

Foliocollection

Actes du 15^e Colloque professionnel Ipse
vendredi 29 janvier 2016

Les habits neufs de la protection sociale complémentaire : quid de la solidarité ?



Institut de la protection sociale européenne

L'Ipsé remercie
le groupe KLÉSIA pour son soutien actif apporté
à l'organisation de ce 15^e Colloque professionnel Ipsé.

Lieu de la conférence:

KLÉSIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES

KLÉSIA
4-22 rue Marie-Georges Picquart 75017 Paris

Sommaire

Ouverture du 15^e Colloque professionnel Ipse

Bernard Petit-Jean _____	4
<i>Président de l'Ipsse</i>	

Allocutions de bienvenue

Jean-Louis Vincent _____	5
<i>Président du groupe KLESIA</i>	

Jean-Claude Frey _____	6
<i>Président de l'UMC</i>	

Introduction

Dominique Boucher _____	8
<i>Délégué général de l'Ipsse</i>	

Quels impacts législatifs nouveaux pour la protection sociale complémentaire ? (contrats labellisés pour les plus de 65 ans, maintien de garanties loi Evin, etc.)

Francis Kessler _____	9
<i>Maître de conférences, Ecole de droit de la Sorbonne, Université Paris I et Avocat, Cabinet Gide Loyrette Nouel</i>	

Vers des conventions collectives de sécurité sociale ?

Jacques Barthélémy _____	12
<i>Avocat, Cabinet Barthélémy Avocats</i>	

Apparition de nouvelles formules de complémentaires :
dérive ou solidarité nouvelle ?

Olivier Nique _____	16
<i>Directeur des partenariats santé, Pro BTP</i>	

Jacques des Courtils _____	19
<i>Journaliste, Fil-social</i>	

Robert Chiche _____	22
<i>Président, Smacl Santé</i>	

Conclusions

Dominique Boucher _____	25
<i>Délégué général de l'Ipsse</i>	

Ouverture du 15^e Colloque professionnel Ipse



Bernard Petit-Jean
Président de L'Ipsse

Face à aux enjeux qui viennent d'être soulignés, l'Ipsse offre plus que jamais un lieu de débat où confronter les positions pour les dépasser. Ce colloque est intitulé « Les habits neufs de la protection sociale », et ce mois de janvier 2016 est particulièrement approprié pour la conduite de débats collectifs. En effet, l'Accord national interprofessionnel (ANI), transposé dans la loi du 14 juin 2013 généralise au 1er janvier 2016 la complémentaire Santé aux travailleurs salariés. Fin 2015 a été rendu public le rapport de Dominique Libault, qui comporte des recommandations pour soutenir l'accès aux soins des plus de 65 ans et des salariés précaires, qui ont été reprises dans LFSS pour 2016.

Ces deux textes de loi ont, à eux seuls, largement redessiné le secteur de la complémentaire Santé. Les interventions de cette rencontre aborderont notamment les thèmes du rapport Libault – y compris les dispositifs de la protection sociale étoffée et le retour de l'encadrement des désignations. Elles évoqueront aussi le souhait exprimé en faveur de l'élaboration d'un cadre spécifique pour la couverture com-

plémentaire de prévoyance, en autorisant la co-désignation d'un opérateur de prévoyance et en créant le concept inédit de convention collective de sécurité sociale, qui formerait pour certains un nouvel instrument du type AGIRC-ARRCO pour la prévoyance.

Cette rencontre rendra aussi compte du regard des opérateurs de protection sociale complémentaire sur l'évolution de l'environnement et sur les réponses qui peuvent y être apportées dans le cadre de la généralisation de la complémentaire Santé. Elle se traduit en particulier par une inflation actuelle du nombre de publicités de la part des mutuelles, alors même qu'il est très difficile de mettre en place ces complémentaires Santé : une des fédérations de la construction indique ainsi que seuls dix accords ont été signés sur trente branches en tout, dix autres branches étant en négociation, et les dix dernières n'ayant pas ouvert celle-ci.

Dans cette situation, faut-il laisser faire le marché ou remettre en avant les valeurs portées par l'Ipsse – au premier rang desquelles, la solidarité ? Cette question se pose alors que de nouveaux opérateurs apparaissent dans le paysage, dont les mutuelles communales. Ce point sera entre

autres abordé ce jour, dans le cadre d'un débat large et loyal tel que l'a toujours défendu l'Ipsé. L'historien Marc Ferro a ainsi récemment déclaré « si le présent fut imprévu, n'est-ce pas que le passé fut mal compris ? » et il complétait en mettant en garde sur le fait que « l'aveu-

glement résultait de l'incapacité à distinguer et à prendre au sérieux les acteurs non conventionnels ».

Fort de ces remarques, nous voilà prévenus, faisons en sorte qu'aujourd'hui nos débats nous éclairent sur le futur. ■

Allocutions de bienvenue



Jean-Louis Vincent
Président du groupe
KLESIA

La France a connu des moments difficiles en 2015, puisque l'on a voulu attaquer notre République et notre jeunesse. Le 13 novembre 2015 restera gravé dans les mémoires comme l'est le 11 septembre 2001, et nous devons tous garder en mémoire les victimes de ces attentats et leurs proches. Quant à l'année 2016, il faut la souhaiter riche et pleine de joie, de bonheur et de succès – mais surtout de santé, sans laquelle rien n'est possible. C'est cette dernière question qui sera abordée aujourd'hui.

Je me réjouis particulièrement d'accueillir ici les participants du 15^{ème} colloque professionnel de l'Ipsé. KLESIA est un acteur multiprofessionnel de la protection sociale qui accueille notamment – dans la salle où a lieu le présent colloque – les partenaires sociaux qui repré-

sentent aujourd'hui près de 3,5 millions de salariés et 370 000 entreprises en son sein. Les secteurs représentés sont à la fois dits affinitaires – monde des transports, des hôtels-café-restaurants et du tourisme –, mais aussi le secteur de la santé.

Créé en 2013, KLÉSIA s'est fixé pour objectif de devenir l'acteur de la protection et de l'innovation sociale. La réflexion menée au sein de ses instances paritaires est parvenue à la conclusion qu'il faut pour cela associer l'ensemble des acteurs de l'assurance dans une optique non lucrative. Il s'agit de groupes de protection sociale et de mutuelles qui, au-delà de leurs différences, partagent les valeurs communes humanistes au service de leurs adhérents – ou de leurs clients, même si cette dénomination nouvelle crée encore des difficultés. KLÉSIA a ainsi noué dans cet esprit un partenariat avec



Jean-Claude Frey
Président de l'UMC

Le 28 janvier 2016, l'assemblée générale de l'UMC a validé le protocole d'accord avec le groupe Klésia : cette décision importante était préparée depuis de longs mois. Ce partenariat est désormais actif et s'inscrit dans une dynamique portée par l'UMC depuis sa création et qui vise à rassembler tous les acteurs de la santé au sein de l'économie sociale et solidaire, pour qu'ils puissent penser ensemble la protection sociale.

Chacun sait que l'UMC a vécu une première expérience malheureuse en ce sens ; mais l'organisme n'en garde aucun regret et assume pleinement un choix de raison à présent constructif, respectueux et porteur d'espoir. L'objectif consiste à réussir, pour éviter un « dessèchement mutualiste » souvent désigné pudiquement comme une « banalisation », et pour défendre ainsi nos principes et nos valeurs afin de prospérer au profit de tous ceux qui nous font confiance. Le nouveau système à mettre en place dans cette perspective doit permettre innovation, expérimentation, développement et viabilité économique pour garantir la pérennité de notre modèle de protection sociale.

Il s'agit de défendre le modèle de l'économie sociale dans sa définition la plus large, car celui-ci est

menacé par la seule adaptation aux règles du marché. Il faut construire de nouvelles solidarités pour tirer les enseignements de nos difficultés, pour les dépasser et pour imposer l'innovation sociale comme marque de fabrique, en répondant aux besoins actuels de la société française. La politique à impulser est ambitieuse. Elle dépasse celle de la mutualité et concerne toute l'économie sociale, notamment afin de dépasser les postures « minuscules » en intégrant du sang neuf, en construisant de nouvelles boîtes à outils, en intégrant la culture de l'entrepreneuriat et en se mettant en possibilité de porter des projets rapidement.

Défendre l'économie sociale en la modernisant est à la fois le choix de la raison et le choix du cœur. Il faut donc tracer un chemin pour sortir des décombres de la banalisation et rester fidèles aux raisons pour lesquelles les mutuelles ont été créées au XIXe siècle : protéger des risques sociaux par une solidarité collectivement et démocratiquement choisie. Or, force est de constater que leurs modèles sont devenus relativement fragiles. Ainsi, la standardisation du panier de soins entraîne une segmentation qui sépare les indigents bénéficiant d'une complémentaire Santé publique définie essentiellement par la CMU et l'ACS, des salariés couverts dans le cadre de la loi

de sécurisation de l'emploi. Sous couvert de la généralisation de la couverture Santé d'entreprise ou solvabilisée par les pouvoirs publics, la couverture du panier de soins échappe à de nombreux chômeurs, étudiants ou retraités.

Dans le même temps, les règles européennes imposent la spécificité de l'activité et non du statut. Au nom de la concurrence, il s'agit désormais d'encadrer et de viabiliser un marché, non de renforcer le statut mutualiste au nom de son rôle social. A la segmentation opérée par les pouvoirs publics s'ajoutent les segmentations tarifaires et marketing des opérateurs uniquement motivés par la viabilité économique. Les préoccupations solidaires s'éloignent par manque de capacité – mais aussi par instinct de survie, puisque les espaces de mutualisation dispa-

raissent. La notion de contrat, qui s'est substituée à celle de cotisation solidaire, a entraîné une modification des comportements depuis la posture du sociétaire vers celle du client.

En outre, les nouvelles générations vivent dans une société de « droits acquis », et comprennent souvent mal la signification de la solidarité. L'ambition de solidarité se conjugue aussi avec le souhait de traiter la question de l'exclusion sociale sur le fond, ce qui constitue à la fois un défi redoutable et un devoir moral. Malgré cette difficulté, beaucoup croient encore qu'il faut rendre possible ce qui est nécessaire. Ainsi, un proverbe affirme que « manger du miel, c'est bon, mais c'est bien meilleur quand on sait que d'autres peuvent aussi en manger. » ■

Introduction



Dominique Boucher
Délégué général de
l'Ipsé

Durant une première partie, maître Francis Kessler apportera son éclairage sur les suites de l'application de l'ANI et sur la généralisation de la complémentaire Santé aux personnes de plus de 65 ans et aux salariés précaires. Il présentera trois nouveaux outils et mécanismes introduits dans la législation : chèque Santé, labellisation des contrats seniors et condition de la portabilité de la complémentaire au profit des sortants de l'entreprise.

La seconde partie de ce colloque ouvrira le débat sur les offres et les nouvelles approches des opérateurs de la protection sociale dans un environnement évolutif. Maître Jacques Barthélémy abordera le fonctionnement des mécanismes propres aux branches. Il proposera une analyse de la solidarité entre les individus en matière de santé et de prévention dans le cadre juridique spécifique de la convention collective de sécurité sociale, concept nou-

veau issu du rapport Libault. Olivier Nique, directeur des partenariats Santé au sein de Pro BTP, donnera un aperçu des réponses apportées aux difficultés de la mise en œuvre des complémentaires Santé, et présentera des innovations en matière de sur-complémentaire de services. Jacques des Courtils, journaliste à Fil-social, présentera son enquête sur les mutuelles communales, qui concernent désormais quelque 2 000 collectivités. Il en cernera les caractéristiques et livrera son analyse sur leur développement. Et Robert Chiche, président de Smacl Santé, présentera le point de vue d'un opérateur sur cette question.

Ces diverses évolutions prennent place dans un contexte de généralisation de la complémentaire Santé qui ne concerne que des salariés. Elle néglige en particulier les salariés en situation de para-subordination, de nombreux acteurs qui interviennent dans le cadre de ce que l'on appelle l'« ubérisation » de l'économie, ainsi que les retraités lourdement tarifés. ■

Quels impacts législatifs nouveaux pour la protection sociale complémentaire ?



Francis Kessler

Maitre de conférences, Ecole de droit de la Sorbonne, Université Paris I
Avocat, Cabinet
Gide Loyrette Nouel

Une remarque préliminaire à mon propos portera sur la méthode suivie pour mettre en place la généralisation de la complémentaire Santé. Celle-ci interroge le choix des critères d'adhésion qui excluent certains publics et soulève la question de la complexité des mécanismes. Depuis le 1er janvier 2016, les entreprises doivent faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés – sauf exception – d'une couverture complémentaire collective des frais de santé résultant soit d'un accord collectif, d'un référendum ou d'une décision unilatérale (DUE), ou de façon

subsidaire en application de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale. Mon intervention abordera trois dispositifs légaux, en attente de leurs décrets d'application, qui sont la conséquence de l'incomplétude de la généralisation de la complémentaire. Ils ont chacun pour vocation de combler les brèches existant dans le principe qui a été posé.

Le chèque Santé : garantir l'accès des salariés précaires à la complémentaire Santé

Le principe de généralisation posé par la loi du 14 juin 2013 s'accompagne d'exceptions. Certaines catégories de salariés – notamment, les salariés embauchés avec un contrat à durée déterminée de moins d'un an – peuvent être dispensés de l'affiliation à un tel régime sans faire perdre au contrat son caractère collectif. Ces dispenses sont mentionnées dans l'acte juridique fondateur (art. R.242-1-6 du Code de la sécurité sociale) ou accordées de plein droit au titre du nouvel article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Cette dispense d'affiliation de plein droit vise notamment les personnes employées en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée de moins de trois mois, et les salariés travaillant dans l'entreprise moins de 15 heures par semaine. Ces deux catégories de salariés peuvent recevoir de l'entreprise un chèque Santé, mis en place dans la LFSS 2016 (article 34) pour leur permettre de payer, en partie, le coût d'une couverture complémentaire Santé. Il est accordé à condition, d'une part, de justifier être couvert par un contrat d'assurance sur la période concernée, et, d'autre part, de le demander. Un

« les négociateurs de branche auront à traiter les cas des personnels titulaires de contrat de travail d'une durée inférieure à un an et supérieure à trois mois, ainsi que les cas des personnels cumulant les critères de durée du contrat de travail et de temps partiel. »

accord de branche ou un accord d'entreprise (en l'absence d'un accord de branche ou si l'accord de branche le permet) pourra toutefois rendre obligatoire le système du chèque Santé pour l'ensemble des salariés (art. L.911-7-1 du Code de la sécurité sociale).

un an et supérieure à trois mois, ainsi que les cas des personnels cumulant les critères de durée du contrat de travail et de temps partiel. Les responsables de RH devront lever les difficultés liées à la nature du contrat complémentaire Santé couvrant le salarié (individuel, ayant-droit du conjoint) et à la non-demande du salarié. Ils devront aussi déterminer la quote-part à cofinancer dans le cadre d'une complémentaire « ayant-droit » du conjoint.

Le chèque Santé est cofinancé par l'employeur et le salarié. L'employeur prend à sa charge une somme représentative du financement patronal accordé aux autres salariés dans le cadre du régime collectif, multipliée par un coefficient de 105 % pour les CDD en temps partiel et de 125 % pour les CDD ou les contrats de mission. A défaut de montant identifiable, le montant de référence est de 15 euros (art. L.911-8 du Code de la sécurité sociale). La contribu-

« La labellisation des contrats "seniors" devrait être effectuée par la Direction de la sécurité sociale. »

tion de l'employeur au chèque Santé bénéficie de la même exonération partielle de cotisations sociales que celle accordée en raison de

la participation de l'employeur au financement des contrats collectifs et obligatoires.

Dans ce contexte, les négociateurs de branche auront à traiter les cas des personnels titulaires de contrat de travail d'une durée inférieure à

Contrats labellisés « seniors » : garantir l'accès des plus de 65 ans à la complémentaire Santé à coût modéré

Revu sous la pression du secteur de la mutualité, le modèle finalement retenu est celui d'une labellisation des contrats (art. 33 LFSS pour 2016) qui devrait être effectuée par la Direction de la sécurité sociale. Bénéficieront d'un label les contrats souscrits par des personnes âgées d'au moins 65 ans auprès d'un des organismes de protection sociale complémentaire, lorsqu'ils offrent des niveaux de garanties à certains prix (fixés par décret après consultation de l'ACPR) et respectent les conditions du contrat responsable (art. L.871-1 du Code de la sécurité sociale).

Ces contrats bénéficient d'un avantage fiscal pour les organismes assureurs, fixé à 1 % du montant

« *La LFSS pour 2016 modifie cet article 4 de la loi Evin en « lissant » sur quatre ans l'augmentation du tarif.* »

des primes hors taxes acquittées. Ces mesures s'appliquent aux contrats prenant effet au 1er janvier 2017.

veau contrat individuel garantissant des prestations identiques à celles des salariés actifs pour un coût qui ne peut pas dépasser 150 % des tarifs globaux accordés aux actifs.

L'article 4 de la loi Evin¹ : l'impact de la LFSS 2016

L'article 4 de la loi Evin encadrerait les évolutions de tarifs pour les anciens salariés d'une entreprise (percevant une rente d'incapacité d'invalidité, de retraite ou une allocation « chômage ») et les ayants-droit d'un assuré décédé, qui souhaitaient continuer à adhérer à leur ancien contrat collectif. Le dispositif permet de basculer vers un nou-

La LFSS pour 2016 modifie cet article 4 de la loi Evin en « lissant » sur quatre ans l'augmentation du tarif. A compter du 1er janvier 2017, les tarifs applicables aux anciens salariés devraient être plafonnés à 100 % des tarifs des actifs la première année et 125 % la deuxième année, pour atteindre 150 % à la fin de la quatrième année. ■

¹ Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques

Vers des conventions collectives de sécurité sociale ?



**Jacques
Barthélémy**
Avocat, Cabinet
Barthélémy Avocats

Je veux ouvrir mon propos en rappelant l'intérêt des procès et du travail des juges pour élaborer des définitions et fixer les contours des notions juridiques. L'abondance de contentieux à propos des clauses de désignation, devant la Cour de cassation, le Conseil d'Etat, la Cour de justice de l'Union européenne et le Conseil constitutionnel, a aussi permis de clarifier des concepts touchant à la protection sociale complémentaire (PSC).

Le premier intérêt de ces jurisprudences c'est d'avoir fortifié la distinction entre un système de prévoyance dans lequel sont fixés seulement la nature et le niveau des prestations – une rémunération différée et individualisable – et pour lequel les clauses de désignation ont toujours été illicites, et un régime de protection sociale dans lequel on poursuit en plus un objectif de solidarité matérialisée par des droits non contributifs concrétisant la solidarité, la prévention et l'action sociale.

Un régime de protection sociale rend indispensable la création d'un « pot commun » (selon l'expression de

Jean-Jacques Dupeyroux) sur lequel les personnes disposent d'un « droit de tirage social » (selon l'expression d'Alain Supiot). La convention collective de sécurité sociale formalisant ce régime comprendrait une clause de désignation (à distinguer de l'actuelle clause de recommandation), indispensable à l'objectif de solidarité qui est consubstantielle de la sécurité sociale, légale mais aussi conventionnelle. De ce fait, une réflexion sur le concept de convention collective de sécurité sociale est fondamentale : Existe-t-il des obstacles au niveau national à la création d'un pot commun ? En effet, faute de pouvoir mettre en œuvre concrètement l'objectif de solidarité et la politique de prévention (voir l'avis du Conseil d'Etat du 26 septembre 2013), l'économie de l'accord collectif de protection sociale est fortement affectée et celui-ci devient caduc.

La doctrine doit s'interroger sur ce concept de convention collective de sécurité sociale. Les accords collectifs fondateurs de garanties collectives assises sur l'objectif de solidarité font inévitablement penser à la Sécurité sociale. A partir d'une décision du Conseil d'Etat relative à l'arrêté d'extension de la convention

« *La convention collective de sécurité sociale formalisant ce régime comprendrait une clause de désignation, indispensable à l'objectif de solidarité qui est consubstantielle de la sécurité sociale, légale mais aussi conventionnelle.* »

collective nationale créant l'AGIRC, le professeur Paul Durand a caractérisé la spécificité des accords collectifs de sécurité sociale. Leur partie normative met en œuvre des techniques – la mutualisation – et des objectifs – la solidarité – sans rapport avec les

accords collectifs de travail, dans lesquels les avantages sont directement alloués par l'employeur. La partie contractuelle de l'accord collectif de sécurité sociale et celle de l'accord collectif de travail sont par contre identiques, puisqu'il s'agit de rapports entre partenaires sociaux, inspirés des principes civilistes de la technique contractuelle. Le rapport de Dominique Libault met en lumière l'importance de cet apport doctrinal.

La solidarité et les droits fondamentaux

Les partenaires sociaux de la branche peuvent créer un simple système de prévoyance, auquel chaque entreprise choisit librement son assureur, ou créer un régime de protection sociale assis sur la solidarité et sur son principal instrument, la clause de désignation. Cette dernière construction est compatible avec le droit communautaire de la concurrence. La solidarité est au de-

meurant un principe du droit communautaire.

Le Conseil constitutionnel a de son côté considéré que l'article L.912-1 (ancien) du Code de la sécurité sociale est inconstitutionnel au nom d'une atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. Cette décision peut être relativisée, parce que le texte sanctionné évoque la mutualisation – un moyen, non une finalité –, et que le degré élevé de solidarité confère un but légitime à l'atteinte, qui est de ce fait proportionnée. La Cour de cassation l'a jugé dans un arrêt du 12 avril 2012. De même, le Conseil constitutionnel a admis, dans une décision du 26 mars 2015 portant sur le régime de protection sociale des transfrontaliers travaillant en Suisse, qu'il n'existe pas d'atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle en présence d'un accord national fondé sur la solidarité en raison de l'existence d'un intérêt général.

Le droit de la concurrence ne voit aucun obstacle à la clause de désignation donc à la mise en place d'une convention collective de sécurité sociale. La jurisprudence européenne et les textes nationaux excluent du champ de l'entente prohibée entre entreprises les accords collectifs de sécurité sociale, d'une part en raison de leur nature – d'accord entre partenaires sociaux

« il n'existe pas d'atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle en présence d'un accord national fondé sur la solidarité en raison de l'existence d'un intérêt général. »

en lien avec le caractère fondamental du droit de négociation, d'autre part de leur objet – l'amélioration des conditions de travail. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) considère qu'un degré élevé de solidarité traduit un intérêt général économique et ne matérialise pas un abus de position dominante ; il justifie une atteinte, proportionnée, au principe de libre concurrence.

Le principe de la convention collective de sécurité sociale

Le concept de convention collective de sécurité sociale ne peut être conçu que sur la base de deux critères. D'une part, un degré élevé de solidarité caractérisé d'une part par des droits non contributifs et une politique de prévention en lien avec l'objectif fondamental de droit à la santé. D'autre part, un double paritarisme de conception et de gestion par les partenaires de la branche.

« Le concept de convention collective de sécurité sociale ne peut être conçu que sur la base de deux critères : un degré élevé de solidarité et un double paritarisme de conception et de gestion. »

De ce fait, le concept de convention collective de sécurité sociale renforce la consistance juridique de la collectivité de travail. Il fait apparaître l'identité entre la notion d'insti-

tution et celle de régime, et légitime l'institution pour agir au nom de l'intérêt de la collectivité. En cela, il réactive le concept historique d'institution comme instrument de la personnalisation juridique de la collectivité de travail, sur le modèle de l'institution de l'article L4 née du premier code de la sécurité sociale, et non comme un assureur. La convention collective de sécurité sociale est utile pour repositionner l'adhérent – et non le client – au centre du régime.

La déclinaison de la convention collective de sécurité sociale

La source de la convention collective de sécurité sociale est l'accord fondateur négocié entre partenaires sociaux et créateur de normes collectives. Ce type d'accord ne peut valablement être conclu qu'avec une représentativité minimale de 50 % des effectifs. L'autre conséquence d'un régime de protection sociale complémentaire comportant un fort degré de solidarité est d'interdire toute dérogation à l'accord de branche par un accord d'entreprise, référendum ou décision unilatérale de l'employeur car on est là, alors, sur le terrain de l'ordre public professionnel.

La solidarité, qui conditionne la validité des clauses de désignation, est ici professionnelle et ciblée sur un périmètre défini par les partenaires

sociaux. Elle confère au régime un caractère d'intérêt général économique. Sa place naturelle est de ce fait le livre IX du code de la sécurité sociale – à la suite du titre 2 consacré à la retraite complémentaire (au sein de laquelle la solidarité est aussi nationale, mais par contre générale et interprofessionnelle).

« Ce type d'accord ne peut valablement être conclu qu'avec une représentativité minimale de 50 % des effectifs [et aucune] dérogation »

La clause de désignation – comme celle de recommandation – est à distinguer du

choix de l'assureur pour la mettre en œuvre. Elle est un élément fondamental substantiel de l'accord. Sa durée n'est pas celle de l'accord, alors que le choix d'un assureur est limité dans le temps en raison d'exigences de libre concurrence. Les accords actuels de branche (art. L.912-1 du code de la sécurité sociale) ont

« Les accords actuels de branche ont intérêt de dissocier la clause de recommandation, et a fortiori de désignation, de l'acte par lequel l'organisme est choisi. »

intérêt de dissocier la clause de recommandation, et a fortiori de désignation, de l'acte par lequel l'organisme est choisi. Le recours à un appel d'offres, procédure réservée aux marchés publics, n'est

pas nécessaire pour choisir l'assureur, ce que la Cour de cassation a confirmé. Au regard de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), une simple exigence de transparence suffit et est matérialisée, d'une

part par une information des organismes concernés par voie de presse et, d'autre part, par l'impartialité dans le choix de l'organisme. Cette transparence pourrait ne pas s'imposer à la lecture de l'arrêt de la CJUE du 17 décembre 2015, portant sur une question préjudicielle du Conseil d'Etat : l'article 56 du TFUE ne s'applique pas en l'absence d'activité transfrontalière. L'Autorité de la concurrence admet, comme la Commission européenne, un caractère intra-national du marché de l'assurance de personnes. Par ailleurs, si l'exigence de transparence s'impose, ce n'est pas au moment du choix de l'assureur par les partenaires sociaux, mais au ministre au moment de l'extension pour rendre l'accord applicable aux employeurs non syndiqués.

En conclusion, ce qui est déterminant c'est le concept de garantie sociale, objet de négociation collective. Ce concept est promis à un grand avenir en raison des mutations du travail fondées sur les progrès des techniques d'information et de communication, et du numérique. Les droits fondamentaux de la personne individuelle franchissant plus facilement les frontières de l'entreprise, se posera alors la question de la compatibilité de ces droits fondamentaux de l'Homme avec l'intérêt de la collectivité de travail. La mutualisation dans un pot

commun identitaire du concept de garantie sociale en est un des instruments. ■

1 Conseil d'Etat, 7 janvier 1959

2 Rapport de Dominique LIBAULT, sur la solidarité

et la protection sociale complémentaire collective en santé et en prévoyance, remis le 23 septembre 2015 à Marisol Touraine

3 Articles L.420-1 et L.420-4 du code du commerce

4 CJUE, 26 septembre 1999, n° 67/69, Albany et autres ; CJUE, 21 septembre 2000, n° 222/98, Van der Woode ; CJUE, 3 mars 2011, n° 437/09, AG2R

5 Cass. Soc. 11 février 2015, n° 14-13538

Apparition de nouvelles formules de complémentaires : dérive ou solidarité nouvelle ?

Les sur-complémentaires : le défi de demain



Olivier Nique

Directeur des partenariats santé, Pro BTP

Le contexte dans lequel il convient de redessiner la protection sociale pour répondre aux enjeux de demain est complexe pour les organismes de complémentaire Santé, en raison de l'instabilité des réglementations. Il l'est aussi pour les partenaires sociaux, qui doivent adopter une stratégie répondant à la fois à la volonté de solidarité entre les différents acteurs et aux enjeux de développement économique, gage de la pérennité du système. La complexité des solutions retenues, notamment par l'ANI ou par la LFSS 2016, peut être illustrée par l'enchevêtrement des dispositifs de couverture Santé collective – salariés sortis de l'entre-

prise, travailleurs à durée déterminée ou à temps partiel – et le suivi qui en résulte pour les entreprises. Il aurait été plus simple, comme le fait le groupe Pro BTP, de prévoir une complémentaire Santé en pourcentage de salaire. Les engagements pris par les branches conduisent les entreprises à devoir s'assurer de la pérennité des structures et de la solidarité, de la sécurité de leurs mandants, et ce contrôle s'exerce avec un fort niveau d'exigence. Enfin, les moyens de pilotage d'un régime posent question, si l'organisme n'est pas désigné, mais seulement recommandé.

La solidarité, qui irrigue nos sociétés européennes plus que jamais auparavant, n'est pas simplement

« D'autres approches apparaissent sur le marché. Complètement déconnectées du pilotage du risque : des contrats sur-complémentaires de services »

l'aide apportée aux plus faibles, qui relève de l'assistance. C'est le lien social de dépendance et d'engagement réciproque des personnes et des membres d'un même

groupe lié par une communauté de destin : un village, une profession, une entreprise, une nation. La difficulté actuelle tient au maintien de ce lien social dans le temps, à sa capacité à être adapté à l'évolution de la situation des individus qui participent à cette solidarité, et par conséquent à la capacité de revoir les bases de l'analyse de besoins et de moyens, qui évoluent dans le temps. Les transferts générationnels en sont un bon exemple : alors que les actifs disposent globalement de revenus inférieurs à ceux des retraités, est-il possible de demander de nouveaux financements ? A contrario, l'exemple des dons de RTT – qui a débouché sur une loi – montre que la solidarité peut s'auto-engendrer à partir de situations concrètes rencontrées par des individus dans le cadre de relations de travail.

Les « nouvelles formules » actuelles

Le marché des couvertures complémentaires Santé a vu l'apparition de quatre nouveautés dont la première est la nouvelle forme de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Santé (ACS). La généralisation de la complémentaire Santé a provoqué la création de sur-complémentaires, qui sont un objet de débat pour 2016. Ces contrats déjà proposés aux salariés dans les entreprises ne suscitent pas de perturbations sur le marché, même s'ils donnent parfois lieu à des interdictions de souscription dans le cadre d'une assurance collective complémentaire obligatoire, ou à l'équilibrage financier d'un contrat collectif de base à faible tarif par le biais de sur-complémentaires surcotées. Le contrat labélisé, indexé sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), amènera les organismes à surévaluer les primes d'entrée des plus de 65 ans pour éviter une trop forte dégradation de leur taux de sinistralité dans le temps, ce qui en diminuera l'attrait pour la population concernée. Quant à la majoration maximale de 150 % du tarif collectif imposée par le nouvel article 4 de la loi Evin, elle fait peser sur les actifs une part non négligeable de la cotisation individuelle du retraité.

Une approche pour l'avenir

Pour les contrats futurs, la technologie devrait compenser ce que les organismes ne savent pas faire en termes de pilotage de risques. Ces sujets ne sont pas suffisamment matures pour en dresser un bilan immédiat. L'approche des opérateurs est guidée par la recherche de

solutions pour pallier la diminution de leur chiffre d'affaires en complémentaire Santé ou pour relancer l'activité.

D'autres approches apparaissent sur le marché. Complètement déconnectées du pilotage du risque, elles dessinent sans doute la réalité d'après-demain. En réponse aux besoins de la population, l'idée est de proposer des contrats sur-complémentaires de services, notamment dans le domaine hospitalier ambulatoire, post-ambulatoire ou pré-ambulatoire. Par exemple, ces

« [La solidarité] ne se réalisera plus au niveau du partage de risques, mais au niveau de l'usage des services proposés dans un contrat sur-complémentaire »

contrats proposeront une mise en relation médicale dans les déserts médicaux grâce à la télémédecine et aux techniques de santé connectée. Les opérateurs devront expliquer et faire comprendre la nouvelle stratégie tarifaire aux patients : il ne s'agira plus de couvrir un risque donné à un certain niveau de garantie, mais plutôt de réduire le coût global d'une prestation donnée grâce à des services adaptés. Au-delà de ce qui existe déjà grâce aux réseaux de soins, les organismes réfléchissent dans cette optique à détacher les sur-complémentaires du modèle de l'assurance – un risque couvert avec une petite part de services – pour mettre en place un modèle inverse : des services avec une petite partie d'assurances incluse.

Le bilan et les dérives

L'ANI a bien fonctionné et les résultats sont bons : sur la seule base de la confiance et sans clause de désignation, Pro BTP a capté environ 54 000 nouvelles entreprises et 110 000 salariés. Pour les contrats individuels, ces nouveaux contrats collectifs n'ont pas donné lieu à des résiliations en masse en 2015. Ils portent majoritairement sur les niveaux de couverture de base, et ce positionnement amènera sans doute les salariés à s'interroger sur leur couverture individuelle et la sur-complémentaire en 2016. Ces modifications portent des risques et des opportunités. La question est de savoir si les organismes proposant les complémentaires de santé seront les meilleurs acteurs pour répondre aux besoins des sur-complémentaires de services.

Si des dérives ont pu apparaître, elles sont contraintes, car les organismes et les branches avaient choisi d'élaborer des solutions avec des opérateurs les plus solidaires possibles. La construction des accords sur recommandation montre que la solidarité est un élément souhaité et voulu par les partenaires sociaux dans les contrats. L'évolution à envisager pour l'avenir concerne l'expression de la solidarité. Elle ne se réalisera plus au niveau du partage de risques, mais au niveau de l'usage des services proposés dans

un contrat sur-complémentaire. Inévitablement, la sur-complémentaire conduit à l'individualisation de la tarification, ce qui diminue la possibilité de solidarité en pilotage de risques. De ce fait, la solidarité se reportera sur la mise en œuvre des services et leur usage au moment et en fonction du besoin du participant.

Pour conclure sur une note provocatrice, « on a la complémentaire que

l'on mérite ». La liberté a un prix, et ce prix se traduit dans les services et les solidarités que les organismes veulent mettre en œuvre. Le défi à relever pour la sur-complémentaire est de parvenir à valoriser commercialement ces éléments de solidarité, pour être choisis sur la base d'un critère solidaire. ■

Les « mutuelles communales » : retour aux sources ou impasse ?



**Jacques
des Courtils**
Journaliste, Fil-social

Le titre de mon intervention est inspiré par les diverses réactions suscitées par l'apparition du phénomène des « mutuelles communales ». Certains y voient « un paradis sur terre », alors que d'autres les considèrent comme « un risque pourri car déficitaire ». En réalité, le terme de mutuelle utilisé pour les désigner est abusif – il ne s'agit pas d'organismes mutualistes au sens légal -, même s'il faut reconnaître que, in fine, le risque est toujours porté par des mutuelles. Ce type de contrat de complémentaire Santé s'adresse aux exclus de la « généralisation » : personnes pauvres, personnes âgées, jeunes sans emploi, chômeurs, travailleurs

indépendants, fonctionnaires, retraités, territoriaux, etc.

Typologie des contrats et historique

Les offres proposées sont des contrats de groupe à adhésion facultative, ou parfois des adhésions individuelles à une offre nationale préexistante ou construite spécifiquement pour ces marchés. Il arrive que les garanties proposées soient adaptées à la commune si elle possède une taille suffisante. Les offres sont construites autour de plusieurs niveaux de couverture avec des tarifs par tranches d'âge et leurs coûts sont relativement bas. Les tarifs mensuels s'échelonnent de 15 euros (enfant, formule économique) à 120 euros (gamme confort pour

« Ce type de contrat de complémentaire Santé s'adresse aux exclus de la « généralisation »

les plus de 65 ans) et les économies réalisables se situent entre 10 euros et 60 euros par mois par rapport à

une éventuelle couverture individuelle antérieure. Ces niveaux de prix sont rendus possibles par l'effort financier consenti par les mutuelles ainsi que par l'absence de frais de communication et le faible coût de distribution.

Ces mutuelles se différencient entre elles par le mode de distribution. Les personnes peuvent adhérer à la mutuelle en direct, ou adhérer à une association ou être cliente d'un courtier. La solution la plus confortable, semble-t-il, est celle de l'association, créée par la

« Ces niveaux de prix sont rendus possibles par l'effort financier consenti par les mutuelles ainsi que par l'absence de frais de communication et le faible coût de distribution. »

population ou par le courtier, et à laquelle les offreurs font leur proposition.

Le phénomène a débuté en septembre 2013 à Caumont-sur-Durance (Vaucluse), à l'initiative de l'élue

chargée des affaires sociales, qui avait été saisie de plaintes d'administrés qui ne pouvaient souscrire de contrat pour des raisons financières. Après lancement d'un appel d'offres, la mutuelle choisie sera la MGA. Le tarif, unique pour tous, est aujourd'hui fixé à 60 euros par mois. Les retombées médiatiques sont

stupéfiantes, localement et nationalement. Cet exemple a inspiré de nombreux maires, notamment dans le cadre de la campagne des municipales de 2014 : ce d'autant plus que pour être mise en œuvre, la promesse ne demande aucun financement à la commune, qui se contente d'accréditer une offre. Il faut noter que, durant la campagne des élections régionales de décembre 2015, Xavier Bertrand a promis la mise en place d'une mutuelle régionale en Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

Les acteurs et les réactions mutualistes

Pour répondre à la demande, une offre s'est rapidement créée, et des courtiers ainsi que des mutuelles se sont lancées sur ce marché. L'association Actiom, créée par trois courtiers, compte plus de 600 communes « partenaires » et propose le choix entre trois mutuelles à ses adhérents. Le courtier Traditia a passé un accord avec la mutuelle Just pour diffuser son offre dans une vingtaine de villes. Les mutuelles de l'ADPM regroupent 200 petites communes. Les mutuelles Just, MGA et la Catalane ont signé chacune des conventions avec une vingtaine de communes. Pavillon Prévoyance, Miel, Smatis (via Actiom ou en direct), Adrea (Le Creusot, Briançon), Eovimcd (Le Puy) proposent également des contrats. Le phénomène s'est étendu de façon certaine à 1750

« *Le phénomène s'est étendu de façon certaine à 1750 communes* »

communes, plutôt petites ou moyennes, et continue de s'étendre dans toute la France (sans doute à plus de 2 000 communes à ce jour). Environ 20 000 personnes bénéficieraient ainsi d'une complémentaire santé. Ce dernier chiffre n'est pas vraiment significatif tant le phénomène est récent. Bordeaux et Paris travailleraient également sur de tels projets.

« *Environ 20 000 personnes bénéficieraient ainsi d'une complémentaire santé.* »

La Mutualité française, prudente, se déclare « favorable à tout dispositif visant à améliorer l'accès à une complémentaire Santé » mais considère que les mutuelles communales apportent « une réponse pour un nombre de plus en plus réduit de personnes ». La FNIM y voit « un retour aux sources du mutualisme » et envisage de créer une marque ou un label. L'ADPM a déposé une marque et estime qu'il s'agit d'un « sursaut citoyen de la population cherchant des groupes à taille humaine ». Les grandes mutuelles considèrent le phénomène comme un marché de niche, « dans l'air du temps ». De plus petites mutuelles, plus locales, y sont fortement engagées.

Plusieurs interrogations restent en suspens

Le développement de ces mutuelles communales interroge quant à leur

intérêt pour les personnes potentiellement protégées et pose la question des conséquences de la segmentation de l'accès à la complémentaire Santé. L'Association des maires de France relève dans un document publié en juillet 2015 que ces mutuelles ont vocation à couvrir les personnes situées hors de la vie active et du champ de la généralisation de la complémentaire santé. Si l'on s'en tient à cette population, l'équilibre financier de cette couverture et la pérennité de ces mutuelles peuvent être remis en cause, sauf si les municipalités interviennent ou si les mutuelles s'ouvrent à d'autres catégories de personnes. Les opérateurs actuels annoncent être à l'équilibre, sauf la MGA, qui a d'ailleurs dû augmenter son tarif à Caumont-sur-Durance. Certains reprochent à ces mutuelles communales de détourner les personnes éligibles du bénéfice de l'ACS. Cette affirmation ne semble pas exacte, l'ACS faisant partie des offres de Actiom et Traditia et étant proposée par de nombreuses mutuelles qui interviennent en direct. L'ADPM indique que ses mutuelles orientent les personnes concernées vers des offres ACS.

Il ne semble pas y avoir de réelles difficultés juridiques. Les municipalités qui font la promotion de ces mutuelles ne portent des responsabilités que devant leurs électeurs. L'habillage marketing des

« mutuelles communales » fonctionne bien dans les petites villes, notamment auprès des petites et moyennes entreprises locales.

Au final, on peut penser que ce phénomène répond à la demande d'une partie de la population, oubliée de la généralisation, et à celle des maires. ■

Les « mutuelles communales » : le point de vue d'un opérateur



Robert Chiche
Président, Smacl
Santé

La Smacl Santé est dédiée aux agents territoriaux et propose aux collectivités territoriales de s'inscrire dans le cadre du décret de 2011. Les « mutuelles communales » constituent une réponse aux inégalités de santé. Les conditions ont été réunies pour appuyer un discours social et amplifier un mouvement qui a contribué à développer les « mutuelles communales ».

Ce sujet donne matière à réflexion et repose sur une idée simple : l'accès aux soins et les inégalités face à la santé. Les dispositifs légaux (CMU-C ou ACS) sont complexes et mal connus de la population, le renoncement aux soins faute d'assurance complémentaire Santé s'accroît et concerne 3,3 millions de personnes en 2012 – soit 500 000 de plus qu'en 2010). Les retraités sortent des contrats collectifs dans des conditions économiquement

désavantageuses (perte du financement de l'employeur de 50 % et augmentation de la cotisation de 50 %). La croissance du nombre des personnes exclues des soins constitue la première brique de l'édifice des « mutuelles communales ». La deuxième brique est sans aucun doute la déclaration de François Hollande, qui a annoncé en 2012 la généralisation de la complémentaire Santé à tous. Les élections municipales forment la troisième brique – alors que la solidarité ressort de la compétence du département.

Les projets de mutuelles de village sont généralement pilotés par les centres communaux d'action sociale (CCAS), observateur privilégié de l'action sociale de proximité et fin connaisseur des jeunes, des familles, des personnes âgées, des personnes handicapées et des publics en difficulté. Cette connaissance repose d'une part sur l'Analyse des besoins sociaux (ABS) de la population de la commune qu'ils réalisent et d'autre

« *La croissance du nombre des personnes exclues des soins constitue la première brique de l'édifice des " mutuelles communales " .* »

part sur les Contrats locaux de santé (CLS), conclus dans le cadre de Programmes territoriaux de santé facultatifs et signés avec les Agences régionales de santé (ARS), et sur les Ateliers santé-ville (ASV) lancés dans le cadre de la Politique de la Ville.

Etat du marché actuel

La mutuelle de village est un concept non labellisé qui recoupe plusieurs réalités. Celles-ci dépendent du contexte local, c'est-à-dire du degré d'écoute des élus au regard de l'accès au droit à la santé et de la capacité à mener un projet participatif. Lorsque cette capacité est faible, la commune se contente d'acheter des garanties ; elle confie les projets plus consistants au CCAS. L'analyse du marché des « mutuelles communales » fait apparaître une cartographie à travers trois cas types.

« *La mutuelle de village est un concept non labellisé* »

La « mutuelle communale » peut d'abord être proposée par des courtiers. L'offre Actionom est l'exemple typique de l'achat de garanties proposées par des courtiers (au nombre de 150 environ) à travers la création d'une association qui a toutes les apparences d'un contrat de groupe à adhésion facultative (droit d'adhésion à 10 euros). Il s'agit d'offres standards proposées par des mutuelles de santé

au niveau national. Ces offres sont prédominantes et doivent représenter 80 % des parts de marché à minima. Les maires sont démarchés à partir de l'argument de la possibilité de mener une action sociale à bas coût, et sont « sécurisés » du fait de l'absence de contrainte financière et d'un très faible temps de travail indu pour leurs équipes municipales. Ils autorisent le courtier à démarcher la population par le biais d'une lettre d'accréditation. Ce dispositif est fragilisé en raison de l'équilibre technique qu'il requiert pour l'ensemble de ces contrats. La démarche met en péril l'idée de mutualisation nationale, interprofessionnelle et intergénérationnelle.

La deuxième grande tendance est celle de la mutuelle de village, lancée à Caumont-sur-Durance. Le processus de la construction de l'offre a débuté par un recensement des besoins sur le territoire (240 réponses sur 4700 habitants). Un comité de pilotage s'est constitué autour du CCAS et a réalisé une consultation auprès de douze mutuelles, au terme de laquelle la MGA est choisie. La construction de la proposition comporte des germes « mortels » : l'anti-sélection du risque, une proposition destinée à des personnes avec un faible degré de solvabilité et un dumping tarifaire.

La mutuelle locale peut enfin être ciblée sur les populations les plus faibles. Le cas typique est celui du

« La démarche met en péril l'idée de mutualisation nationale, interprofessionnelle et intergénérationnelle. »

« La construction de la proposition comporte des germes « mortels » : l'anti-sélection du risque, une proposition destinée à des personnes avec un faible degré de solvabilité et un dumping tarifaire. »

projet du CCAS de la ville de Nantes, qui a reçu le Prix de l'innovation sociale décerné par l'UNCCAS en 2012, et qui est ciblé sur les populations les plus fragiles de la ville. Un diagnostic a été effectué en partenariat avec la CPAM de Loire-Atlantique. Une information neutre a été apportée sur les propositions des opérateurs. Un soutien à l'acquisition d'une complémentaire Santé a été mis en place sur la base d'un panel de mutuelles sélectionnées sur la base d'un appel à projets. Un budget de 180 000 euros a été alloué à un périmètre fermé de 1 200 ménages en difficulté sociale, qui ont choisi une des mutuelles sélectionnées. Des actions de prévention ont parallèlement été développées par la municipalité. Cette méthode s'inscrit dans un triptyque d'analyse, d'information et de proposition qui est conforme à nos valeurs.

Conclusion

Trois points clés sont à retenir. L'idée d'une solidarité communale renoue avec les origines de la mutualité. Le concept correspond essentiellement à la recherche par des élus de garanties Santé à destination de leurs administrés défavorisés en termes d'accès aux soins, avec un « habillage commercial » de proximité et sans création de mutuelle. L'opération a été un levier de développement pour le courtage. En revanche, il n'existe aucune visibilité sur les évolutions tarifaires futures.

La Smacl Santé juge nécessaire d'agrèger les solutions existantes et pertinentes qui ont fait leurs preuves sur le marché. Smacl Santé est compétente en termes d'informations à apporter aux CCAS, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Le réseau DomPlus peut prendre en charge les services d'accompagnement à la personne et Via Santé, mutuelle interprofessionnelle, porte déjà le risque pour Smacl Santé. Ce package semble une bonne alternative à laquelle il ne manque que l'« habillage commercial ». ■

Conclusions

Dominique Boucher
Délégué général de
l'Ipsse

La solidarité en matière de complémentaire Santé est largement malmenée par plusieurs facteurs : le maquis des dispositions législatives relatives à la complémentaire, la combinaison de jacobinisme et de libéralisme du secteur, la mise en œuvre brouillonne de la généralisation et ses exceptions. A ceci s'ajoutent la responsabilité des partenaires sociaux, les concepts de sécurité sociale professionnelle dans le cadre d'une hypothétique sécurisation professionnelle, avec la perspective de mettre en place une « flexi-sécurité ». Alors que le rapport Libault préconise la création d'une convention collective de sécurité sociale pour renforcer la solidarité entre les individus en matière de santé et de prévoyance, l'analyse des jurisprudences européennes en démontre la faisabilité. La solidarité s'envisagerait alors non comme une valeur, mais comme un ordre, sous la forme d'un accord collectif et coercitif résultant d'une action et non d'une proclamation.

Dans le champ des possibles qui s'ouvrent à elles dans ce contexte, les mutuelles auront à relever le défi de la valorisation de la solidarité : en somme, une solidarité à tout prix, qui n'a pas de prix. Elles devront faire montre du prolongement de leurs engagements au travers des couver-

tures sur-complémentaires de services. Pour construire leur avenir, les mutuelles devront aussi prendre en considération les phénomènes nouveaux tels que l'impossibilité de l'accès aux complémentaires Santé pour une partie de la population, ou encore l'apparition de mutuelles labellisées comme « communales ». Le secteur doit être attentif à la protection du terme de « mutuelle » et au sens réel qu'il sous-tend. Les notions de « proximité » et de « protection sociale territoriale », insuffisamment développées aujourd'hui, doivent être réappropriées par les acteurs.

En reposant les notions fondamentales, en explorant les concepts et en analysant les tendances actuellement à l'œuvre, ce Colloque Professionnel Ipsse apporte des pistes pour bâtir les réponses de demain. Celles-ci ne peuvent être dissociées, ni des questions liées au développement du numérique et à la montée en puissance du GAFAM (Google, Apple, Facebook, Amazon), ni des problématiques d'emploi et de para-subordination, d'ubérisation et d'apparition de faux-vrais-indépendants en France comme en Europe, sujet qui seront au cœur de la 42^{ème} Rencontre Ipsse, les 30 et 31 mai 2016 à La Haye. ■

Liste des Participants et Intervenants

AFONSO Kannishia	Ipsé	FANEY Grégoire	AEF
ANGOULVANT Jean-Claude	Contrat social	FAVRE-BEGUET Mylène	Galéa & Associés
APPERT Emilie	AG2R La Mondiale	FLUHR Jean-Claude	AG2R La Mondiale
ATTARD Jean-Marie	CGPME	FREY Jean-Claude	Mutuelle UMC
BAGGIANI Valérie	Malakoff Médéric	GABELLIERI Bruno	Humanis
BARTHELEMY Jacques	Cabinet Barthélémy Avocats	GANDON Virginie	Plein Sens
BARTHEN Sylvie	AG2R La Mondiale	GARDE Jean-Luc	Malakoff Médéric
BLONDIN Annie-Claude	Ipsé	GAUTRON Norbert	Galéa & Associés
BOCOGNANO Agnès	FNMF	GENET Jean-Claude	Adhérent Indiv. Ipsé
BOIVIN-CHAMPEAUX Bertrand	CTIP	GOBBI Jean-Marie	Psy
BOUCHER Dominique	Ipsé	GUENOUX Muriel	INPC
BRUNET Isabelle	Macif Mutualité	JAOUICHE Nadine	Will Be Group
CAMARD Liliane	Ipsé	JUDEL Valérie	Klésia
CASALINI Xavier	Confédération Nationale de la Boulangerie UPA	KAUFMANN Otto	Co-président CO Ipsé
CAUSSANEL HAJI Medhi	Cabinet Barthélémy Avocats	KESSLER Francis	Université Paris 1
CHENAIE Bernard	AG2R La Mondiale	LAPEYRE Jean	CO Ipsé
CHENOT Alain	Ipsé	LESOT Brigitte	Mutuelle
CHICHE Robert	SMACL Santé	MAYANCE Nathalie	CHORUM
CLERC Miriana	CTIP	MONTOBBIO Yves	Macif Mutualité
DE KERSABIEC Jean-Hubert	Adhérent Indiv. Ipsé	MORICEAU Caroline	Malakoff Médéric
DE LAROUILLIERE Régis	Institut des Actuaire	NIQUE Olivier	PLEIN SENS
DEBOURGES Muriel	AG2R La Mondiale	PASTOR Stéphanie	PRO BTP
DEL SOL Marion	Université Rennes 1	PETIT-JEAN Bernard	SCOR Global Life
DELARUE Antoine	Servac	PINGLIN Philippe	Ipsé
DELICOURT Patrick	Malakoff Médéric	POIFFAIT Nicole	Adhérent Indiv. Ipsé
DES COURTILS Jacques	Prévoyance	PROUTEAU Jean-Marie	Smi
DEVOTI Ingrid	Fil-social	RAMBAUD Eric	Mutuelle Chorum
DEVY Bernard	PRO BTP	ROMANO Pietro	PRO BTP
DIEU Michel	KLÉSIA	ROUSSET Marie-Pierre	Ipsé
DUBOIS Hélène	Ipsé	RUIZ Sophie	Malakoff Médéric
DUFOUR Adrien	ABAC	SOULARD Jean-Luc	Ipsé
	Fepem	TLIBI Aïcha	FNCB-CFDT
		TOUVREY Catherine	Adeis
		TSAO Michèle	Harmonie Mutuelle
		VINCENT Jean-Louis	Malakoff Médéric
			KLÉSIA

Table des sigles et acronymes

ABS	Analyse des besoins sociaux
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ADPM	Association diversité et proximité mutualiste
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé-ville
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDD	Contrat à durée déterminé
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CLS	Contrat local de santé
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DUE	Décision unilatérale de l'employeur
FNIM	Fédération nationale indépendante des mutuelles
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MGA	Mutuelle générale d'Avignon
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PSC	Protection sociale complémentaire
RH	Ressources humaines
TFUE	Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

les habits neufs de la protection sociale ou comment inscrire la solidarité au cœur des complémentaires

Le 15^e Colloque professionnel Ipse s'est tenu le vendredi 29 janvier 2016, au siège du Groupe KLESIA, sur le thème « Les habits neufs de la protection sociale complémentaire : quid de la solidarité ? ». Lors de cette matinée, intervenants et participants ont été invités à débattre sur les nouveautés règlementaires, mais aussi en matière d'opérateurs et d'offres. Les différentes interventions ont rendu intelligible et ainsi permis d'éclairer l'audience sur les problématiques qui vont marquer 2016, et les années à venir.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés bénéficient en principe d'une couverture santé minimale obligatoire. Mais **cette « généralisation » de la complémentaire santé**, annoncée en grande pompe en 2013, **n'en n'est pas une pour Francis Kessler**, qui regrette le nombre important de dispenses d'adhésion et surtout l'institution de plusieurs dispenses d'ordre public par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. De plus, l'introduction de nouveaux outils tels le « chèque santé » ou les « contrats labellisés » pour les plus de 65 ans, ne fait qu'ajouter au maquis règlementaire des mécanismes qui complexifient considérablement la tâche des négociateurs des branches professionnelles.

Par ailleurs, afin de mettre en place une réelle solidarité entre les individus en matière de santé et de prévoyance, le rapport Libault préconise la **création de convention collective de sécurité sociale**. Pour **Maitre Jacques Barthélémy**, qui a pris part à cette réflexion, ce concept repose tout d'abord sur **un degré élevé de solidarité au sens de la Cour de justice de l'UE**, et ensuite sur **un double paritarisme**, c'est-à-dire une autogestion par les partenaires sociaux qui se concrétiserait par un paritarisme de **conception** et un paritarisme de **gestion**.

La convention collective de sécurité sociale se matérialiserait ainsi par **un accord collectif et coercitif** pris par des syndicats représentatifs à 50% des effectifs, et **une clause de désignation ou de recommandation** bien distincte de l'acte – par nature à durée déterminée du fait de la libre concurrence – précisant le choix de l'assureur.

Enfin, parallèlement à ces évolutions législatives acquises ou en gestation, de nouvelles formules de complémentaires se développent pour **pallier aux insuffisances de la généralisation**, à savoir son cantonnement aux salariés et la mise en place, majoritairement, de garanties minimales dites « panier ANI ». En réponse à ces défaillances, de nouvelles approches, totalement détachées du pilotage du risque, voient le jour. La partie assurantielle ne représentera plus qu'une petite partie de ces « surcomplémentaires de services », qui sont l'enjeu de demain selon **Olivier Nique**, directeur des partenariats santé au sein de Pro BTP.

Quant aux « **mutuelles communales** » qui ciblent principalement ces « exclus de la généralisation » et guère les personnes en grande précarité, elles prennent de l'ampleur avec **près de 2 000 communes concernées**, selon les résultats de l'enquête menée par le journaliste **Jacques des Courtils**. Le monde mutualiste reste divisé sur ce sujet qui cristallise les tensions entre ceux qui y voient un « **retour aux sources** » et ceux qui y voient **une « impasse »**, comme **Robert Chiche**, président de SMACL Santé, qui dénonce le **dumping tarifaire** et l'« habillage marketing » d'offres individuelles, où il n'existe aucune visibilité sur les évolutions tarifaires futures.

Les débats de ce Colloque professionnel Ipse ont été des plus animés. Ils ont affirmé la nécessité d'introduire davantage de solidarité au sein de la protection sociale complémentaire pour une solution pérenne et humaine.