs, mais précisément sur des segments de l'offre de soins qui sont très peu régulés par l'AMO et par les AMC, faute d'outils.

Enfin, il faut sans doute aussi repenser la gouvernance du système pour passer d'une situation de défiance entre les acteurs à une situation de confiance. A ce sujet, nous pouvons nous réjouir de la manière dont a évolué le débat sur le tiers payant. Il y a quelques mois, le tiers payant était l'affaire quasi exclusive de l'assurance-maladie obligatoire, dans un rôle d'interlocuteur unique et de payeur unique avec un effacement des complémentaires. Aujourd'hui, nous constatons que dans un système mature, dans lequel les acteurs se font confiance, il y a bien deux financeurs, deux payeurs

*« Au final, le tiers payant n'est acceptable d'un point de vue technologique, d'un point de vue politique que s'il se traduit par une forme de simplification globale du système, tant pour l'adhérent que pour les professionnels de santé. »*

qui chacun, pour ceux qui les concernent, doivent vis-à-vis des professionnels de santé assumer leur rôle de financeur, vérifier les droits, donner une garantie de paiement. En même temps, pour les professionnels de santé, cette dualité doit être maîtrisée, non pas par l'effacement d'un acteur au profit d'un autre mais par une coopération nouvelle. Au final, le tiers payant n'est acceptable d'un point de vue technologique, d'un point de vue politique que s'il se traduit par une forme de

simplification globale du système, tant pour l'adhérent que pour les professionnels de santé. Il n'y aura pas de simplification globale si dans l'émission d'une facture et dans le paiement qui lui fait suite, les financeurs ne sont pas capables de se coordonner pour faire en sorte que le système soit simple et lisible pour tous les acteurs. De ce point de vue, le débat sur le tiers payant a évolué positivement, puisque nous allons vers une reconnaissance des acteurs. Toutefois, il me semble que contrairement à ce que la loi de 2004 avait pour ambition de faire, c'est-à-dire de renouveler cette gouvernance par un jeu coopératif et des relations de confiance, nous avons sans doute un moment opportun en termes de gouvernance pour faire en sorte que chaque acteur se retrouve véritablement à sa place.

En conclusion, j'estime que ce nouveau rôle des complémentaires ne pourra être assumé tout seul. ■

Jean-Paul Lacam,  
Délégué général du  
Centre technique des  
institutions de pré-  
voyance (CTIP)



Le CTIP, dont je suis délégué général depuis peu, regroupe des entreprises à but non lucratif, ce qui le rapproche de la Mutualité. Nos entreprises sont paritaires et interviennent dans le collectif, c'est-à-dire les contrats collectifs qui sont le résultat de négociations au sein des entreprises entre les organisations patronales et les organisations syndicales. On dénombre 41 institutions de prévoyance, dont 26 sont dans des groupes de protection sociale (GPS) et travaillent étroitement avec des mutuelles. Ayant été il n'y a pas si longtemps, à la fois directeur général d'une institution de prévoyance et directeur général d'une mutuelle, je peux apprécier ces deux aspects et voir ce qui effectivement nous rapproche et ce qui peut, nous séparer. Le CTIP couvre par ailleurs, plus de 13 millions de salariés en santé et prévoyance.

## 1 - La notion de payeur « aveugle et invisible »

Le premier point que je voudrais aborder concerne la notion de payeur aveugle, le terme « aveugle » me paraît essentiel puisqu'on ne peut pas être dans une entreprise d'assurance, quel que soit le code qui la régit, sans avoir ni les données, ni la possibilité de voir ce que l'on paye ou voir comment on le paye. Nous remboursons les frais engagés par les assurés avec à l'esprit la volonté d'un reste à charge faible et d'une maîtrise des dépenses de santé. Nous ne pouvons exercer notre métier sans avoir une visibilité sur ce que nous remboursons réellement.

*« le terme « aveugle » me paraît essentiel puisqu'on ne peut pas être dans une entreprise d'assurance, quel que soit le code qui la régit, sans avoir ni les données, ni la possibilité de voir ce que l'on paye ou voir comment on le paye. »*

En ce qui concerne la loi de santé, j'estime qu'elle nous fait devenir non seulement aveugles mais aussi invisibles. Il y a une forme de déni du rôle et de la place des complémentaires santé. Ainsi en lisant le texte de la loi de santé, nous nous sommes aperçus que nous sommes uniquement cités dans le préambule. Je trouve que cela est regrettable car aujourd'hui, les complémentaires santé

participent aussi bien en termes de paiement, que de maîtrise des dépenses de santé ou d'accompagnement à la fois du régime obligatoire mais également de tous les acteurs dans ce domaine. Il s'agit peut-être d'un point de forme mais je le trouve significatif car lorsque nous ne sommes pas cités, cela induit que nous ne comptons pas pour grand-chose. Pourtant, la volonté affichée du projet de loi de modernisation du système de santé est d'apporter un meilleur accès aux soins aux Français tout en maîtrisant les dépenses. Mais il sera difficile d'atteindre cet objectif sans y associer les complémentaires santé.

*« la loi de santé nous fait devenir non seulement aveugles mais aussi invisibles. »*

Je souhaite également souligner que nous sommes des entreprises d'assurance. A ce titre, nous devons faire face à plusieurs enjeux majeurs. À compter du 1er janvier

2016, le régime prudentiel de la directive Solvabilité 2 sera mis en œuvre, et transposé au niveau national tant sur le plan législatif que réglementaire (ordonnance du 2 avril 2015, décret et arrêté en cours de rédaction<sup>1</sup>).

Autre enjeu, l'ANI qui, dès 2016, crée un environnement concurrentiel encore plus important pour les contrats collectifs. La réalisation d'excédents pour la constitution de nos fonds propres sera donc plus limitée. Je rappelle que contrairement au régime de base, nous avons l'obligation en tant qu'organisme d'assurance de gérer à l'équilibre et même un peu plus pour couvrir les nouvelles exigences de solvabilité.

Ces principes de gestion nous conduisent à équilibrer les risques et ainsi à ne pas reporter les déficits sur les générations futures.

## 2 - Le consensus des trois familles sur le tiers payant

*« pour pouvoir apprécier le risque à sa juste valeur, le piloter, il faut que nous puissions l'anticiper, le calculer et le maîtriser au maximum.*

*C'est pour ces raisons que nous avons choisi de travailler conjointement avec la FNMF et la FFSA pour proposer un dispositif commun pour la mise en place du tiers payant. »*

Tout d'abord, pour ce qui est de la formule « aveugle et invisible », il y avait le risque avec la généralisation du tiers payant de perdre tout contact avec les assurés, les clients, les patients, à savoir ceux qui payent des cotisations et qui ont besoin d'avoir un lien avec ceux qui remboursent les prestations et ceux qui peuvent les accompagner dans des moments particulièrement difficiles de leur vie. Le lien que nous devons avoir avec les clients est fondamental aussi dans le cadre de Solvabilité 2. En effet, pour pouvoir apprécier le risque à sa juste valeur,

le piloter, il faut que nous puissions l'anticiper, le calculer et le maîtriser au maximum.

C'est pour ces raisons que nous avons choisi de travailler conjointement avec la FNMF et la FFSA pour proposer un dispositif commun pour la mise en place du tiers payant. Il s'agit d'une solution qui a pour objectifs de garantir la visibilité des organismes complémentaires vis-à-vis de leurs adhérents et de préserver les liens qui existent avec les professionnels de santé.

Malgré les divergences que l'on a pu relever lors de l'examen de la loi santé, nous sommes dans une démarche constructive. Nous voulons travailler d'une manière extrêmement étroite avec les professionnels de santé. Il n'est pas question de monter un système sans concertation et puis de l'imposer. Les trois familles qui ont communiqué récemment ont cette volonté très affichée d'engager le dialogue avec tous les acteurs du projet.

## 3 - Le rôle des complémentaires santé suite à l'ANI

*« les complémentaires santé, et plus particulièrement les partenaires sociaux, ont moins de marges de manœuvre pour adapter les contrats aux besoins des entreprises et des branches, ce qui pourrait mettre en danger la qualité de la prise en charge et nuire au dialogue social. »*

On parle de simplification à peu près à tous les niveaux, dans l'État et dans toutes les structures or le choc de simplification se traduit par un poids de la réglementation.

La généralisation de la complémentaire santé avec le panier de soins minimum (décret du 8 septembre 2014) et la publication du décret sur le contrat responsable le 19 novembre puis de la circulaire le 30 janvier, nous

a confirmé que les complémentaires santé, et plus particulièrement les partenaires sociaux, ont moins de marges de manœuvre pour adapter les contrats aux besoins des entreprises et des branches, ce qui pourrait mettre en danger la qualité de la prise en charge et nuire au dialogue social.

## 4 - Ce que le CTIP souhaite

Premièrement, je crois que personne ne peut être opposé à des évolutions qui sont positives pour tous les acteurs, mais ces réformes doivent être réalisées en concertation. Je voudrais souligner



qu'au niveau des institutions de prévoyance, nous avons développé des réseaux de soins, en particulier en dentaire et en optique et également dans les prothèses auditives. Nous avons vu qu'il était possible, en collaboration avec ces réseaux de soins, de contribuer à une efficacité économique plus grande. En effet, nous arrivons à avoir à la fois un service de qualité et des prix qui peuvent baisser dans un domaine particulier tel que l'optique, de l'ordre de 30 %.

En ce qui concerne les patients, nous devons les accompagner avec la couverture de leurs frais de santé et aller jusqu'au vieillissement et à la dépendance, mais je voudrais insister sur les actions de prévention. Il existe des expériences qui ont donné de bons résultats et je pense que c'est un domaine que l'on doit de plus en plus développer. À titre d'exemple, le CTIP a initié avec trois grands groupes (Malakoff Médéric, Humanis et Klésia) un programme de dépistage et de suivi de l'hypertension artérielle extrêmement important (Vigisanté) qui a été très bien accueilli par les salariés et les entreprises. Un autre exemple est celui d'AG2R La Mondiale qui a mené des actions de prévention

*« le pense que le dialogue est essentiel, il faudrait davantage de discussion entre les complémentaires santé et les professionnels de santé »*

dans la branche de la boulangerie pour lutter contre l'asthme et la carie du boulanger. Il existe également des actions qui ont été faites par d'autres groupes en faveur du bien-être en entreprise.

Ces actions permettent d'évaluer l'état de santé de l'entreprise, prévenir les risques et mener des actions correctives. Il s'agit également de permettre aux entreprises de répondre à leurs obligations légales sur la santé des collaborateurs. Je souhaite également dire un mot sur l'action sociale que nous développons et qui s'élève à près de 100 millions d'euros au sein des institutions de prévoyance : 69% sont des aides individuelles à la prise en charge de cotisations santé ou de frais médicaux et de prévention. À titre d'exemple, PRO BTP a également mis en place un système de prêt pour faciliter l'accession à la propriété des salariés, et en priorité des jeunes.

Deuxièmement, cela nous permet de travailler et de négocier avec les professionnels de santé sur des critères tels que la qualité des soins, le prix au-delà des conventions qui existent au niveau du régime de base, sur l'utilité, sur la promotion des bonnes pratiques comme nous le faisons aujourd'hui dans les réseaux de soins. Je pense qu'il faut s'en inspirer tout en gardant un esprit critique. Je pense que le dialogue est essentiel, il faudrait davantage de discussion entre les complémentaires santé et les professionnels de santé.

En conclusion, il faut construire un nouveau système de soins et par rapport à cela je partage les idées exposées par Étienne Caniard et Emmanuel Roux, à quelques différences près. ■

<sup>1</sup> note post intervention : décret et arrêté publiés le 10 mai 2015

Jacques Le Voyer,  
Membre du Bureau  
national de l'Union des  
Jeunes Chirurgiens-  
Dentistes (UJCD)



L'UJCD est née il y a soixante ans, d'enseignants qui ont rêvé que la chirurgie dentaire pourrait passer du monde des auxiliaires médicaux au monde médical et qui ont fait toute la transition de 1969 à 1974. En mars 1995, nous avons décidé de nous transformer en syndicat. Nous sommes l'un des trois syndicats représentatifs de la chirurgie dentaire, l'un des deux signataires de la convention nationale et nous sommes aujourd'hui au purgatoire politique puisqu'il existe, en chirurgie dentaire, un syndicat majoritaire qui a hégémonie sur l'ensemble du système et sans lequel rien ne peut se faire.

Se poser la question d'un nouveau rôle pour les complémentaires c'est, de la part des organisateurs de ce colloque, inviter chaque intervenant à abandonner les chemins convenus pour imaginer d'autres relations que celles qui prévalent aujourd'hui entre les acteurs de notre système de soins. Nous sommes invités également à mettre l'accent sur la nécessité d'une réflexion réaliste et responsable, car s'il est un domaine où l'utopie ne peut pas être de mise, c'est bien celui de la santé. En tant que professionnels de santé, nous en avons une conscience particulièrement aiguë qui est forgée par le contact quotidien avec nos patients et c'est pourquoi, responsables de l'UJCD union dentaire, nous avons toujours pris en considération la réalité de notre environnement social, politique et financier. Nous nous sommes toujours attachés à éviter de donner à nos propositions un caractère dogmatique. C'est ainsi que le projet conventionnel de notre syndicat s'est adapté et souvent amélioré dans son contenu en prenant en compte les évolutions de notre société.

*« La sous-valorisation des actes opposables conduit à accorder une dimension excessive aux actes prothétiques au détriment d'une logique de santé bucco-dentaire qui devrait donner sa vraie première place à la prévention et aux soins précoces. »*

Tournant le dos à cette démarche, les pouvoirs publics mettent en place aujourd'hui des prises en charge qui créent des ruptures d'égalité entre nos concitoyens. Les complémentaires ont une démarche identique avec les réseaux propriétaires qui privilégient, sous des habillages de vertus sociales, les aspects financiers et commerciaux au détriment des problématiques de santé. Cela introduit

une segmentation qui est contraire au principe d'universalité et d'égalité qui sont les fondements mêmes de l'assurance-maladie.

Avec la mise en œuvre prochaine de l'ANI et de la directive Solvabilité 2, le champ d'intervention des organismes complémentaires sera bouleversé. Les mouvements de concentration et les accords de coopération conclus entre les acteurs les plus importants suscitent des interrogations et des craintes de la part des chirurgiens-dentistes en raison de la singularité de leur secteur d'activité au sein du monde de la santé. Deux considérations suffisent pour cerner schématiquement la spécificité du secteur dentaire.

D'une part, l'importance structurelle des organismes complémentaires dans le financement global des dépenses bucco-dentaires, puisqu'aujourd'hui l'assurance maladie complémentaire (AMC) est devenu le premier financeur en valeur. D'autre part, le déséquilibre des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes entre le secteur opposable et le secteur à honoraires libres, aggravé par un désengagement continu des régimes obligatoires. Un tel système conduit à des perversions que nous dénonçons. La sous-valorisation des actes opposables conduit à accorder une dimension excessive aux actes prothétiques au détriment d'une logique de santé bucco-dentaire qui devrait donner sa vraie première place à la prévention et aux soins précoces. A l'UJC union dentaire, nous appelons ce phénomène la valorisation de l'échec thérapeutique.

Le positionnement de suivisme des régimes obligatoires par les régimes complémentaires qui se

cantonnent au rôle de payeur aveugle, situation que vous dénoncez à juste titre et chez nous, à la marge, à la création de cabinet dits low-cost, à la sélection de patients dans un certain nombre de cabinets au nomadisme médical qui privilégie à outrance les thérapeutiques les plus lucratives de notre activité. Le tripartisme que l'UJCD appelle de ses vœux depuis bientôt vingt ans, a été instauré par la loi voilà plusieurs années. Aujourd'hui il reste figé au rang de simples concepts n'ayant connu aucune application réelle dans aucune discipline médicale. À l'issue des transformations profondes

*« L'UJCD préconise de restaurer le principe de solidarité en faisant en sorte, d'une part que notre système rénové repose sur la prise en compte des besoins de santé et rompt avec la maîtrise comptable, autrement dit, la seule logique financière. D'autre part, que tous les financeurs de la santé dentaire soient parties prenantes et deviennent de véritables acteurs dans le cadre d'une organisation fondée sur la concertation. »*

que nous allons vivre ensemble, il semble indispensable, en tout premier lieu pour nos patients, que cette occasion soit mise à profit pour rénover notre système ; à la fois notre système de financement et de prise en charge des soins bucco-dentaires.

Le secteur dentaire présente des caractéristiques spécifiques qui favorisent la mise en œuvre d'une réforme innovante. Les organismes complémentaires pourraient exercer un rôle nouveau en s'impliquant dans la mise en œuvre d'une logique de santé et en disposant de moyens d'information qui, aujourd'hui, leur font défaut.

Ils joueraient alors pleinement leur rôle d'acteur d'un système tripartite. Nous pensons que nous devons nous interroger, sans parti pris ni tabou, sur la pertinence de certains principes fondateurs de l'assurance-maladie au sein d'un monde qui a fondamentalement changé. La permanence des difficultés économiques majeures pourrait amener à considérer que la prise en charge de la santé bucco-dentaire ne devrait plus être l'affaire de la collectivité tout entière. Cette hypothèse n'est pas une vue de l'esprit. Le discours néolibéral et son corollaire immédiat, le rejet du collectif sous toutes ses formes, semblent séduire jusqu'aux personnalités politiques de tous bords dont dépend notre destin. Certains même, au sein de notre profession, ne résistent pas à cette tentation moderniste et rêvent d'un monde sans sécurité sociale tout en continuant à exercer benoîtement dans le cadre conventionnel.

*« Pour traiter de la santé il faut donc écarter la froide logique du marché afin de tenter de comprendre la dimension humaine, les problématiques de santé et la densité sociale qui en résulte »*

L'UJCD conteste cette approche individualiste et préconise de restaurer le principe de solidarité en lui donnant la place qui lui revient mais en faisant en sorte, d'une part que notre système rénové repose sur la prise en compte des besoins de santé et rompt avec la maîtrise comptable, autrement dit, la seule logique financière. D'autre part,

que tous les financeurs de la santé dentaire soient parties prenantes et deviennent de véritables acteurs dans le cadre d'une organisation fondée sur la concertation. C'est en cela que le projet de notre syndicat est fondamentalement innovant. Pour nous, la santé est l'objectif premier et nous proposons pour l'atteindre de regrouper les moyens de financement actuellement disponibles et qui sont actuellement dispersés. En affirmant que la santé n'est pas une marchandise, l'UJCD exprime une évidence pour tous les professionnels de santé mais aussi pour nos patients. Le marché de la santé, à supposer qu'il ait une existence réelle, ne met pas face à face d'un côté une offre qui serait le fait des praticiens et une demande qui émanerait de nos patients. Pour traiter de la santé il faut donc écarter la froide logique du marché afin de tenter de comprendre la dimension humaine, les problématiques de santé et la densité sociale qui en résulte.

Dans ce domaine et particulièrement dans le domaine du secteur dentaire, la méconnaissance de l'humain ne peut conduire qu'à l'échec. Cela est vrai pour tous les acteurs car praticiens et financeurs ont ici parti lié. À ce titre, les organismes complémentaires sont logés à la même enseigne que les régimes obligatoires et c'est pourquoi nous préconisons l'instauration d'une forme entièrement nouvelle de coopération. La recherche de l'efficacité dans l'utilisation de financement est évidemment justifiée surtout si l'essentiel des sommes en jeu provient de cotisations obligatoires et nous disons bien l'essentiel des sommes en jeu des cotisations obligatoires parce que aujourd'hui, nous assimilons les cotisations obligatoires d'assurance maladie obligatoire (AMO) maintenant quasiment les cotisations quasi obligatoires pour les complémentaires dès lors qu'il y a la loi ANI.

Pour autant elle ne peut devenir la seule préoccupation ni le seul objectif. La priorité absolue de tout dispositif conventionnel est de prendre en considération les besoins de santé. C'est cette caractéristique qui fait des professions de santé qu'elles ne sont ni irréductibles, ni comparables à aucune autre activité et surtout pas à une activité commerciale. Cette considération doit constituer en permanence l'axe directeur d'un système conventionnel rénové. Notre philosophie politique rejette le chacun pour soi et personne pour tous.

*« L'UJCD union dentaire défend le principe de solidarité et estime qu'il doit demeurer le fondement de notre système de soins. Son application au cadre conventionnel conduit à conserver à l'AMO son rôle de premier rang dans le cadre du tripartisme et permet, par une claire définition des rôles et des obligations, de jeter les bases d'une collaboration efficace entre les régimes »*

L'UJCD union dentaire défend le principe de solidarité et estime qu'il doit demeurer le fondement de notre système de soins. Son application au cadre conventionnel conduit à conserver à l'AMO son rôle de premier rang dans le cadre du tripartisme et permet, par une claire définition des rôles et des obligations, de jeter les bases d'une collaboration efficace entre les régimes. La prise en compte des priorités de santé et l'application effective de ce principe de solidarité rénové permettent de déterminer le périmètre de solidarité qui regroupe l'ensemble des actes qui répondent à des besoins de santé essentiels

qui ont vocation à être solvabilisés par la fusion de financements issus des régimes obligatoires mais aussi complémentaires. La mise en œuvre de cette nouvelle dynamique politique peut donner un véritable élan au tripartisme que notre syndicat appelle de ses vœux depuis de nombreuses années. Il ne sert à rien que le tripartisme soit inscrit dans la loi si personne ne se donne les moyens de lui donner vie.

L'étape législative est-elle fondamentale pour que ce tripartisme puisse exister dans le cadre conventionnel ? Elle s'est avérée insuffisante. L'inertie du pouvoir politique et l'obstruction des responsables de l'assurance-maladie obligatoire se sont conjuguées à merveille pour faire en sorte que rien ne change en dix ans sous l'emprise de l'ancien directeur général de l'UNCAM. En réaction, tous semblent avoir surtout été intéressés à défendre leur pré carré. Chacun va désormais devoir changer d'attitude car notre système de soins, dans le secteur dentaire est à bout de souffle alors que la santé, et en particulier la santé bucco-dentaire de nos concitoyens, appelle des solutions nouvelles.

La dégradation de la situation, notamment en termes d'accès aux soins, tant pour les chirurgiens-dentistes que pour nos patients, impose à tous de rompre rapidement avec l'immobilisme actuel. Dans ce mouvement qu'il convient de provoquer, les organismes complémentaires ont un rôle es-

sentiel à jouer. Conscients de nos responsabilités et par expérience, nous savons que les faits sont têtus, notre syndicat s'attache à promouvoir une réforme fondée sur une démarche pragmatique. L'UJCD union dentaire se rappelle avec une certaine nostalgie le cruel souvenir où la possibilité d'un réinvestissement fort des régimes obligatoires n'avait rien d'une utopie. Mais les contraintes

*« Le projet de l'UJCD union dentaire vise à créer des synergies entre régimes grâce à une coopération ouverte et maîtrisée, s'appuyant sur la mise en œuvre d'un financement globalisé destiné à prendre en charge le panier d'actes relevant des besoins essentiels »*

et les obligations sont plus pesantes aujourd'hui. L'idée d'un grand soir de la chirurgie dentaire et de la médecine dentaire est aujourd'hui hors de portée. La recherche de solutions à la fois réalistes, c'est-à-dire acceptables par tous, et porteuses de réelles améliorations, doit en tenir compte. Sous couvert de modernisation, de nouvelles dispositions risquent d'intensifier le désengagement de l'assurance maladie en laissant croire que rien ne serait remis en cause demain puisque la part des régimes obli-

gatoires dans le financement des soins dentaires est déjà minoritaire aujourd'hui. Par ailleurs, avec la généralisation des complémentaires, les raisons mêmes de l'existence du ticket modérateur perdent toute leur pertinence.

Le projet de l'UJCD union dentaire vise à créer des synergies entre régimes grâce à une coopération ouverte et maîtrisée, s'appuyant sur la mise en œuvre d'un financement globalisé destiné à prendre en charge le panier d'actes relevant des besoins essentiels. C'est sur cet ensemble d'actes, dont la définition précise que les conditions d'évolution seront de la compétence des trois partenaires conventionnels, que devront être concentrés les moyens financiers issus du regroupement des régimes. Pour mettre fin à la dispersion actuelle des financements et des incohérences qui en résultent, l'UJCD propose de fondre les enveloppes suivantes afin de constituer un fonds globalisé destiné au financement du panier essentiel.

*« Pour mettre fin à la dispersion actuelle des financements et des incohérences qui en résultent, l'UJCD propose de fondre les enveloppes suivantes afin de constituer un fonds globalisé destiné au financement du panier essentiel »*

D'une part, les environ 9,2 milliards d'euros issus des régimes obligatoires sont consacrés à la chirurgie dentaire. D'autre part, 2,3 milliards d'euros des régimes complémentaires, dont 1,3 milliards correspondant à la prise en charge du ticket modérateur et 1 milliard représentatif de la partie non concurrentielle de votre activité. Enfin, 0,2 milliards d'euros de l'État et des collectivités locales, CMU, AME, etc. Ajoutons que dans ce cadre, un dispositif de suivi régulier de soins trouverait alors sa pleine justification, sa place au sein de cette organisation

nouvelle. Il aurait alors pour but de permettre à nos patients d'assumer, dans un engagement volontaire, leurs obligations en contrepartie d'une prise en charge améliorée. Un tel dispositif trouve sa légitimité dans le fait que la force de frappe financière issue du regroupement des moyens permet de couvrir les besoins essentiels et d'améliorer les conditions de prise en charge des actes du panier.

Par rapport à la situation actuelle, ce nouveau schéma fait apparaître trois différences majeures qui sont autant de garanties d'implication de chacun des acteurs et de l'utilisation efficiente des fonds ainsi mobilisés.

En premier lieu, l'accroissement des financements disponibles, sur lequel s'effectuerait la négociation conventionnelle, soit près de 5,5 milliards d'euros contre 3,1 aujourd'hui, permet de concen-

trer les moyens sur le périmètre de solidarité, de revaloriser les soins conservateurs et chirurgicaux tout en laissant ouvertes des possibilités d'évolution, en particulier pour accompagner les progrès de la science.

Ensuite, la mise en commun des moyens financiers renforce le contrôle de chaque financeur soucieux de voir utiliser au mieux les fonds qu'il a apportés et va dans le sens d'une meilleure efficacité dans leur usage.

*« Au dogme de la réduction des coûts, l'UJCD oppose une autre voie, celle des synergies et des économies d'échelle, celle de la clarification des rôles et des missions. »*

Enfin, contrairement à ce qui résulte de la situation actuelle, le système rénové ouvre à l'ensemble des organisations complémentaires un champ où la concurrence pourra d'autant plus librement s'exercer qu'il se fondera

sur une relation avec le client débarrassée de toute ambiguïté puisque les besoins de santé seront couverts dans un cadre conventionnel rénové. L'environnement financier contraignant que subissent tous les acteurs économiques, institutions comme ménages, doit inciter à rechercher des solutions nouvelles et ne pas craindre de rompre avec les vieilles recettes comme la soi-disant maîtrise comptable qui n'est rien d'autre qu'un exercice de réduction des budgets consacrés à la santé.

Au dogme de la réduction des coûts, l'UJCD oppose une autre voie, celle des synergies et des économies d'échelle, celle de la clarification des rôles et des missions. Bien entendu, les professionnels de santé resteront concernés par l'activité des complémentaires mais de façon radicalement différente que celle que nous connaissons actuellement puisque les besoins essentiels seront couverts par le périmètre de solidarité. Evidemment, les organisations professionnelles seront toujours attentives aux actions des organismes complémentaires, ne serait-ce que pour veiller au bon respect des textes. L'UJCD, comme d'autres et sans doute un peu plus que d'autres organisations, fera preuve de vigilance pour que la liberté des praticiens soit préservée et que les démarches de type réseau ne risquent pas d'aboutir, en quelque sorte, à une économie de la santé ne reconnaissant que ses propres règles, les bilans d'exportation.

Sous ces réserves qui tiennent au respect du caractère libéral de notre activité, nous sommes ouverts par principe au développement d'outils nouveaux par les organismes complémentaires. Nous sommes prêts à ouvrir le débat, à tout moment, pour rechercher des axes nouveaux qui puissent réellement apporter un plus à nos patients. Notre syndicat ne reconnaît, à cet égard, aucun a priori dogmatique dès lors qu'on garantit une véritable liberté d'exercice à nos consœurs et à nos confrères.

*« Que sont aujourd'hui les complémentaires ? Des payeurs aveugles dans le sillage des régimes obligatoires. Que pourraient-ils être demain ? Les acteurs d'une innovation majeure »*

En conclusion, le projet que porte notre syndicat est parfois qualifié d'utopique par les organisations professionnelles qui imaginent prospérer sur l'immobilisme ou de révolutionnaire par ceux qui ont bien compris les bouleversements qu'il implique. Proposer d'associer pleinement les régimes complémentaires à la mise en œuvre

d'une politique de santé bucco-dentaire fondée sur le constat des besoins, préconiser un regroupement des moyens financiers dans une enveloppe unifiée et organiser le partage et la diffusion d'une même information à tous les acteurs d'une vie conventionnelle rénovée, est effectivement bien révolutionnaire.

Qu'il nous soit donc permis d'adapter à notre sujet la célèbre citation de l'abbé Sieyès déclarant, peu de temps avant l'ouverture des états généraux en 1789, « Qu'est-ce que le Tiers-État ? Tout. Qu'a-t-il été jusqu'à présent dans l'ordre politique ? Rien. Que demande-t-il ? A y devenir quelque chose. » S'agissant des organismes complémentaires que nous invitons ici à s'associer à notre projet, nous pourrions dire :

« Que sont aujourd'hui les complémentaires ? Des payeurs aveugles dans le sillage des régimes obligatoires. Que pourraient-ils être demain ? Les acteurs d'une innovation majeure ».

**Christian Saout,**  
Secrétaire général  
délégué du Collectif  
interassociatif sur la  
santé (CISS)



Parler des risques, et de trop, c'est un peu faire peur à tout le monde. Au point où nous en sommes de crispation et de désespoir dans ce pays, essayons de trouver un peu d'enthousiasme. Il y a quatre sujets que je vais aborder, qui sont assez modestes, parfois un peu frustes dans leur élaboration et peut-être un peu violents pour certains. J'espère qu'ils contribueront aux débats.

## 1 - L'étonnante notion de « payeur aveugle »

On ne comprend pas toujours très bien ce que les organismes complémentaires entendent par cette expression. Il faut peut être commencer par s'en prendre à soi car les complémentaires sont loin d'être sans données. Ensuite, par le truchement de l'Institut des données de santé (IDS) elles peuvent les apparier avec celles du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM).

Evidemment, les espoirs suscités par la création de l'IDS ont pu être déçu, mais il s'appelle avant tout « Institut pour le partage des données de santé », ce qui suppose que l'on en apporte aussi. Sans doute le réglage institutionnel de l'IDS n'a-t-il pas permis de satisfaire toutes les espérances.

Les complémentaires peuvent aussi collecter elles-mêmes des données. Sans qu'elles soient exhaustives, car avec un bon échantillonnage, ou des logiques de « sentinelles », on peut déjà savoir beaucoup de choses. C'est ce que font modestement les associations qui n'hésitent pas, malgré la charge de travail, à administrer des questionnaires auprès de leurs adhérents ou de leurs bénéficiaires. Et puis, les complémentaires auraient pu lancer un Health-Advisor, ce qu'elles se sont bien gardées de faire. Cela aurait été une excellente manière de collecter de la donnée sur les expériences « utilisateurs » de leurs propres adhérents pour peser sur le débat d'orientation du système de santé.

*« il faut bien dire ce que ces opérateurs veulent faire d'autre : du service, de la mobilisation, des soins ? »*

## 2 - Le rôle des complémentaires

Peuvent-elles, comme elles le revendiquent, faire autre chose que compléter ?

Pourquoi pas ? Mais en même temps il faudrait le dire aux patients, car ce qu'achètent ces derniers et ce que vous leur vendez, c'est du complément. De plus, le principal argument des acteurs aujourd'hui est : « Venez chez moi je complète plus que l'autre ». Donc si tout d'un coup vous ne vou-

lez plus compléter, il faut juste l'annoncer : sauf à vouloir altérer encore plus la perception qu'ont nos concitoyens du système des complémentaires. Déjà que les complémentaires complètent de moins en moins, en étant de plus en plus chères pour toutes les bonnes raisons qui ont été exposées, il ne s'agit pas de dire qu'elles souhaitent faire autre chose que compléter. Certes, la fiscalité qui explique 50 % de la hausse des complémentaires a eu un effet délétère sur les prix, et donc sur les conditions d'accès aux complémentaires, mais il faut bien dire ce que ces opérateurs veulent faire d'autre : du service, de la mobilisation, des soins ? Par internet, ou dans les territoires ? Il y a une large palette de possibilités pour « compléter les complémentaires ». Mais à quel prix, car même le numérique nécessite des investissements élevés.

### 3 - Quelle légitimité des complémentaires dans leur nouveau rôle ?

C'est justement la question qu'amène ma deuxième remarque. Les deux aspects pour lesquelles nous aurions sans doute des attentes autres qu'un simple complément sont, dans une première branche, la régulation du système, et dans une seconde, l'accompagnement des patients face à la maladie. C'est réellement les deux points qui pour nous sont les plus sensibles.

*« ce dont nous avons besoin c'est d'une régulation qui fasse l'articulation entre qualité et prix. »*

Sur la **régulation**, tout est clair. Puisque personne ne veut réguler, il faut bien que quelqu'un s'en charge et peut-être que le monde des complémentaires a plus de souplesse et plus de mobilité pour y parvenir qu'un Etat frileux qui dit vouloir organiser les choses, mais qui entraîne des « quintes de toux » régulières et de plus en plus problématiques chez les professionnels de santé. L'assurance maladie a une mission de régulation du système qu'elle ne satisfait pas non plus : pour exemple, les dépassements d'honoraires. Du côté de l'assurance maladie, c'est par le bout de la coordination que l'on voit arriver la régulation : avec les programmes Prado. Mais aussi avec l'accompagnement des patients au travers de Sophia.

Mais, ce dont nous avons besoin c'est d'une régulation qui fasse l'articulation entre qualité et prix. Il y a un véritable enjeu autour de ce sujet. Nous ne pouvons pas, dans les contraintes actuelles sur le portefeuille des ménages, continuer à affronter des prix à la hausse dans le système de santé, à un tel niveau. Il faut d'une manière ou d'une autre qu'il y ait une régulation. Il est important que cette régulation se fasse dans un esprit de qualité du système et non dans celui de baisse de la qualité. En effet, cela ne serait pas concevable pour ceux qui, à la fois, payent par leur cotisation de base et par leur cotisation complémentaire. Il existe un réel défi de ce point de vue. Il peut être relevé par

*« Plus on fait de prévention moins on a de construction et de réalisation des risques. Mais ce qui intéresse le patient pour qui le sinistre s'est réalisé, c'est de savoir dans quelles circonstances sa vie pourra continuer à avancer dans de bonnes conditions malgré l'épreuve de la maladie. »*

les réseaux de soins, mais il peut y en avoir d'autres dans des esprits parfois coopératifs puisque nous évoquons les fondements du mouvement mutualiste.

Le deuxième aspect des attentes des patients est l'**accompagnement**. J'insiste à dessein sur cette thématique car nous voyons que ce qui intéresse les complémentaires est d'aller sur le terrain de la prévention pour améliorer la profitabilité des contrats. Plus on fait de prévention moins



on a de construction et de réalisation des risques. Mais ce qui intéresse le patient pour qui le sinistre s'est réalisé, c'est de savoir dans quelles circonstances sa vie pourra continuer à avancer dans

*« Je trouvais assez utile ce qu'Emmanuel Roux a dit autour du fait que les prix avaient augmenté pour moitié en raison des taxes et de la fiscalité. Or, c'est un élément qui est peu mis en circulation. »*

de bonnes conditions malgré l'épreuve de la maladie. Ils ont besoin d'être accompagnés dans un système qui ne les accompagne pas. Cet accompagnement peut prendre plusieurs formes : l'information, la coordination du parcours de soin qui n'est pas faite et qui est extrêmement coûteuse en énergie pour les patients et aussi en rem-

boursement pour les opérateurs, et tout ce qui concerne le soutien psychosocial d'une personne. En effet, la maladie est aussi parfois une épreuve et le patient a besoin d'être soutenu et accompagné par la complémentaire qu'il a choisie. Ce n'est pas déshonorant que des complémentaires décident de faire autre chose que payer, mais il faut essayer d'y travailler dans cet esprit.

#### 4 - Les conditions à remplir pour une légitimité renouvelée

La **transparence** autour des prix et de la gestion est primordiale selon moi. Je trouvais assez utile ce qu'Emmanuel Roux a dit autour du fait que les prix avaient augmenté pour moitié en raison des taxes et de la fiscalité. Or, c'est un élément qui est peu mis en circulation. À tort, parce qu'on aurait probablement raison de le dire et de le redire.

*« Plus nous irons vers le service plus il faudra que ce service soit co-construit avec des bénéficiaires potentiels si nous voulons qu'il corresponde à peu près aux attentes »*

Le deuxième élément, est la **co-construction** des réponses, car plus nous allons nous approcher du service, tout en continuant à rembourser mais en ne faisant plus que du remboursement mais également « autre chose », plus nous allons épouser les démarches qu'on peut appeler démarches clientèles ou démarches d'implication des

bénéficiaires dans la construction des réponses. Plus nous irons vers le service plus il faudra que ce service soit co-construit avec des bénéficiaires potentiels si nous voulons qu'il corresponde à peu près aux attentes et si nous voulons qu'il soit fait dans l'esprit de ceux qui attendent ces services. Si c'est pour nous mettre du numérique froid là où on attend de l'âme et de la chaleur humaine, cela n'a aucun sens. Donc il faut essayer de co-construire les réponses.

Le troisième élément de bouleversement qui me paraît important, ce sont les **garanties de qualité** sur les services qui nous sont proposés. Que ce soit aussi bien les réseaux que les actions d'accompagnement ou même les actions de prévention, il faut qu'il y ait des garanties de qualité car c'est probablement sur ce point que se fera la différenciation entre les opérateurs couvrant la santé. Je pense notamment à toutes les solutions électroniques en faveur de la prévention qui ont du mal à ne pas être normatives : les temps ont changé, nos concitoyens pensent par eux même, ce n'est pas la peine de faire resurgir une morale inadaptée à une époque qui réclame l'implication et la mobilisation des personnes plutôt que des approches normatives et tutélaires.

*« Que ce soit aussi bien les réseaux que les actions d'accompagnement ou même les actions de prévention, il faut qu'il y ait des garanties de qualité car c'est probablement sur ce point que se fera la différenciation entre les opérateurs couvrant la santé. »*

Le quatrième élément porte sur les **nouvelles règles** de ces nouveaux enjeux. Je partage le dessin des nouveaux enjeux qu'a projeté Emmanuel Roux. Je comprends parfaitement qu'il faut de nouvelles règles et qu'il faut les élaborer car nous en avons besoin. On ne peut pas continuer à penser que les contrats complémentaires de nos

*« la question qui est sur la table est celle des alliances entre les différents acteurs au soutien de cette nouvelle politique de prise en charge des attentes de nos concitoyens face aux défis de santé. »*

plus âgés vont être trois fois plus chers que les contrats complémentaires des plus jeunes. Qu'est-ce que cela veut dire de ne plus avoir de solidarité trans-générationnelle au sein des complémentaires ? Est-ce que la main publique a besoin d'introduire une telle réglementation ? De nouvelles règles doivent également encadrer les rela-

tions entre les différents acteurs, cela a été dit par Emmanuel Roux et j'y insiste.

Mon dernier point est de savoir comment intégrer cela dans **l'agenda politique** ? En effet, nous devons aller plus loin et fournir une vision programmatique pour les deux ou trois années qui viennent sur comment poser ce sujet dans l'agenda politique. A l'évidence, cela va réclamer une main publique pour ne serait-ce que réguler ces nouveaux enjeux et essayer de donner un peu de cohérence et de vision à l'ensemble. Par conséquent, je pense que la question qui est sur la table est celle des alliances entre les différents acteurs au soutien de cette nouvelle politique de prise en charge des attentes de nos concitoyens face aux défis de santé. Il s'agit d'un sujet sur lequel nous n'avons pas réussi, ces dernières années, à nous allier parce que nous avons besoin d'entrer dans le jeu et de parler avec d'autres de la façon dont nous voyons les choses, plutôt que de s'opposer les uns aux autres. Or, cela n'est pas forcément facile à faire. ■

## Débats avec les participants

---

**Bénédicte Foucher,**  
*Rédactrice en chef  
adjointe à Protection  
sociale Information  
(PSI)*

Emmanuel Roux et Jean-Paul Lacam, pouvez-vous réagir aux propos tenus par Jacques Le Voyer et Christian Saout, notamment sur cette dimension de payeurs aveugles ? Comment trouver la bonne voie entre ce rôle de solvabilisation de dépenses de santé et ce rôle de régulation auquel aspirent les complémentaires de santé et visiblement aussi les patients ?

---

**Emmanuel Roux**

Le propos de Christian Saout illustre tout le malentendu sur le sujet. Il est évident que notre modèle économique rend plus compliqué un bon niveau de protection à un prix accessible, car il cornérise les complémentaires. Cependant, on ne peut pas dire que les complémentaires complètent de moins en moins. Il suffit de regarder les paniers de soins, qui sont maintenant réglementés, la rénovation des contrats responsables, le rehaussement des plafonds d'accessibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), les obligations de prise en charge, ainsi que les niveaux de garantie de l'ACS qui ont été fixés par cahier des charges. Compte tenu de tout cela, on ne peut pas affirmer que les complémentaires complètent de moins en moins.

Toutefois, nous pouvons dire qu'à un niveau d'effort financier donné, il y a une tension sur le niveau de remboursement, ce qui interroge fondamentalement sur le modèle économique. Je pense que c'est là où on peut parler des complémentaires « aveugles ». Je crois que personne n'en a assez

conscience. Nous-mêmes, complémentaires, en avons totalement conscience puisqu'il s'agit de notre problème majeur aujourd'hui. Nous ne sommes pas des caisses publiques ou parapubliques qui prélevons des cotisations obligatoires, car nous avons à la fois une obligation de prélèvements et d'équilibre financier avec des contraintes de solvabilité, et des contraintes prudentielles de plus en plus fortes. L'aspect le plus préoccupant et choquant dans les réformes de ces dernières années, est d'avoir traité la question des complémentaires en se désintéressant totalement de la question du modèle économique et de la capacité de majorer les remboursements et en même temps de pouvoir être dans une forme de soutenabilité dans les cotisations qui sont appelées. En effet, jusqu'à aujourd'hui, nous avons traité cette question autour des frais de gestion.

Ces derniers ont été totalement instrumentalisés politiquement, puisque ce sujet est né au moment où les organismes complémentaires n'ont pas pu faire autrement que de répercuter la fiscalité, ce qui a amené à un certain nombre d'initiatives politiques visant à taxer les réserves des complémentaires. A ce moment, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est intervenue auprès de la représentation nationale pour expliquer que les réserves des complémentaires étaient prudentielles, fixées par une réglementation supranationale. En réaction à cela, certains députés ont voulu obliger les complémentaires à publier leurs frais de gestion pour bien montrer à quel point elles n'étaient pas capable de gérer. Le discours de ces députés était du type « elles ont plein d'argent qu'elles ne veulent pas rétrocéder à leurs adhérents, à leurs clients ». Il existe donc une désinformation publique et une instrumentalisation de ce débat.

Un troisième élément est que si on complète de plus en plus, si on met l'accent sur le fait qu'il faut compléter, cela veut dire que quelque part on est dans une logique de solvabilisation. Par ailleurs, puisque tu as parlé de la nécessité de régulation, j'aimerais savoir comment tu équilibres cette approche qui est aussi le sujet des complémentaires. En ce qui concerne les dépenses optiques, on aimerait pouvoir réallouer une partie très importante vers de vrais besoins de santé. Mais comment est-ce que les patients, les usagers du système de santé peuvent nous aider à réfléchir aussi sur le bon niveau d'articulation entre ce qui va relever de la solvabilisation et aussi la régulation. Parce que la régulation, ça veut dire à un moment on arrête de solvabiliser ou alors on solvabilise de manière beaucoup plus partenariale, conditionnelle avec des contreparties et là, nous nous engageons dans des voies de contractualisation.

---

---

Public

Comment voyez-vous la conciliation entre la mise en œuvre des programmes de prévention au long cours, puisque la principale problématique de santé publique dans ce pays, ce sont les pathologies chroniques qui se développent au long cours, et la viabilisation des modèles économiques, à savoir le fait d'éviter de renchérir le coût de la complémentaire santé qui limiterait l'accès aux soins ?

---

---

Jean-Paul Lacam

Aujourd'hui les complémentaires ont certainement une approche dans le domaine de la prévention et de l'accompagnement beaucoup plus évoluée de par notre histoire.

Il faut que nous puissions appliquer une réglementation découlant de la loi santé ou des textes de décrets, que nous soyons également honorable, compétent, que nous fassions notre travail en termes de Solvabilité 2 et que nous dégagions des marges. Tout cela doit être financé.

Le but recherché lorsqu'on parle de réseaux de soins et de prévention est d'avoir un accompagne-

ment, et d'être en amont de manière à ce que le risque soit moins important. Lorsque j'étais dans une institution de prévoyance, nous travaillions étroitement avec les entreprises à la fois au niveau des ressources humaines, des responsables financiers et des partenaires sociaux afin de trouver la garantie la plus adaptée dans le but d'avoir un contrat équilibré, qui corresponde à des remboursements qui convenaient à la population assurée. C'est dans ce cadre qu'il faut trouver les moyens de dégager des marges mais, dans un secteur comme la santé, certaines années nous sommes excédentaires, d'autres nous sommes déficitaires. Il faut donc trouver un équilibre. Je suis convaincu que nous ne devons pas réfléchir plus qu'on produit, en se disant qu'aujourd'hui nous sommes de toute façon encadrés, que nous sommes dans un système concurrentiel, que nous devons utiliser Solvabilité 2 et que nous avons une fiscalité qui augmente.

Le point que Christian Saout a développé sur les aidants m'a beaucoup intéressé. Les groupes de protection sociale ont de l'expérience dans le domaine de la dépendance, sur lequel il faut être extrêmement vigilant car souvent, dans les personnes se trouvant en situation de dépendance ou d'incapacité, celui qui chute le premier est l'aidant.

---

**Jean-Marie Spaeth,**  
*Président de l'Ipsse*

Il existe que deux types de régulation possible : soit une régulation financière par la mise en place d'un bouclier sanitaire, c'est-à-dire une régulation mise sur critères de ressources, tout ou partie du système, soit une régulation que j'appelle médico-économique. C'est un panier de biens et de soins fondés sur des références et des pratiques médicales opposables aux patients, aux professionnels et partenariales du point de vue des opérations des complémentaires et du régime de base ; ce panier étant remboursé à 100 %. Bien évidemment je partage l'idée que la régulation des soins dits de « ville » est plus efficace si elle est faite par les complémentaires que par la CNAM, car c'est un outil trop compliqué. Dernier point, cette vision est encore plus nécessaire avec le fait qu'il y aura 13 régions et que leur diminution va indéniablement entraîner des changements qui nous obligeront à être plus proche du terrain. Il faudra une décennie afin que tout cela soit mis en place mais il faut choisir et ne pas rester entre deux eaux.

---

**Christian Saout**

Concernant le bouclier sanitaire, nos concitoyens ont du mal à comprendre le mécanisme. Ils se demandent pourquoi il y aurait une régulation à l'entrée du système, en payant plus pour les plus riches, et également à la sortie, en étant moins remboursé pour les plus riches.

Le deuxième point porte sur la prévention et les complémentaires. Il est vrai qu'il y a des discours aujourd'hui selon lesquels les complémentaires disent qu'elles veulent faire de la prévention, remplaçant l'assurance-maladie obligatoire. Il y a là un problème, d'autant plus qu'on a du mal à comprendre comment elles pourraient le faire en dehors des lieux où elles garantissent un certain nombre de risques ou sur les populations qui ne sont pas de leur ressort. Cela tient plus du marketing. D'ailleurs, l'adhérent devrait payer pour des actions de prévention pour un paquet de ressortissants qui ne lui concernent pas.

Enfin, ma troisième remarque concerne les marges. Selon moi, elles sont du côté médico-économique. Les études convergentes, à la fois déclaratives et scientifiques, montrent qu'il y a 30 % de soins inutiles. Ce pourcentage, appliqué aux 175 milliards de l'assurance-maladie, constitue un

sommes non négligeable. Nous devrions donc pouvoir trouver des marges de manœuvre de ce côté pour améliorer les choses, pour déployer sur de nouvelles solutions. Dégraissons ce qui ne sert plus à rien et avec cet argent, faisons des choses dont nous avons tant besoin.

---

---

Dominique Polton

Il y a quelque chose qui m'étonne dans le débat. Rappelons en effet, qu'il n'est pas nécessaire de disqualifier ce qu'essaie de faire un organisme, par exemple l'Assurance-maladie obligatoire (AMO), pour vendre ce que ferait éventuellement plus tard et de manière non encore avérée, un autre organisme qui serait la complémentaire. Je veux bien qu'on dise que puisque l'AMO ne régule pas, autant que d'autres s'en occupent.

Regardons les choses de manière pragmatique et modeste. Je crois que nous avons fait d'énormes progrès dans la régulation et pourtant je suis d'accord pour dire qu'aujourd'hui, ces progrès, au regard de ce qu'on pourrait faire, restent modestes. Il faut aussi essayer d'arrêter de citer des chiffres, comme ceux des Américains selon lesquels il y a 30 % de dépenses inutiles. C'est peut-être vrai mais il faut regarder dans le détail, comme nous le faisons maintenant depuis plusieurs années. Nous regardons la pertinence sur beaucoup d'actes chirurgicaux et sur les actes en général.

Je prends l'exemple de Sofia, qui existe depuis un moment. Nous avons 600 000 personnes dedans et tous les organismes du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ne sont pas aussi négatifs que vous, Christian Saout, sur l'utilité de cela. Ce sont des idées théoriques mais il faut aussi les mettre à l'épreuve des faits. Donc essayons d'être modestes dans ce que nous sommes capable de faire les uns et les autres.

---

---

Bénédicte Foucher

Comment les deux acteurs ensemble peuvent essayer de trouver des marges d'amélioration sur leurs actions respectives ?

---

---

Christian Saout

Je corrige la question, il n'y a pas deux acteurs, il y en a trois. Le plus que l'assurance-maladie a fait pour tenter de réguler l'offre, est de la vitrification conventionnelle. Je ne peux lui en vouloir car si on veut faire une convention très mobile, cela nécessite des individus ayant envie de travailler et de faire bouger les choses. Si nous n'avons pas plus progressé sur le forfait et si nous avons toujours, dans ce pays, autant de paiement à l'acte, cela relève de la responsabilité de l'ensemble des acteurs qui sont dans le jeu conventionnel.

---

---

Bénédicte Foucher

Jacques Le Voyer, pour les professionnels de santé, qu'en est-il de cette tension solvabilisation et régulation et du rôle que vous pouvez jouer dans ce cadre tripartite ?

---

---

Jacques Le Voyer

Nous avons déjà plusieurs analyses.

La première, qui nous a énormément étonnée en matière sociale, est que dans le secteur dentaire, les complémentaires sont devenues les premiers payeurs. Quelque part, cela remet en cause les

fondements du système qui est basé sur la solidarité. Même si aujourd'hui ou demain, il y aura des correctifs par le biais de l'ANI, on voit les limites du système.

La deuxième chose est que le ticket modérateur n'a plus aucun sens. Il a été fait pourquoi autrefois ? C'était la part qui théoriquement, restait à la charge de l'assuré. Or, aujourd'hui, les organismes complémentaires le prennent en charge.

Troisièmement, les prix. Nous n'avons pas d'états d'âme sur le sujet à la seule condition que si on fait la transparence, on la vit. Aujourd'hui, que se passe-t-il ? Nous avons des tarifs de soins opposables qui sont honorés en moyenne à 40 % en dessous de leur valeur de revient et un cabinet d'omnipraticques moyen sur l'année, fait 95 000 € de déficit sur les soins opposables. Derrière cela il y a la prothèse. On nous dit « les chirurgiens-dentistes profitent de la misère du monde ». Or, les bases de remboursement de l'assurance-maladie en matière de prothèses et d'orthodontie, ont été divisées par deux en 30 ans dans un silence total. La principale conséquence est que ce sont les complémentaires qui passent à la caisse en premier. Lorsque l'on étudie en pourcentage le reste à charge des patients, il a baissé dans le secteur dentaire grâce organismes aux complémentaires. Mais le problème est l'absence totale de régulation et que la régulation qui est faite aujourd'hui est une régulation financière qui est vouée à l'échec pour deux raisons, qui tiennent toutes les deux à la démographie professionnelle.

Premièrement, si vous trouvez des chirurgiens-dentistes pour contracter avec vous dans les zones de surdensité médicale vous n'allez les trouver que chez les chirurgiens-dentistes qui n'ont pas de patients car ceux qui ont des patients n'ont pas besoin de contracter avec vous.

Deuxièmement, dans les zones de désertification rurale, quels sont les chirurgiens-dentistes que vous allez trouver ? Vous trouvez des chirurgiens-dentistes qui viennent travailler en France mais qui sont issus des pays de l'Est. L'année dernière, au niveau des nouveaux inscrits au conseil national de l'ordre, un tiers des nouveaux inscrits venait des pays de l'Est. Nous avons intégré au niveau de notre conseil d'administration de la région Bretagne, pour la première fois dans notre histoire, un chirurgien-dentiste roumain.

Je vais également parler de la régulation et de la prévention. Au niveau de la prévention, malgré ce qui a été fait au niveau des jeunes enfants, soyons clairs, la prévention n'existe absolument pas en chirurgie dentaire. Pourquoi ? Parce que tant que vous avez un système où les soins précoces, où la prévention chez l'adulte n'est absolument pas rémunérée, voire déficitaire, comment demander un tel effort aux chirurgiens-dentistes ? Donc si demain, les complémentaires souhaitent faire de la prévention, il faut mettre l'accent sur les soins précoces de telle manière que les chirurgiens-dentistes ne soient pas tentés d'avoir un intérêt à la prothèse.

Le système de payeur aveugle me gêne toujours parce que comme son nom l'indique c'est complémentaire, c'est donc complémentaire à la sécurité sociale. Par conséquent, on n'est pas payeur aveugle quand on est complémentaire à un système qui régularise les choses. D'autre part, c'est un système qui prend en compte tout le monde au même niveau. Alors que les contrats des complémentaires, c'est autant de niveaux de garantie différents. Ceux qui ont les meilleures possibilités de payer ont la meilleure couverture. Donc c'est en totale inadéquation avec ce qu'est la sécurité sociale.

Concernant la prévention mise en place au niveau des complémentaires, par exemple la prévention de l'hypertension, cela ne me pose pas de problèmes. Par contre, lorsqu'il s'agit de préventions professionnelles et qu'on fait payer les salariés 50 % et 50 % l'employeur, alors qu'on fait de la prévention qui relève de l'obligation de sécurité de l'employeur, je suis extrêmement réservée. Nous pouvons citer comme exemple la prévention contre la carie dentaire ou l'asthme du boulanger. Cela relève de la responsabilité de l'employeur de payer cette prévention et pas de la responsabilité du salarié.

---

---

Jean-Paul Lacam

Je suis partagé sur cette question. Je pense que la contribution de l'assureur complémentaire peut être extrêmement importante et beaucoup plus large que ce qui peut être vu sur un strict point de vue des entreprises. D'autre part, je pense qu'autant cela peut être dans le cas d'une grande entreprise, il peut y avoir des actes de prévention au niveau de l'entreprise. Quand on a une succession de petites et moyennes entreprises, cela permet une mutualisation, une solidarité, une recherche qui concerne toute la profession. Je pense que c'est le deuxième aspect qui me paraît le plus important et je trouve que c'est une bonne chose dans ce sens, d'autant plus que sur les boulangers, c'était dans le cadre d'un contrat de santé et de prévoyance qui était mutualisé, donc ce sont bien les partenaires sociaux qui ont travaillé sur le sujet.

*- remarque -*

---

---

Bernard Daeschler,  
administrateur CGT  
Malakoff-Médéric,  
président du CTIP

Je m'associe totalement à ce que vient de dire Marie-Annick Nicolas, mais en même temps cela révèle un dysfonctionnement global général et important dans l'organisation du système de soins en France. En effet, avoir un véritable dialogue avec le régime de base et les familles des complémentaires, est une nécessité pour aller en intelligence et en cohérence vers la réorganisation du système de soins en France. Toutefois, ce n'est pas là-dessus que je voulais intervenir.

Tout d'abord, je remercie l'Ipsé pour l'organisation de ce colloque et de ces tables rondes. Vous avez le talent de mettre en tribune des gens différents qui délivrent des messages, et quand l'ensemble est mis en cohérence, cela permet à la réflexion d'aller plus loin.

Ensuite, j'ai apprécié le fait que nous ayons parlé de co-construction et de mettre de l'âme et de la chaleur. Je pense qu'on ne peut tous qu'y adhérer. Jacques Le Voyer a osé le mot de révolutionnaire : j'achète ! Révolutionnaire au sens où il faut remettre le système à l'endroit. Depuis dix ans effectivement, la loi Douste-Blazy, qui est au centre de l'UNOCAM, qu'a-t-elle réglé ? Est-ce qu'on a progressé ? Je prends le risque de faire un peu de peine, mais non, il n'y a pas eu de progression, au contraire. L'action des trois familles ce n'est pas évident, la renonciation aux soins s'est accélérée, etc. Donc effectivement, il faut réfléchir et mettre en place de nouvelles structures pour co-construire des solutions. Il y a le problème du payeur aveugle, du payeur invisible, qui est aujourd'hui une réalité. Mais il faut vraiment s'inscrire dans tous les domaines de la vie du fonctionnement du pays et sociétal. Il faut aller beaucoup plus loin et inventer de nouvelles structures pour travailler différemment.

## Les complémentaires et la sécurité sociale : quel équilibre des rôles pour l'égal accès aux soins pour tous et la pérennisation de notre système ?

Fabrice Henry,  
Président de l'Union  
nationale des orga-  
nismes d'assurance  
maladie complé-  
mentaire (UNOCAM)



La thématique dans cette partie de table ronde, ce sont les complémentaires et la sécurité sociale. Nous parlons de complémentaires, donc nous pouvons effectivement nous demander qui est complémentaire de qui et quel équilibre des rôles pour l'égal accès aux soins pour tous. Je crois qu'il s'agit d'un point tout aussi important que la pérennisation de notre système. Mais quel est notre système ? Est-ce un système par défaut ou est-ce un système choisi, voulu par les citoyens dans notre pays ? Je crois qu'il y a une vraie question, un vrai sujet qui est politique dans le sens le plus noble du terme.

### 1 - Qu'est-ce que l'UNOCAM ?

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) rassemble tous les organismes complémentaires qui existent, sous quelque forme qu'elle soit. Mais c'est d'abord une association. Par conséquent, il ne faut pas demander ou attendre de l'UNOCAM ce qu'elle ne peut pas fournir. Ce n'est pas un opérateur unique. Ce qui veut dire que lorsque l'UNOCAM prend une décision, notamment lorsqu'elle signe un texte dans le cadre conventionnel, elle le signe en tant qu'association des fédérations que sont la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF),

la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) et les autres organismes qui sont également au sein de l'UNOCAM : le Régime local d'Alsace Moselle, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

*« la loi de 2004 a posé le cadre du tripartisme, mais elle n'a pas donné la méthode [...] depuis l'origine de l'UNOCAM, nous revendiquons qu'il y ait une méthode qui précise comment doivent fonctionner les différentes structures que sont l'UNOCAM, l'UNOCAM et l'UNPS »*

Tout le monde est représenté au sein de l'UNOCAM, et donc chacun a ses propres règles et ses propres

contraintes. Par exemple en 2009, lors de l'épisode du secteur optionnel, il y avait des contraintes fortes sur les différentes parties prenantes à la négociation, avec un impératif pour dire « il faut arriver à un aboutissement sur le secteur optionnel ». Mais dès le lendemain certains des signataires affirmaient qu'il fallait obliger les complémentaires à prendre en charge le secteur optionnel. Je rappelle, au passage, que c'était l'idée de prendre en charge une partie des dépassements d'honoraires pour les chirurgiens gynéco-obstétriciens et les anesthésistes. C'était le seul champ à être visé, car c'était le secteur où les dépassements d'honoraires étaient les plus importants, à la fois en nombre de praticiens et en niveau de dépassement.



L'UNOCAM est donc une association avec toutes les limites que cela implique. De plus, il s'agit d'une association particulière, car la loi définit un cadre très précis de ses missions, parmi lesquelles il y a effectivement la négociation conventionnelle. Par ailleurs, une de nos missions consiste à exprimer un certain nombre d'avis sur différents textes qui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à l'UNOCAM, à savoir tous les textes touchant à la vie du système de santé. Nous avons également une présence dans certains organismes comme les comités économiques des produits de santé, sur la fixation des prix du médicament, avec une voix délibérative.

## 2 - La loi du 13 août 2004 et le tripartisme

Cette loi a défini un cadre tripartite : UNCAM, avec la réunion des caisses nationales, UNOCAM avec les opérateurs que je viens de citer, et Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Souvent, nous sommes fustigés sur le fait qu'au sein de l'UNOCAM, les complémentaires sont différentes, elles ne sont pas forcément d'accord sur tout, etc. Personne ne s'interroge sur l'UNPS. Il y a une diversité au niveau des professions de santé, qui est assez révélatrice de la situation dans notre pays et d'autre part, au sein même de certaines professions de santé, il y a une diversité de représentations au travers de syndicats, qui sont souvent multiples, ce qui ajoute à la complexité du dialogue. Les discussions, à titre d'exemple, entre l'UNOCAM et l'UNPS, nous n'en avons que depuis deux ans ! Par conséquent, la loi de 2004 a posé le cadre du tripartisme, mais elle n'a pas donné la méthode. Encore aujourd'hui, nous pâtissons de l'absence de méthode, ce qui fait qu'on va avoir, en fonction de l'influence des uns et des autres, des tergiversations, des interrogations qui ne vont pas trouver de solution. Aujourd'hui et depuis l'origine de l'UNOCAM, nous revendiquons qu'il y ait une méthode qui précise comment doivent fonctionner les différentes structures que sont l'UNCAM, l'UNOCAM et l'UNPS, et donc les représentations des professionnels de santé ensemble.

*« la part de financement par l'assurance maladie est passée de 78,2% en 2008 à 77,4% en 2013. [...] c'est un chiffre global sur l'ensemble des dépenses, mais si nous creusons sur les soins courants, nous nous apercevons que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires est à peu près équivalente »*

## 3 - Evolution des dépenses de santé

Je me base sur les statistiques et je regarde qui est chargé de quoi dans le cadre des dépenses de santé entre 2006 et 2013. Nous pouvons ainsi noter les aspects suivants.

**Financement.** Tout d'abord, la part prise en charge par l'assurance maladie complémentaire, si on peut définir qu'effectivement c'est une entité unique, augmente au niveau de la consommation de soins et de biens médicaux durant cette période.

Par ailleurs, la part de financement par l'assurance maladie est passée de 78,2% en 2008 à 77,4% en 2013. Certes, cela ne fait que 0,8%, mais nous savons tous que cela recouvre des réalités qui sont très différentes. En effet, c'est un chiffre global sur l'ensemble des dépenses, mais si nous creusons un peu ces chiffres sur ce qu'on qualifie de soins courants, nous nous apercevons que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires est à peu près équivalente. Dans une étude réalisée il y a quelques années, Didier Tabuteau estimait qu'il y avait 55% de remboursement en moyenne sur les soins courants, dits soins de ville, et qu'on retrouvait ce taux à 77% du fait de l'hospitalisation et les affectations de longue durée (ALD), le dynamisme

*« les pouvoirs publics ont globalement privilégié les transferts de charge de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et vers les ménages, renforçant implicitement le rôle de l'assurance maladie complémentaire »*

de l'évolution des ALD étant lié à un certain nombre de raisons. Concernant les organismes complémentaires, ils sont passés de 13% de prise en charge à 13,8%. Les 0,8 se retrouvent ici. Le reste à charge pour les ménages, entre 2006 et 2013, est resté à 8,8%, donc il y a quand même une stabilisation du reste à charge des ménages, au moins d'un point de vue global et statistique. Cela ne signifie pas

pour autant que la situation ne s'est pas dégradée sur certains sujets.

**Transfert de charges de l'AMO vers l'AMC.** Or, quelle a été la réaction des pouvoirs publics au cours de cette période, caractérisée par une évolution des coûts de santé que l'on constate d'année en année de manière régulière ? Ils ont globalement privilégié les transferts de charge de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et vers les ménages, renforçant implicitement le rôle de l'assurance maladie complémentaire. Je dis implicitement, car cela a été fait pour des raisons économiques et non pour un choix de renforcement des organismes complémentaires. Pour ne citer qu'un exemple, celui du médicament, avec l'instauration d'un nouveau taux de remboursement à 15%, avec effectivement le renvoi de la responsabilité d'une prise

*« vous connaissez les règles de base de la sécurité sociale : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins [...] cela m'interroge quand [...] il est estimé que les besoins des malades pris en charge doivent être taxés »*

en charge peut-être plus large vers les complémentaires, alors même qu'on définissait le service médical rendu comme globalement faible ou modéré.

La question de savoir si les complémentaires devaient prendre en charge le ticket modérateur, dont le coût est plus important que la base prise en charge par la sécurité sociale, les a perturbés. Cela montre également que sur

certains champs très précis les complémentaires sont les premiers financeurs.

**Responsabilisation des patients.** Ce dispositif a instauré la mise en place de forfaits, notamment sur la consultation, et de franchises. Je considère que cette décision est une décision qui n'est pas anodine dans l'histoire de la sécurité sociale. En effet, vous connaissez les règles de base de la sécurité sociale : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. A titre personnel, cela m'interroge quand à un moment donné, il est estimé que les besoins des malades pris en charge doivent être taxés ou en tout cas amputés d'une partie de prise en charge. Selon moi, cela rompt la logique de la sécurité sociale, qu'on le veuille ou non, et c'est au travers de 1 euro. Ce n'est pas grand-chose comme disait le Premier ministre de l'époque, mais c'est une évolution qui n'est pas neutre pour l'avenir. Si effectivement ce type de dispositif venait à se développer, cela poserait effectivement la question quant à l'avenir du système de santé obligatoire dans notre pays.

**Taxes.** Parallèlement, nous avons vu la création d'un certain nombre de taxes. 13,27% de taxes représente pour un adhérent d'une mutuelle un mois et demi de cotisation. Est-ce que la création

*« Les organismes complémentaires ne sont pas que complémentaires. D'une manière très claire aujourd'hui, sur un certain nombre de champs bien identifiés, nous savons que ce sont les premiers financeurs (optique, dentaire, etc.). »*

de ces taxes était la meilleure solution alors qu'on constatait l'existence d'un phénomène de renoncement aux soins, des difficultés d'accès à la complémentaire, et que dans le même temps, on réduisait le taux de TVA sur la restauration et l'hôtellerie. Entre bien se nourrir et bien se soigner, je préfère qu'on favorise le bien se soigner. Il y a également eu un épisode à travers des conséquences de

l'avenant 8 que nous avons signé à l'UNOCAM, instaurant le forfait médecin traitant, sur la façon dont ce forfait a été mis en place. Au passage, cela présente trois avantages pour les pouvoirs publics : en premier lieu, cela ne fait pas apparaître de régression de l'assurance maladie obligatoire ; deuxièmement, cela fait supporter aux seuls organismes complémentaires le fait d'afficher une hausse des coûts ; enfin, cela rend invisible l'action des organismes complémentaires.

#### 4 - Le rôle des complémentaires santé

Les organismes complémentaires ne sont pas que complémentaires. D'une manière très claire aujourd'hui, sur un certain nombre de champs bien identifiés, nous savons que ce sont les premiers

*« La loi précise que chaque année, le directeur général de l'UNCAM doit réunir les représentants de l'UNOCAM et leur présenter le programme de négociation conventionnelle. Ce n'est pas grand-chose, mais cela ne s'est jamais produit !*

financeurs (optique, dentaire, etc.). Les dispositifs médicaux méritent aussi une attention particulière car là aussi il y a une évolution importante de leur coût. Cela a peut-être tendance à rattraper, d'ailleurs, au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS), les dépenses sur le médicament. Nous sommes donc dans un environnement qui bouge beaucoup ces derniers temps. C'est la raison pour laquelle, depuis son origine, l'UNOCAM et

les organismes qui la composent, conscients de ces éléments, ont essayé d'établir des relations partenariales avec l'UNCAM. Il faut avouer que cela n'a pas été facile. La loi précise que chaque année, le directeur général de l'UNCAM doit réunir les représentants de l'UNOCAM et leur présenter le programme de négociation conventionnelle. Ce n'est pas grand-chose, mais cela ne s'est jamais produit ! L'UNOCAM s'est donc évertuée, ces dernières années, à essayer d'obtenir qu'il y ait effectivement une méthode de travail, puisque la loi n'en avait pas définie, et le respect des prérogatives de chacun. Il n'y a pas d'ambiguïté sur ce point. Les organismes complémentaires au sein de l'UNOCAM n'ont jamais demandé à se substituer à l'assurance maladie obligatoire : l'universalité est le socle de solidarité nationale et ce n'est pas l'objectif de l'UNOCAM ni son rôle.

Nous avons malgré tout réussi à aboutir sur un certain nombre d'accords conventionnels, dont les premiers ont été signés en 2012. Cela vous laisse mesurer le chemin de latence, ou en tout cas de lenteur qu'il a fallu dépasser, sachant que jusqu'en 2009, les professionnels de santé, avec

*« Les écarts entre l'esprit et l'application de la loi, ont été d'ailleurs soulignés par la Cour des Comptes en 2014. La Cour estime qu'une plus forte implication de l'UNCAM et de l'UNOCAM en tant que financeurs et de l'Etat en tant que décideur, pourrait renforcer la cohérence des actions menées et aboutir à la mise en place de contreparties plus efficaces pour la rémunération des professionnels et la gestion du risque. Elle rajoute qu'il convient également de mieux associer les organismes complémentaires à la régulation du système de soins. »*

l'UNCAM, pouvaient décider de ne négocier qu'entre eux sur un champ où les organismes complémentaires étaient très présents. Cela a été le cas de la précédente convention dentaire, où l'UNOCAM était persona non grata et n'a pas été invitée aux négociations. Les écarts entre l'esprit et l'application de la loi, ont été d'ailleurs soulignés par la Cour des Comptes en 2014. La Cour estime qu'une plus forte implication de l'UNCAM et de l'UNOCAM en tant que financeurs et de l'Etat en tant que décideur, pourrait renforcer la cohérence des actions menées et aboutir à la mise en place de contreparties plus efficaces pour la rémunération des professionnels et la gestion du risque. Elle rajoute qu'il convient également de mieux associer les organismes complémentaires à la régulation du système de soins.

*« Les interventions des pouvoirs publics souffrent soit d'un excès d'étatisme d'un côté, soit d'un excès de libéralisme de l'autre, mais il est parfois difficile de mesurer de quel côté ils penchent »*

Le second paradoxe, consiste, sous prétexte de régulation, à ce que les pouvoirs publics tentent d'administrer de plus en plus l'activité de l'assurance maladie complémentaire. Les interventions des pouvoirs publics souffrent donc soit d'un excès d'étatisme d'un côté, soit d'un excès de libéralisme de l'autre, mais il est parfois difficile de mesurer

de quel côté ils penchent. Mais pour les organismes complémentaires, on sait où ça fait mal. Par exemple, il a fallu vraiment batailler pour que les organismes complémentaires puissent avoir des conventions en direct avec un certain nombre de professionnels de santé. Certains fustigent les réseaux de soins, mais il y en a qui sont nés du partenariat entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires. Cependant, la loi n'a pas été jusqu'au bout puisqu'elle a défini des domaines très précis : l'optique, l'audioprothèse et le dentaire.

Une des critiques formulées par certains consiste à dire que si effectivement la régulation devient une contrainte économique pour le professionnel de santé, alors cela mettrait le feu dans la profession, et l'UNCAM serait embarrassée pour des négociations ultérieures. Je ne suis pas d'accord. Je crois que le but de ce genre d'échanges avec les professionnels de santé et les organismes complémentaires, est d'arriver à trouver le bon niveau de tarification, mais aussi à mettre en place des éléments de qualité de prise en charge des patients. Le but est bien le patient, et non l'organisme complémentaire ou le professionnel de santé. Il ne faut jamais oublier que le système, que ce soit le système obligatoire ou ce qui a été développé par les organismes complémentaires d'une manière différente, a pour principal objectif de répondre au patient, à l'assuré, à l'adhérent quand il s'agit d'une mutuelle.

## 5 - Les conditions d'une coopération efficiente

Je vais répondre à la question qui a été posée, à savoir ce qu'il nous faut pour aller plus loin. Il faut qu'on puisse avoir une visibilité très claire sur les négociations à venir, qu'on puisse les programmer, qu'on puisse travailler ensemble, que ce soit avec l'assurance maladie obligatoire, mais aussi avec les professionnels de santé. Dans un premier temps, l'UNCAM et l'UNOCAM devraient pouvoir

*« pour aller plus loin il faut qu'on puisse avoir une visibilité très claire sur les négociations à venir, qu'on puisse les programmer, qu'on puisse travailler ensemble, que ce soit avec l'assurance maladie obligatoire, mais aussi avec les professionnels de santé »*

s'entendre sur la façon d'avancer sur un certain nombre de sujets dans le cadre des négociations à venir avec des informations partagées. Il est vrai qu'on peut effectivement être critique sur le partage des informations des organismes complémentaires avec l'assurance maladie, mais la réciproque est également vraie. Il est important que nous sortions des oukases qui ont été posées à certains moments.

J'utilise sciemment ce terme car dans certains schémas qui ont été développés, les complémentaires étaient exclues, comme cela a été le cas du schéma directeur des systèmes d'information de la CNAM. Les présidents des trois principales fédérations au sein de l'UNOCAM avaient réagi au niveau du ministère des Affaires sociales, en direction du directeur général de l'UNCAM, mais je crois que jusqu'à présent aucune réponse n'a été donnée. Cela n'est pas tenable ! Je crois qu'il faut évoluer là-dessus.

Pouvons-nous agir ensemble pour un accompagnement efficient et une meilleure intervention auprès des patients ? Je crois que c'est possible, et même que c'est indispensable.

*« Je suis personnellement convaincu que nous ne pouvons pas revenir à un système de prise en charge collectif obligatoire qui couvre tous les besoins de santé, qui d'ailleurs n'a jamais réellement existé »*

Nous pouvons avoir de faux débats sur le rôle des organismes complémentaires dans le domaine de la prévention, mais la vérité est que les organismes complémentaires sont présents dans le domaine de la prévention. Nous pouvons dire que ce n'est pas grand-chose, comme cela peut être dit vis-à-vis de la CNAM sur certains dispo-

sitifs qui ont été mis en place. Cependant, je crois que nous sommes tous aujourd'hui dans une recherche collective de réponses, par rapport à des situations et des difficultés de santé des assurés sociaux en France. Ces réponses peuvent se compléter et je pourrais donner des exemples précis si vous le souhaitez.

Nous pouvons en effet agir dans le domaine de la prévention et dans le domaine de l'accompagnement du patient, mais aussi dans la régulation. Je crois que nous ne pourrions pas réguler efficacement si nous n'agissons pas conjointement. Enfin, au travers de cette régulation, nous ne considérerions non seulement le prix mais aussi la qualité, et cela irait au bénéfice du patient.

Je terminerai mon propos sur le fait d'en finir avec un certain nombre de postures, de stéréotypes, de prés carrés, de corporatismes que je qualifierais de désuets et se poser de manière très pragmatique la question d'une réelle organisation du système de santé dans notre pays. Je suis personnellement convaincu que nous ne pouvons pas revenir à un système de prise en charge collectif obligatoire qui couvre tous les besoins de santé, qui d'ailleurs n'a jamais réellement existé. Même en 1945, quand les ordonnances ont été publiées, la question du mouvement mutualiste et de la mutualité a été posée et définie. Aujourd'hui nous devons redéfinir ce que doit être notre système

*« il faut dépasser le syndrome de "chacun voudrait prendre la place de l'autre" »*

de prise en charge, notre système de soins, notre système de santé, y compris le préventif, et nous devons en même temps assumer les décisions qui pourraient être prises.

L'une des caractéristiques de notre pays ces dernières années, est de ne pas assumer les décisions qui sont prises. Je pense que lorsque l'on souhaite avoir un système de santé qui soit coordonné, qui soit avec une entrée par le médecin traitant, qui soit ordonnancé, il faut aller au bout de la démarche et regarder tout ce que ça peut produire, y compris dans l'évolution de la tarification, dans les questions d'installation des praticiens en termes de prise en charge, pour qu'il y ait une rémunération qui soit au niveau où elle doit être. Tout cela effectivement me paraît nécessaire, et je plaide vraiment pour cela. Je crois qu'il faut dépasser le syndrome de « chacun voudrait prendre la place de l'autre ». Je crois qu'aujourd'hui nous avons un système qui, si nous ne faisons rien, va se déconstruire d'année en année, et dans ce cadre-là, ne rien faire c'est aussi prendre une décision. ■

**Dominique Polton,**  
Conseillère auprès du  
Directeur général de  
la Caisse nationale  
d'Assurance maladie  
des travailleurs salariés  
(CNAMTS)



Mes propos porteront sur deux points : d'une part le fait que notre pays est assez particulier en ce qui concerne l'articulation entre l'obligatoire et la complémentaire, et cela devrait probablement nous inciter à trouver notre propre chemin sans vouloir forcément transposer des modèles ; d'autre part, je voudrais apporter un éclairage sur la position de l'assurance maladie obligatoire, à savoir ce qu'elle redoute et ce qu'elle pense pouvoir faire dans cette question d'articulation.

Mais dans un premier temps, je souhaiterais revenir sur quelques points. J'ai été frappée par l'affirmation selon laquelle le segment le plus dynamique, est ce qui n'est pas remboursé. A ce propos, on pourrait dire, comme disait le président de l'Ipsse, Jean-Marie Spaeth, que « chacun voit midi à sa porte ». Ce que voit l'assurance obligatoire, ce sont des médicaments tels ceux pour l'hépatite C, qui coûtent un milliard d'euros, et d'autres thérapies ciblées du cancer relativement onéreuses, qui vont pouvoir bénéficier à un grand nombre. Aujourd'hui, le marché du médicament se déplace vers les médicaments destinés aux pathologies très lourdes, qui seront tous pris en charge à 100%. Mais les complémentaires ne semblent pas voir cet enjeu. Il est important d'avoir une vue d'ensemble pour voir comment le paysage évolue. La réalité est donc plus complexe que celle qui a été présentée.

Concernant l'affirmation selon laquelle l'assurance maladie ne rembourserait plus que 55% des soins courants, je souhaite rappeler que l'assurance maladie n'a jamais très bien remboursé ce type de soins. Deuxièmement, comme l'a dit le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), il faut aussi regarder les sommes en valeur absolue. Le 55% sur des sommes qui sont dépensées par des usagers qui ne sont pas en affection de longue durée (ALD) et qui ne sont pas hospitalisés, finissent par être des restes-à-charge en valeur absolue qui sont beaucoup moins importants que les assurés qui sont effectivement en ALD et pourtant très bien remboursés mais qui dépendent en valeur absolue deux fois plus.

*« Aujourd'hui, le marché du médicament se déplace vers les médicaments destinés aux pathologies très lourdes, qui seront tous pris en charge à 100%. Mais les complémentaires ne semblent pas voir cet enjeu. »*

Il faut garder à l'esprit ces deux éléments. Ce taux de 55% n'est probablement pas toujours dramatique, car il faut prendre en considération l'importance des sommes en question et voir sur quoi elles portent, ce qu'ont les assurés à payer et si cela freine des soins nécessaires ? La sécurité sociale n'a jamais été gratuite. En effet, dès 1945 le ticket modérateur a été mis en place. Il s'agit donc d'un choix que la France a fait et que beaucoup de pays n'ont pas fait, en voulant étaler sur un panier très large des soins qui sont pris partiellement en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), et de plus en plus, par l'assurance maladie complémentaire (AMC).

Il est indéniable que la part de l'assurance maladie a légèrement régressé, il suffit de regarder les comptes de la santé et croiser ses chiffres. Toutefois, les soins n'ayant jamais été gratuits, il est incorrect de dire que l'AMO va revenir sur son idée de gratuité car elle n'a jamais vraiment été conçue comme cela.

## 1 - La spécificité du système de sécurité sociale français

Cette spécificité relative à l'articulation obligatoire/complémentaire, réside à la fois dans l'importance des complémentaires, en termes de population couverte (environ 90%, comparable seulement aux Pays-Bas et à la Slovaquie), mais aussi par le poids du financement. En effet, selon les

chiffres de l'OCDE sur la répartition des dépenses de santé entre l'AMO, l'AMC et le patient, la France est le pays où effectivement la part de la dépense financée par l'assurance privée est la plus importante en termes absolus. Il est donc vrai que nous sommes spécifiques, mais pas seulement par l'ampleur, aussi par la fonction de l'assurance complémentaire en France.

Parfois nous prenons à titre de comparaison des pays comme l'Allemagne, où le financement public est à 77%. Toutefois, dans ce pays, une partie de la population est couverte par l'assurance privée, et donc d'une certaine manière, il y a deux systèmes très séparés. Par ailleurs, il existe d'autres pays comme les Pays-Bas dans lesquels presque tout le monde a une assurance privée pour couvrir des choses qui ne sont pas dans le panier de soins public. Quand je dis « privé », ce n'est pas pour opposer public et privé, mais selon les pays les complémentaires ne sont pas vraiment des complémentaires.

*« selon les chiffres de l'OCDE sur la répartition des dépenses de santé entre l'AMO, l'AMC et le patient, la France est le pays où effectivement la part de la dépense financée par l'assurance privée est la plus importante en termes absolus »*

Dans un troisième schéma, l'assurance privée « achète » une qualité de soins supérieure. Avec une assurance privée, par exemple en Angleterre, on peut couper les files d'attente, accéder aux soins plus rapidement, choisir son médecin, etc. Ce sont les 3 formes de choses qu'achète l'assurance privée par rapport à l'assurance publique dans différents pays.

Un dernier élément que vous connaissez bien, est l'existence d'un panier de soins homogène, mais dont la gestion est déléguée à des assureurs en concurrence.

Mais nous, nous ne sommes finalement dans aucun de ces schémas, même si partiellement on y est un peu aussi. Les complémentaires financent des aspects du panier qui ne sont pas du tout pris en charge. Il s'agit donc essentiellement d'une fonction de complément financier. Cela veut dire que sur les mêmes soins, pour les mêmes professionnels et pour les populations, nous cofinçons.

Quels sont les avantages et les inconvénients de ce système ? Je pense que le chemin que nous devons tracer doit essayer de préserver les avantages mais aussi répondre aux inconvénients, ces derniers étant de plus en plus problématiques.

**Avantages.** Le premier est le taux de couverture par l'assurance maladie publique, donc par le financement public, qui s'élève globalement à 77% en France, selon les données de l'OCDE. C'est un très bon pourcentage, car il y a beaucoup de pays qui sont en-dessous de nous. Nous ne sommes pas non plus les premiers de la classe puisque les pays nordiques et le Royaume-Uni sont devant, mais il y a énormément de pays qui sont en-dessous de nous, y compris des grands pays comme le Canada, - sans parler des Etats-Unis qui sont un cas à part- et d'autres pays qui ont tout de même une culture de l'assurance publique assez forte. Donc finalement l'assurance publique

*« les soins n'ayant jamais été gratuits, il est incorrect de dire que l'AMO va revenir sur son idée de gratuité »*

suffirait à elle-même. D'une certaine façon, ce que rajoute l'assurance complémentaire, est la possibilité de créer une deuxième forme de mutualisation pour les 23% restant. Si l'on étudie les données de l'OCDE, nous constatons que la France est le deuxième pays en termes de faiblesse du reste

à charge direct pour les patients. On peut même contester ces chiffres, car j'estime que la France est en réalité le premier pays, et non pas les Pays-Bas où il existe une franchise initiale de 360 euros. Cela ne touche pas tout à fait tout, mais ce n'est pas dans leurs comptes de la santé, donc ils ont l'air d'avoir des restes à charge extrêmement bas. Nous sommes à 8% et nous faisons partie des

pays où ce taux est le plus faible. Par conséquent, nous pourrions dire que notre sécurité sociale est déjà bien avec en plus un deuxième niveau représenté par la mutualisation supplémentaire, et finalement, nous faisons en sorte que les patients paient le moins possible de leur poche. Tout cela est plutôt positif.

Le deuxième point positif est le fait que notre système permet de souder l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Du point de vue du ciment social et du fait d'englober la totalité de la population dans le même système, il est intéressant de constater que nous sommes exactement sur les mêmes offreurs de soins, les mêmes populations et les mêmes soins.

*« Le premier avantage est le taux de couverture par l'assurance maladie publique, [...] qui s'élève globalement à 77% en France [...] ce que rajoute l'assurance complémentaire, est la possibilité de créer une deuxième forme de mutualisation pour les 23% restant. Si l'on étudie selon les données de l'OCDE, nous constatons que la France est le deuxième pays en termes de faiblesse du reste à charge direct pour les patients [...] Nous sommes à 8% »*

Dans d'autres pays, où il existe des sous-populations qui sont couvertes par l'assurance privée, s'est développé une sorte de système qu'on pourrait qualifier « à deux vitesses ». En Allemagne, par exemple, un pays assez proche du nôtre, l'assurance privée paie bien mieux les médecins pour les patients privés que pour l'assurance publique. Dans ce système, les professionnels ont donc un intérêt à servir mieux

certains types de population que d'autres. Nous n'avons pas cela et c'est une des choses positives dans cette articulation.

Inconvénients. Tout d'abord, l'intrication permanente de nos financements rend le co-pilotage assez compliqué. Il est vrai que nous appelons tous de nos vœux le fait de tout faire ensemble, mais co-piloter le système n'est pas si simple. D'ailleurs, la divergence d'incitation et d'objectifs contribue à cette complexité. Les contrats responsables répondent à cette idée première qui consiste à mettre en place des incitations un peu moins bêtes que les incitations précédentes (tickets modérateurs universels). Par exemple, la visite du médecin, l'assurance maladie obligatoire peut la payer au tarif de la consultation si elle n'est pas nécessaire, mais de toute façon le patient est couvert par un assureur complémentaire. La manière la plus intelligente d'organiser le système de remboursements est d'essayer de piloter un parcours de soins et un usage des soins efficaces, y compris par les assurés et par les patients, qui ont leur responsabilité dans la façon dont ils utilisent le soin. Il est donc nécessaire de bien aligner les intérêts respectifs.

Le deuxième inconvénient majeur est que notre système, en quelque sorte, dédouane l'assurance maladie publique d'avoir une cohérence dans ses remboursements. Par exemple, nous laissons subsister des restes à charge hospitaliers qu'aucun pays n'a. Des restes à charge de ce niveau n'existent nulle part, parce que nous savons, par construction, que la plupart des usagers ne paieront pas, puisque tous les contrats complémentaires couvrent, à quelques exceptions près. Nous sommes donc dans un cercle vicieux, où on se focalise sur les 5% de personnes qui n'ont pas de complémentaire santé et pour qui alors, c'est « plein pot ».

*« Le deuxième point positif est le fait que notre système permet de souder l'assurance maladie obligatoire et complémentaire [...] Dans d'autres pays, où il existe des sous-populations qui sont couvertes par l'assurance privée, s'est développé une sorte de système qu'on pourrait qualifier « à deux vitesses » »*

Mais qui sont-ils ? J'en arrive là au troisième élément. En effet, dans notre système nous sommes incapables de savoir qui paie quoi, et cela est assez extraordinaire pour un système aussi généreux que le nôtre. Concernant l'échange des données, il ne s'agit pas seulement d'une question de « je te donne parce que tu me donnes » ou comme disait



*« La manière la plus intelligente d'organiser le système de remboursements est d'essayer de piloter un parcours de soins et un usage des soins efficaces, y compris par les assurés et par les patients, qui ont leur responsabilité dans la façon dont ils utilisent le soin »*

Christian Saout « ce n'est pas réciproque ». Cela devrait effectivement être réciproque, mais c'est aussi une question de pilotage par la puissance publique !

Il est incroyable que dans notre système, nous soyons incapables de dire qui sont les usagers qui paient vraiment ces milliers d'euros de reste à charge hospitaliers. De plus, nous ne savons même pas s'il y en a vraiment, parce qu'en

l'absence de système chaîné, d'une certaine manière c'est une zone noire. Cela est un vrai problème, car il nous amène à dire qu'à ces conditions, il faut que tout le monde soit couvert. Les autres pays n'ont peut-être pas des systèmes idéaux mais ils essaient quand même de les régler, alors que nous, nous sommes dans une espèce de cavalcade pour faire cela.

## 2 - Quelles perspectives d'avenir ?

**Données de santé.** Il faut se rappeler qu'il existe deux types de données : d'une part les données anonymes, celles dont vous parlez tous, celles du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et d'autre part les données sur ses assurés, qui sont nécessaires pour faire de la gestion du risque. Je trouve qu'on mélange un peu trop les deux, un peu comme s'il y avait une rétention des données, alors qu'en fait ce dont nous parlons lorsque nous évoquons la

rétention des données, est toute l'évolution de l'ouverture des données de l'assurance maladie, de type anonymes. L'article 47 de la loi de santé ne vise que ça, pas les données nominatives.

*« Le deuxième inconvénient majeur est que notre système, en quelque sorte, dédouane l'assurance maladie publique d'avoir une cohérence dans ses remboursements. Par exemple, nous laissons subsister des restes à charge hospitaliers qu'aucun pays n'a »*

**Choisir entre collectif et individuel.** Selon moi, il est important de faire un choix entre les deux. Si les complémentaires veulent être dans la négociation collective, j'en

tends bien ce qu'ils disent : « on n'y a jamais vraiment été, finalement c'est une mascarade », ou « on a voté une loi et comme il n'y a pas de méthode finalement on n'a rien fait ». Je suis d'accord. Effectivement, peut-être faudrait-il reconstruire quelque chose de plus actif, avec un jeu plus coopératif, et je pense que c'est d'autant plus vrai, sur des secteurs pour lesquels l'assurance maladie à elle seule est incapable de jouer une partie qui soit gagnante pour tout le monde et qui permette de faire les choses de manière équilibrée.

Mais il est difficile pour les acteurs complémentaires de vouloir jouer à la fois sur le tableau de la négociation collective et de la négociation individuelle. Je pense qu'il faut bien articuler les choses : nous avons des contrats collectifs avec les professionnels, nous n'avons pas de contrat individuel, c'est-à-dire que nous ne sélectionnons pas les professionnels. Si les complémentaires santé commencent à entrer dans ce jeu, ils vont rajouter un supplément, de quoi d'ailleurs, de qualité ? C'est là où, en tant que représentante de l'assurance maladie obligatoire, ça me choque ! Normalement, on devrait pouvoir dire quels sont les soins de qualité nécessaires qu'il faut pour tout le monde. On les finance, et effectivement après, les organismes assureurs pourront avoir des choses dont on considère que la solidarité collective n'a pas trop à y voir et après tout, si les gens veulent se les payer, c'est très bien. Je suis en faveur des libertés d'assurance de ce point de vue. Mais là, nous commençons à entrer dans quelque chose de troublant, où le niveau de qualité serait en jeu. ■

## Conclusions

François Charpentier,  
Journaliste



Jugeant inutile, compte tenu de la personnalité des intervenants de « résumer » ou de refaire les débats de cette matinée, estimant par ailleurs que beaucoup de choses ont été dites beaucoup mieux que je ne saurais le faire moi-même, je m'en tiendrai à quelques propos généraux ouvrant des perspectives.

Étienne Caniard l'a dit en débutant son propos, la France est décidément un pays « paradoxal ».

Nous nous apprêtons à célébrer les 70 ans de la Sécurité sociale et à faire prévaloir auprès des jeunes générations des valeurs d'universalité – une sécurité sociale pour tous –, de solidarité – les actifs paient pour les inactifs – et d'égalité – « à chacun selon ses besoins ».

Alors que nous campons sur ces principes intangibles, force est de constater que dans ses deux principales branches, la santé et la retraite, nous mettons en place des « itinéraires de délestage »

visant peu ou prou à transférer la gestion d'une part sans cesse croissante des dépenses à des intérêts privés.

Bien évidemment, nous nous mettrons en accord avec nous-mêmes en expliquant que la Sécurité sociale ne rembourse pas moins, mais différemment, le risque existant toutefois d'une exclusion croissante des soins du fait d'une pression sans précédent sur les prix qui se répercute sur les complémentaires. Toutes les complémentaires. Emmanuel Roux et Fabrice Henry l'ont fort bien expliqué.

Deux remarques à propos de la santé avant d'en venir aux retraites.

On ne peut qu'être frappés d'abord par la légèreté avec laquelle, à la fin de 2011, la Cour des comptes a allumé la mèche d'une bombe sous les pieds des contrats collectifs en les désignant à la vindicte des contribuables.

On ne peut qu'être frappés encore par la légèreté avec laquelle le conseiller social de l'Élysée a pris au pied de la lettre cette analyse et l'a relayée dans le discours présidentiel du 20 octobre 2012, au risque de jeter le discrédit cette fois sur les clauses de désignation qui avaient l'immense mérite de couvrir des salariés de TPE et PME, dès lors qu'un accord de branche avait fait l'objet d'une procédure administrative d'extension. Au risque aussi de lever les inhibitions des sociétés d'assurances qui n'en attendaient peut-être pas tant d'un gouvernement de gauche...

Dans le domaine des retraites où l'obligation est la règle – ce qui n'a d'ailleurs rien résolu – la question des complémentaires est aussi posée, en particulier pour le régime des cadres aujourd'hui en grande difficulté. Cet avenir passe-t-il par un rapprochement Agirc-Arrco ? FO a fait un pas dans cette direction lors de son dernier congrès à Tours en indiquant que si d'autres qu'elle-même le demandaient, elle ne s'y opposerait pas. Côté CGT, en revanche, Philippe Martinez, le nouveau secrétaire général, campe sur un refus de principe de remettre en cause « la spécificité cadre ». Il l'a répété jeudi 5 mars devant l'Association des journalistes de l'information sociale (AJIS), ajoutant qu'on ne peut lui faire grief de faire le jeu des sociétés d'assurances puisqu'il avance une proposition alternative consistant à « substituer à un discours sur les dépenses, un discours sur les recettes » visant à obtenir une égalité salariale entre hommes et femmes pour résoudre le problème posé.

Pas plus sur la santé que sur la retraite je ne me hasarderai à dire quelle issue connaîtront les débats en cours. Ce qui me paraît certain en revanche c'est que :

- compte tenu de la persistance des déficits, les complémentaires ont de beaux jours devant elles ;
- mieux vaudrait dans ces conditions privilégier la place laissée aux entreprises de l'économie sociale qui présentent pour les assurés bien des avantages : le souci d'une approche solidaire via les fonds de l'action sociale qui restent la marque de fabrique des IP et des mutuelles ; une volonté de ces acteurs de gérer le risque ; des coûts de gestion infiniment moins élevés, surtout quand il s'agit de couvertures obligatoires et de sociétés qui n'ont pas à rémunérer des actionnaires ; des potentialités et des opportunités nouvelles qui se sont mises en place avec la naissance de groupes paritaires de protection sociale qui opèrent dans le champ du code de la sécurité sociale, dans celui du code de la mutualité et même dans celui du code des assurances. Dans une Europe qui ne retient que les régimes publics d'un côté et les sociétés d'assurances de l'autre, les GPS représentent une réponse adaptée, voire la seule réponse, au défi posé aujourd'hui à une protection sociale collective solidaire. ■

## Débats avec les participants

---

---

Jacques Le Voyer

Comment allez-vous gérer l'*open data* en matière de tiers payant ? L'existence des codes de regroupement fait que la transmission de l'information est relativement réduite entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. Ne s'agit-il pas d'une manière d'enfermer les complémentaires dans un système de suivisme par rapport à l'assurance maladie obligatoire ? Selon moi, l'assurance maladie est globale, il y a le régime obligatoire et le régime complémentaire, mais c'est bien l'assurance maladie dans les deux cas.

---

---

Dominique Polton

La question ne porte pas sur le tiers payant, elle concerne plutôt le type d'information pour chaque assuré que doit avoir l'assureur complémentaire. Je crois que c'est une grande question, mais c'est une question ouverte. Ce n'est pas l'assurance maladie obligatoire qui va la trancher.

---

---

Fabrice Henry

En effet, il s'agit d'une question qui mérite de dépasser des visions qui sont parfois simplistes. Vous avez évoqué ce qui relève de la connaissance individuelle et ce qui doit être partagé collectivement. Nous avons déjà le principe de codes de regroupement. Cependant, la question de codes plus affinés se pose, et nous l'avons vu notamment dans le cadre de l'avenant 3 à la convention dentaire. Nous avons réussi collectivement à la trancher. Pourquoi avons-nous avancé ? Parce qu'il a été acté que le principal financeur n'était plus celui qu'on affirmait au départ et cela a joué un rôle. Plus globalement, je crois que nous avons aujourd'hui besoin de penser le système. Selon moi les organismes complémentaires essaient de travailler aussi pour garantir la qualité, et notamment dans les domaines où ils sont aujourd'hui prédominants en termes de prise en charge. Nous devons essayer de voir comment nous pouvons travailler ensemble.

L'aspect fondamental, aujourd'hui, est que nous avons un système qui n'est pas réellement régulé. Par exemple, qui a décidé qu'un chirurgien-dentiste effectuerait 2/3 de son activité sur des soins conservateurs et que cela lui rapporterait 1/3 de son chiffre d'affaires ? Inversement, on pourrait dire sur les soins prothétiques, qui a décidé que la spécialité la mieux rémunérée en France serait les radiologues ? J'ai le sentiment que sur des sujets fondamentaux, qui relèvent de l'organisation du soin et de l'organisation de la santé, nous n'arrivons pas à identifier le pilote, dans ce que vous appelez le système de co-pilotage, par rapport auquel l'UNOCAM est favorable. Le pilote aujourd'hui semble être pour un coup l'Etat, pour un coup la CNAM. Je crois que l'Etat a la capacité de jouer ce rôle de pilotage. Selon Jean-Marie Spaeth, qui a une expérience avérée, c'est l'administration française qui a cette capacité de piloter le système. Or, cela me pose encore plus de questions, bien qu'étant à titre personnel fonctionnaire, car cela veut dire que l'administration prendrait effectivement des décisions politiques. Donc la vraie question est : où est prise la décision ? Lorsque cela les arrange, par exemple sur les questions des dépassements d'honoraires, les pouvoirs publics décident de ne pas légiférer et de faire en sorte que la solution soit trouvée dans le cadre des accords conventionnels. Cependant, nous n'avons pas légiféré sur ce sujet car la puissance publique, elle, n'a pas voulu franchement s'exposer.

Nous avons aussi une autre problématique qui est devant nous et à laquelle il faudra que nous répondions ensemble, à savoir la territorialisation des soins et la territorialisation de la santé. C'est une révolution à venir ! Il est évident que nous devons travailler sur les territoires et il me semble qu'il y a un certain nombre de complémentaires qui sont particulièrement bien placées pour pouvoir travailler sur le sujet.

---

---

Bénédicte Foucher

En effet la question du pilote a été posée. Il y a eu des réformes aussi institutionnelles qui ont été faites. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) qui a transféré une partie de la gestion du risque aux Agences régionales de santé (ARS), la question d'une agence nationale s'est posée, la place des complémentaires va se poser en regard des nouvelles ARS puisque visiblement il a été acté qu'il y en aurait moins. Comment vous voyez cela ?

---

---

Dominique Polton

Les questions institutionnelles ne sont simples nulle part. J'ai l'impression que nous sommes en train de digérer l'arrivée des ARS qui n'a pas été aussi simple que cela en termes de redistribution des compétences. Au bout d'un certain nombre d'années, le constat que je fais est que les savoir-faire ne sont pas les mêmes. Il me semble donc qu'il devrait être possible d'arriver à s'organiser pour que chacun fasse ce qu'il sait faire, car l'assurance maladie progressivement a tout de même acquis des compétences, une expertise et une capacité à faire, en gestion du risque, avec sa tête de réseau, mais aussi tout son réseau. Il ne faut pas oublier que nous avons cent caisses primaires. On peut estimer que ce système s'est centralisé, mais je trouve cela sain, car il y a tout intérêt à concevoir les programmes de gestion du risque de manière « industrialisée » pour que cela coûte moins cher et qu'on puisse les déployer. En même temps, il faut les adapter sur le terrain, en fonction des territoires, car il ne s'agit pas des mêmes professionnels et des mêmes problèmes. Comment trouve-t-on cette articulation ? Il faudrait réussir à être assez bien organisé pour que chacun puisse encore une fois faire ce qu'il sait faire et le faire efficacement.

---

---

Bénédicte Foucher

Sur les relations avec les professionnels de santé, vous évoquiez les différents niveaux de conventionnement, entre la convention nationale et puis les réseaux. Du point de vue des professionnels de santé, il peut y avoir une tension entre ces deux niveaux. Est-ce que les complémentaires doivent renforcer l'un au détriment de l'autre, ou non ?

---

---

Fabrice Henry

Je ne pense pas que la question soit de savoir si l'on doit renforcer l'un au détriment de l'autre. Il y a une vie conventionnelle qui doit exister ; s'il n'y a pas d'accord entre le financeur qui est l'assurance maladie et les professionnels de santé, quels qu'ils soient, sur la base de ce qui est remboursé, la répartition de la prise en charge, avec toutes les conditions qui en découlent, je ne vois pas comment le système peut fonctionner.

En ce qui concerne les réseaux et les dispositifs qui ont été mis en place par les organismes complémentaires, cela a été fait parce qu'effectivement, nous sommes là sur la partie qui est non régulée par l'assurance maladie. Sur un schéma quelque peu identique, les complémentaires ont estimé qu'« il faut essayer de négocier avec les professionnels de santé, et d'avancer sur ces dispositifs ». Est-ce que le résultat est négatif ? Je pense, au contraire qu'il est plutôt positif car cela permet d'accéder dans des conditions de qualité et d'acceptabilité partagées, de tarification entre les professionnels et les organismes complémentaires.

Nous ne sommes pas des complémentaires et les complémentaires globalement ne se considèrent pas être là pour payer et se taire. Elles sont là pour essayer de dialoguer avec les professionnels de santé. J'entends régulièrement des expressions de responsables de certains syndicats, notamment des médecins, qui disent : « mais les complémentaires sont là pour payer ! ». Oui, certes. Mais elles ne sont pas là pour payer à n'importe quel niveau. Cela leur a été reproché d'ailleurs, sur les dépassements d'honoraires. Au moment où les complémentaires essaient de réguler les choses, on leur dit « vous n'êtes pas là pour faire ça ». Il faut sortir de cela. L'UNOCAM a totalement soutenu la loi Le Roux. Il aurait pu y avoir un avantage « concurrentiel » de certains opérateurs par rapport à d'autres, puisque c'était la mutualité qui était visée, et donc les trois familles ont été d'accord pour dire qu'il fallait une loi. De cette manière les opérateurs, que sont les assureurs, les institutions de prévoyance et les mutuelles, peuvent bénéficier de la même façon de cette loi et agir de la même façon, car il n'est plus question de concurrence, il est question de régulation.

---

**Nicolas Leblanc,**  
*Directeur des relations  
institutionnelles et mutualistes  
MACIF Mutualité<sup>1</sup>*

J'ai une question pour Dominique Polton sur les conventions nationales et les conventions individuelles. Pourriez-vous me préciser le sous-tendu de votre pensée ? Dans la démocratie sociale, il existe des accords nationaux interprofessionnels, des accords de branches et des accords d'entreprises, et que ce sont les mêmes partenaires qui, à chaque étage, discutent. Ce mécanisme est donc très ancré dans le pays. Au sein des partenaires sociaux, ce ne sont pas forcément les mêmes étages qui discutent, mais il y a des étages différents entre l'UNOCAM et les organismes quand il s'agit d'être partie prenante d'une convention nationale, ou d'une convention individuelle.

---

**Dominique Polton**

Selon moi, cela reste des accords collectifs, à des niveaux différents. En aucun cas, il ne s'agit de sélectionner des gens sur la base de critères de manière individuelle ; c'est là la différence avec le schéma que vous évoquez. A la limite, nous pourrions dire qu'aujourd'hui le projet de loi de santé prévoit éventuellement qu'il y ait des adaptations régionales à la convention, dans le cadre d'éléments ou d'un champ qui seraient décidés nationalement.

Il s'agit de contrats collectifs, avec des marges qui sont négociées à des niveaux différents du niveau national. Mais cela est très différent du contrat individuel qui suppose que vous êtes de gré à gré avec des professionnels et que vous sélectionnez éventuellement des professionnels sur critères, etc. Cela se fait dans des pays où les assureurs sont en concurrence. Dans notre système, d'une certaine manière, tout le monde est en concurrence : les assureurs entre eux, mais aussi les professionnels. Il y a une contractualisation de nature individuelle entre eux, ou en tout cas il peut y en avoir.

Au-delà de la théorique, il faudrait regarder concrètement ce que cela signifie exactement d'être à la fois aux deux niveaux et quelle responsabilité on prend à chacun de ces niveaux. Nous pouvons toutefois craindre, pour les professionnels, que celui qui rajoutera l'argent est celui qui remportera le morceau.

<sup>1</sup> Depuis avril 2015, Nicolas Leblanc est directeur général adjoint, membre du comité de direction et directeur des réseaux de Carte blanche Partenaires.

## Table des sigles et acronymes

<b>ACPR :</b>	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
<b>ACS :</b>	Aide au paiement d'une complémentaire santé
<b>ALD :</b>	Affectations de longue durée
<b>AMC :</b>	Assurance maladie complémentaire
<b>AMO :</b>	Assurance maladie obligatoire
<b>ARS :</b>	Agence régionale de santé
<b>CEPS :</b>	Comité économique des produits de santé
<b>CISS :</b>	Collectif interassociatif sur la santé
<b>CMU :</b>	Couverture maladie universelle
<b>CMU-C :</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNAF :</b>	Caisse nationale des allocations familiales
<b>CNAMTS :</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CTIP :</b>	Centre technique des institutions de prévoyance
<b>FFSA :</b>	Fédération française des sociétés d'assurance
<b>FNIM :</b>	Fédération nationale indépendante des mutuelles
<b>FNMF :</b>	Fédération nationale de la Mutualité française
<b>GEMA :</b>	Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
<b>GPS :</b>	Groupes de protection sociale
<b>HCAAM :</b>	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
<b>HPST :</b>	loi « Hôpital, patients, santé, territoires »
<b>IDS :</b>	Institut des données de santé
<b>OCDE :</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>SNIIRAM :</b>	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
<b>TSCA :</b>	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
<b>UJCD :</b>	Union des jeunes chirurgiens-dentistes
<b>UNCAM :</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie

## Liste des Participants et Intervenants

AFONSO Kannishia	Ipse	CHAMBAZ Olivier	PRO BTP
ANDRE Alexandre	Mutuelle Avenir Santé	<b>CHARPENTIER François</b>	
ANGOULVANT J.-C.	Consultant indépendant	CLERC Miriana	Ctip
APPERT Emilie	AG2R Réunica	COLAS Hervé	INPC
BALLUE Maurice	Humanis	DAESCHLER Bernard	Malakoff Médéric
BARBERET Noëlle	Macif Mutualité	DALAINÉ Anne	
BAZILLON Bernard	KPMG SA	DAROS Bertrand	SMI
BERRUET Jacques	Humanis	De GORIAINOFF Jehan	B2V
BERTRAND Dominique	Cerba European Lab	De KERSABIEC Jean-Hubert	
BEUGIN Marc	CGT	DELARUE Antoine	Servac
BIZOUERNE Serge	DOMPLUS	DES COURTILS Jacques	Fil Social
BOBICHON Jean-Pierre	Ipse	DEVOTI Ingrid	PRO BTP
BOCOGNANO Agnès	FNMF	DEVY Bernard	Klesia
BOIVIN-CHAMPEAUX Bertrand	Ctip	DRIAUX Claude	Ircem Mutuelle
BOUCHER Dominique	Ipse	DUCRE Marie-Line	UNME
BOUKRIS Armand	Cabinet d'Avocats Boukris	DUPONT Daniel	PRO BTP
BRUNET Isabelle	Macif Mutualité	FASSINOTI Pascale	FNMF
CAMARD Lilianne	Ipse	FAVRE-BEGUET Mylène	Galéa & Associés
<b>CANIARD Etienne</b>	<b>FNMF</b>	FEDERKEIL Cornélia	FNMF
CHAMBARETAUD Sandrine	Macif Mutualité	<b>FOUCHER Bénédicte</b>	<b>PSI</b>



GARCIA Arielle	FNMF	PINGLIN Philippe	CIDES - CHORUM
GARDE Jean-Luc	Malakoff Médéric	PLAUTE Caroline	FNMF
GAUTRON Norbert	Galéa & Associés	POIFFAIT Nicole	SMI
GEMINIANO Jérôme	EHESP Master 2	<b>POLTON Dominique</b>	<b>Cnamts</b>
GENET Jean-Claude		PROUTEAU Jean-Marie	Mutuelle CHORUM
GRENON Sonia	Ctip	RAUCH François	FNMF
<b>HENRY Fabrice</b>	<b>Unocam</b>	RIDEL Didier	Cabinet d'Avocats Boukris
<b>KAUFMANN Otto</b>	<b>Max Planck Institut S.</b>	ROGER Chantal	Mutuelle Intériale
<b>LACAM Jean-Paul</b>	<b>CTIP</b>	<b>ROUX Emmanuel</b>	<b>FNMF</b>
LE GALL Jean-Yves	Espace Social Européen	RUIZ Sophie	Iperse
<b>LE VOYER Jacques</b>	<b>UJCD</b>	SAINT-JEANNET Michel	Ircem Prévoyance
LEBLANC Nicolas	Macif Mutualité	<b>SAOUT Christian</b>	<b>CISS</b>
LESOT Brigitte	Mutuelle CHORUM	SARTEL Béatrice	Mutuelle Intériale
LO MONACO Luciana	Harmonie Mutuelle	SCHAEPELYNCK Patrick	Ircem Prévoyance
LOREAL Simon	Iperse	<b>SPAETH Jean-Marie</b>	<b>Iperse</b>
LUCAS Yannick	FNMF	STEFF Pierre	Humanis
MILLET Isabelle	FNMF	TRUPIN Yves	Actense
NICOLAS Marie-Annick	CGT	VARDA Stéphane	Mutuelle Mieux Etre
PECOU Isabelle	B2V	VIALLET Jacques	Adréa Mutuelle
PERRIN Yves	Mutex Union		

*De gauche à droite : Etienne Caniard, Jean-Marie Spaeth*



*De gauche à droite : Christian Saout, Emmanuel Roux*



*De gauche à droite : Christian Saout, Emmanuel Roux,  
Bénédicte Foucher, Jean-Paul Lacam, Jacques Le Voyer*

*Jean-Paul Lacam*



*Jacques Le Voyer*

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

### *Les complémentaires sont devenues indispensables dans le système de soins*

Le 13<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipse s'est tenu le vendredi 6 mars 2015 à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), sur le thème « Quel nouveau rôle des complémentaires dans le système de soins ? ». Intervenants et participants ont été invités à débattre sur le rôle des complémentaires dans un système de soins repensé ainsi que leur articulation avec les autres acteurs de santé, et notamment la sécurité sociale.

La structure de notre système de soins a été peu adaptée ces dernières décennies et il convient, au vu des évolutions, de construire un nouveau système afin de favoriser l'égal accès aux soins tout en se souciant de la résolution des déficits et en sachant tirer profit des nouvelles technologies pour relever les nouveaux défis de santé. L'importance des organismes complémentaires est sans comparaison avec nos voisins européens, tant en termes de poids que de couverture : c'est donc à la France seule de trouver le rôle et la place adéquats des complémentaires, qui sont d'ores et déjà des acteurs incontournables du système de soins.

Le premier constat est qu'aujourd'hui, le rôle des complémentaires est trop souvent réduit à celui de simple « payeur aveugle », voire « invisible », alors même que la pression fiscale et réglementaire se fait de plus en plus forte. Les organismes complémentaires sont pourtant devenus, sur leur mission de solvabilisation, bien plus que « complémentaires » : ils sont aujourd'hui les premiers payeurs, avant la sécurité sociale, dans de nombreux domaines (optique, dentaire, ...) et sont en passe de le devenir pour les « petits risques ». Il s'agit donc de faire en sorte que les complémentaires ne soient plus considérés comme des payeurs aveugles et secondaires dans le sillage de l'assurance maladie de base, mais comme des acteurs d'innovation majeurs, des acteurs de santé globaux.

Les complémentaires doivent ainsi être en mesure de juger de la pertinence de l'allocation des ressources et de contribuer au parcours de soins ; cela ne peut se faire que par un accès aux données de santé. Les organismes complémentaires peuvent donc jouer un rôle de régulation dans l'accès à des soins de qualité à des prix abordables.

Par ailleurs, les complémentaires ont également une légitimité pour être des acteurs de premier plan sur la prévention, notamment en visant les premiers soins, mais aussi sur l'accompagnement des patients et des aidants dans la maladie. La transparence, la co-construction des réponses et la garantie de qualité des services proposés seraient alors de véritables éléments de différenciation, bien plus pertinents que la basse concurrence du prix et de qui complète le mieux. Ces évolutions demandent toutefois qu'une « main politique » les mette à l'agenda.

Enfin, un système de soins repensé passe par davantage de discussions et de coordinations entre les différentes parties prenantes, à savoir les représentants respectifs des professionnels de santé et des usagers du système de santé, l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires (Uncam et Unocam notamment). Cela sera possible que si les complémentaires elles-mêmes coopèrent pour mettre en place des outils communs, sur le tiers-payant par exemple.