

# 11<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipse

## Foliocollection

Actes du 11<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipse  
*le vendredi 22 novembre 2013*

### **Généralisation de la complémentaire santé : quelle nouvelle définition des rôles pour la sécurité sociale et les complémentaires ?**



Institut de la protection sociale européenne



L'Ipse remercie  
le groupe Macif pour son accueil chaleureux et son soutien actif  
apporté à l'organisation  
de ce 11<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipse.

Lieu de la conférence:



17-21, place Etienne Pernet , Paris 15<sup>e</sup>



## Sommaire

### Allocution du président du groupe Macif

Gérard Andreck, Président du groupe Macif

7 - ▶

### Allocution du président de l'Ipse Alain Chenot

Alain Chenot, Président de l'Ipse

9 - ▶

### Mot de l'animateur

Jean-Marie Spaeth, Président du GIP Santé et protection sociale internationale

10 - ▶

### Mise en perspectives des enjeux de la généralisation de la complémentaire santé et du rôle des acteurs de la protection sociale

Jean-François Chadelat, Président d'honneur du Fonds CMU

12 - ▶

### Table ronde 1 : Le point de vue des opérateurs

Michel Régereau, Président du Conseil de la CnamTS

17 - ▶

Joseph Deniaud, Président d'Harmonie Mutuelle

19 - ▶

Serge Brichet, Président de la Mgefi

21 - ▶

Paul Grasset, Directeur général de ProBTP

23 - ▶

### Débats de la Table ronde 1

26 - ▶

### Table ronde 2 : Le point de vue des décideurs

Véronique Descacq, Représentante CFDT

30 - ▶

Philippe Thouron, Représentant UPA

32 - ▶

Geneviève Roy, Représentante CGPME

33 - ▶

Michel Dieu, Représentant FO

35 - ▶

### Débats de la Table ronde 2

37 - ▶

### Conclusions

Valérie Devillechabrolle, Rédactrice en chef, Protection sociale Informations

44 - ▶



**Gérard Andreck**  
Président du groupe Macif



*« ...nous avons fondamentalement besoin de fédérer toutes les bonnes volontés, toutes les intelligences, toutes les meilleures expertises, car sans jeu collectif, point de salut ... »*

*« Nous voyons bien que nous avons besoin d'une réforme d'envergure de notre système de santé pour plus de solidarité dans l'effort de contribution et pour plus de justice dans l'accès aux soins. »*

Bienvenue dans cet auditorium de la Macif, qui j'espère présentera des conditions de travail satisfaisantes. Je suis très heureux d'accueillir ce 11<sup>e</sup> colloque professionnel organisé par l'Ipse.

L'Ipse est fortement attentif et directement en prise avec des travaux qui intéressent la Macif puisque nous sommes un acteur de la protection sociale et que nous intervenons soit directement, soit indirectement sur la santé et la prévoyance. Nous avons des relations de longue date avec l'Ipse par le biais de Mutavie, qui est notre filiale vie et épargne, et par Macif Mutualité, qui traite les sujets que je viens d'évoquer et qui est notre filiale santé prévoyance.

Tout au long de cette journée, vous allez donc échanger et débattre sur ce sujet majeur et complexe qu'est la couverture santé dans toutes ces composantes.

Comme d'habitude, vous avez très bien fait le travail avec un panel d'intervenants qui sont des experts et qui portent une parole qui en général est écoutée. Au regard du programme, nous pouvons constater en effet que les différents experts représentant les parties prenantes ou un œil extérieur avisé, nous permettrons peut-être de poser les bases et de faire des propositions en conséquence d'un système global, cohérent, accessible au plus grand nombre et le plus équitable possible – et vous avez compris qu'à titre personnel, je pense que nous en sommes encore assez loin.

Cette diversité au niveau des différents intervenants est à l'image d'une problématique aux multiples facettes, une problématique mis à vif par l'accord du 11 janvier 2013, lequel se caractérise notamment par un effet accélérateur dans un environnement général chargé d'incertitudes, et qui pose davantage le sujet de la généralisation, de l'universalité de la complémentaire santé. Nous l'avons dit les uns les autres, l'ANI dans ses premiers articles - et malgré ses imperfections - participe à la généralisation qui doit permettre à un certain nombre de concitoyens actuellement démunis de bénéficier d'une complémentaire santé. L'ANI, malgré tout ce qu'il peut porter, est malheureusement encore une réponse partielle à la couverture d'une complémentaire santé des quelques 4 millions de personnes qui n'en sont pas pourvues encore. Pour autant, en tant qu'acteurs militants, nous ne devons pas les oublier : les retraités, les personnes sans emploi ou en situation de précarité, et parfois les jeunes.

Le feuillet de l'ANI- si vous permettez un commentaire politique - par le biais des différentes décisions qui ont été prises y compris par le conseil constitutionnel et l'amendement qui a été déposé, pose problème. Il est perturbant puisque pour beaucoup d'acteurs et de professionnels en particulier, il nous dérouté dans la mesure où nous n'avons pas des repères essentiels et que nous n'avons pas un jeu harmonieux. Si l'on se réfère à ce qui se passe, la contestation est à la mode puisqu'il y a les bonnets jaunes (les abeilles) et différents secteurs qui contestent. Certains sont déjà prêts à recourir au conseil constitutionnel à nouveau donc je ne sais pas quand se terminera ce sujet qui réellement entraîne des difficultés à de nombreuses entreprises qui sont présentes dans la salle et en tout cas qui ne nous permet pas d'anticiper sérieusement certains thèmes.

Aujourd'hui nous sommes nombreux à considérer qu'il est essentiel de préserver, sur notre sujet, un régime de base de haut niveau et de maîtriser la logique de dépassements d'honoraires à l'œuvre depuis trente ans. Nous devons être attentifs aux remboursements et transferts de charges vers les complémentaires santé. Ces dernières doivent

pouvoir jouer un rôle actif dans l'offre de soins. Elles doivent pouvoir juger de la légitimité, de la qualité et du tarif de ses soins. Sur le chemin de cette situation idéale, jalonnée d'éléments aux contours flous comme les contrats solidaires et responsables, comme les clauses de recommandation, comme l'avenir des réseaux de santé lié à la loi Le Roux – pour ne citer que ceux-là – je pense que nous avons fondamentalement besoin de fédérer toutes les bonnes volontés, toutes les intelligences, toutes les meilleures expertises, car sans jeu collectif, point de salut ... et la démonstration en est faite en ce moment. Nous sommes réellement le dos au mur, devant un challenge aux enjeux extrêmement lourds de conséquences qu'il faut aborder - ou qu'il faudrait aborder – avec audace, lucidité, et avec un certain courage aussi. Si vous me permettez encore de manifester mon humeur, je trouve que toutes ces caractéristiques ne sont pas au rendez-vous en ce moment.

Nous voyons bien que nous avons besoin d'une réforme d'envergure de notre système de santé pour plus de solidarité dans l'effort de contribution et pour plus de justice dans l'accès aux soins. Un but à atteindre : chacun selon ses moyens pour chacun selon ses besoins. Car aucun de nos concitoyens ne doit rester sur le bord de la route, je le redis encore une fois. Cela signifie que l'existant doit être revisité sans concession, que les meilleures pratiques doivent être échangées et promues, que de nouvelles pistes doivent être explorées, et dans ce cadre toutes les forces doivent être regroupées, et tous les acteurs concernés doivent pouvoir se faire entendre et doivent pouvoir prendre leur part dans l'action. A ce stade, là aussi un constat : je partage la déception d'Etienne Caniard au nom de la FNMF quant au PLFSS que nous connaissons.

C'est donc dans cet état d'esprit que travaille l'Ipse, en participant au rapprochement des principales parties prenantes, mutuelles, institutions de prévoyance, partenaires sociaux, ... et cela en ignorant les frontières entre pays, en agissant au niveau de l'Europe, ce qui est un atout fondamental.

C'est donc en vous remerciant chaleureusement d'avoir organisé cette journée propice aux confrontations d'idées et aux mises en relation que j'en terminerai car vous avez un ordre du jour riche en contenu à aborder.

Je vous remercie de votre attention et je vous souhaite bien entendu de fructueux travaux. ■



## Allocution du président de l'Ipse Alain Chenot

Alain Chenot  
Président de l'Ipse



*« ...l'exigence de régulation économique pour maîtriser les dépenses impose l'indispensable coopération entre le régime de base et les couvertures complémentaires... »*

*« ...les concepts de la mutualisation et de la solidarité sont plus que jamais d'actualité ; et on peut souhaiter que la généralisation de la complémentaire santé s'inscrive bien dans ce bel objectif. »*

Ce Colloque professionnel se déroule au cœur des soubresauts consécutifs à l'accord conclu le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux sur la sécurisation de l'emploi, dont la généralisation de la couverture santé, y compris la portabilité. Ces soubresauts sont aussi consécutifs à la décision du 13 juin 2013 du conseil constitutionnel et nous saurons – pour être un peu optimiste – dans moins d'une semaine ce que l'assemblée nationale adoptera à ce sujet.

Ce Colloque se tient dans les murs de la Macif grâce à l'hospitalité chaleureuse qui nous est réservée. Au nom de l'Institut de la protection sociale européenne et de tous les participants à ce colloque, je vous en remercie, Monsieur le président.

Nombreux sont ceux qui s'interrogent depuis longtemps et de plus en plus sur l'évolution de la protection sociale complémentaire et sur le partage des rôles dévolus au régime de base et à la couverture complémentaire. L'article 1 de l'ANI du 11 janvier 2013 se veut porteur d'une nouvelle étape dans ce que nous pouvons qualifier de progrès social. Les partenaires sociaux, les organismes assureurs aussi, sont invités à y répondre avec efficacité, souhaitons-le.

Une première remarque personnelle : le temps où Pierre Laroque, fondateur de la sécurité sociale, et dont nous avons pu suivre l'enseignement, rêvait d'un grand système garant de la solidarité entre tous les citoyens, semble bien loin aujourd'hui. En effet, l'exigence de régulation économique pour maîtriser les dépenses impose l'indispensable coopération entre le régime de base et les couvertures complémentaires pour répondre à ce qu'est, de fait – nous le savons – un des engagements de la sécurité sociale. Nous échangerons donc ce matin avec les opérateurs et les décideurs sur les perspectives d'avenir de notre protection sociale.

Deuxième remarque : je pense que les concepts de la mutualisation et de la solidarité sont plus que jamais d'actualité ; et on peut souhaiter que la généralisation de la complémentaire santé s'inscrive bien dans ce bel objectif. Cet objectif correspond d'ailleurs à celui de l'Ipse, fidèle aux valeurs qu'il défend depuis sa création en 1989, avec le concours actif de la mutualité et du monde paritaire, en France et vis-à-vis des questions posées par l'Europe sociale. Nous rejoignons d'ailleurs en cela le Président de la Macif qui évoque souvent un « projet fondateur » similaire, s'agissant de la protection sociale complémentaire solidaire.

Soulignons enfin que le gage de réussite d'une telle mission est basé sur l'efficacité des valeurs affichées, en termes de bonnes pratiques et des résultats concrets et compétitifs surtout.

Je tiens pour conclure à rappeler que la solidarité est un élément essentiel de la Charte européenne des entreprises de la protection sociale adoptées par les adhérents de l'Ipse. Ainsi, je cite, « les entreprises signataires reconnaissent le rôle primordial de la sécurité sociale. Elles affirment leur volonté d'être acteur à part entière de la construction d'une protection sociale responsable, citoyenne et juste ». J'espère de ce point de vue que la rénovation des contrats solidaires et responsables permettra sur ce plan de confirmer le bien fondé de notre Charte.

Dans l'immédiat, je vous souhaite une fructueuse matinée. ■

## Mot de l'animateur

### Jean-Marie Spaeth

Président du GIP Santé  
et protection sociale  
internationale



C'est avec un grand plaisir que j'ai accepté d'animer ce Colloque, qui me semble être dans la bonne période sur un sujet tout à fait important pour l'avenir car je pense que la généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier 2016, issue de l'accord du 11 janvier 2013, va obliger tous les intervenants, tous les acteurs à remettre sur le tapis les équilibres qui se sont construits depuis plus d'une décennie, depuis la transcription des directives sur l'assurance de personnes (1993-1994). Je pense que cela va modifier les choses et cela même si la généralisation va toucher qu'une faible partie en vérité – 90% sont déjà couverts par un régime complémentaire.

Tout d'abord qui sont les acteurs concernés :

- les trois familles qui interviennent dans le champ de la complémentaire santé : les institutions de prévoyance (code de la sécurité sociale), le monde mutualiste (code de la mutualité), les assurances (code des assurances) ;
- la sécurité sociale, la caisse nationale d'assurance maladie ;
- l'Etat sous de multiples angles ;
- les partenaires sociaux, non pas comme gestionnaires de régime mais comme prescripteur de loi - puisque c'est bien cela qu'il y a marqué dans l'article 1 de l'ANI - de la même manière qu'il prescrit du droit, construit du droit à l'Arrco, à l'Agirc ou à l'Unedic ;
- les professionnels de santé, enfin : je les cite en dernier pour souligner avec force que la finalité de tout cela est de faire que l'accès aux soins – et à des soins de qualité – soit généralisé à tous les citoyens. Le but final est là et ne laissons jamais dévier le sujet autour d'autres choses.

Je propose que le fil conducteur de ce Colloque s'articule autour de trois enjeux :

- Où se définit et qui définit la solidarité économique entre biens portants et malades ? En d'autres termes, qui organise la mutualisation ? Est-ce que ce sont les négociateurs et financeurs qui décident du contrat ou bien le gestionnaire des contrats, et ce dernier, en fonction de quel intérêt, quelle orientation ? Les mutuelles / compagnies d'assurances / institutions paritaires organisent-elles la solidarité entre biens portants des gens qui sont dans leurs contrats ? Plus il y aura de contrats, plus il y aura de multiplication de contrats. Evidemment, on laisse les gestionnaires de contrats en fonction de leur finalité organiser la mutualisation. A l'inverse, plus les contrats sont larges, plus la mutualisation se réfléchira et s'organisera autour des décideurs du contrat. Les choses ne sont pas neutres et ne sont pas les mêmes en fonction des choix que l'on fait.
- Les complémentaires vont-elles de plus en plus prendre en charge le reste à charge pour les ménages, entre les dépenses remboursables qui sont définies par l'Etat – car c'est bien l'Etat qui définit les biens et services médicaux qui sont considérés comme des produits de santé – et les dépenses remboursées, celles faites par la sécurité sociale qui vont de 0 à 100% et qui sont faites dans le cadre du financement qui a été décidé par le parlement ? L'espace entre les dépenses remboursables et les dépenses remboursées s'agrandit. C'est une raison de la généralisation des complémentaires d'ailleurs.

➤ Les complémentaires sont-elles au service de la population pour l'accès aux soins ou bien des professionnels de santé pour améliorer leur revenu via des dépassements d'honoraires ou encore pour solvabiliser des produits et des services de santé à valeur ajoutée nulle, inutile voire dangereux ? Au fond, est-ce que ce sont les professionnels de santé qui vont mettre en concurrence les décideurs et les gestionnaires de contrats ou est-ce les gestionnaires de contrats qui se positionnent clairement pour peser sur l'organisation des soins (particulièrement les soins de ville) et pour regarder d'un peu plus près la valeur ajoutée des actes médicaux selon leur prix ou encore sur le juste prix de produits médicaux tels que les prothèses, l'optique ou les appareils auditifs ?

En résumé, trois grands thèmes me paraissent intéressants à réfléchir :

- 1. A quel niveau et au service de qui s'organise la mutualisation ?**
- 2. Quelle articulation entre régime de base et complémentaire pour que la généralisation des complémentaires soit un plus pour nos concitoyens ?**
- 3. Qui organise et au profit de qui s'organise la concurrence entre les gestionnaires de contrats et les professionnels qui mettent en concurrence les gestionnaires ?**

Voilà sur quoi j'interpellerai les intervenants. ■



## Mise en perspectives des enjeux de la généralisation de la complémentaire santé et du rôle des acteurs de la protection sociale

Jean-François Chadelat,  
Président d'honneur du  
Fonds CMU



Il convient dans un premier temps de faire un petit rappel historique, en commençant par la situation de 1945.

En 1945, la France sort de quatre années de guerre et d'occupation. La sécurité sociale est alors créée, ce qui est remarquable. Mais compte tenu des finances de l'époque, il s'agit d'une sécurité sociale bas de gamme, a minima ; il faut en avoir conscience car cela va permettre de comprendre un certain nombre de choses. D'autre part, je tiens à rappeler que le ticket modérateur est inscrit dans les ordonnances de 1945 et est donc à l'origine de la sécurité sociale. En dehors même des finances de la sécurité sociale, il y avait un principe qui consistait à dire que la sécurité sociale ne remboursait pas tout.

Face à cette situation, un certain nombre de catégories socioprofessionnelles, et en particulier les cadres, se sont dit qu'on ne pouvait pas se contenter de la retraite de la sécurité sociale égale à 40% du plafond et qu'il fallait donc essayer de se rattraper par ailleurs. C'est ainsi que l'Agirc est née seulement 18 mois après les ordonnances de 1945, le 14 mars 1947. Très rapidement les cadres se sont rendus compte qu'outre un supplément de retraite, il leur fallait d'autres éléments comme la prévoyance lourde (l'incapacité, l'invalidité, le décès, les veuves, etc.). Ils se sont donc tournés vers les gouvernements de l'époque qui ont déclaré ne pas avoir les moyens financiers pour, mais affirmé être prêts à les soutenir s'ils organisaient cela entre eux. Soutenir, cela voulait dire que les cotisations qu'ils seraient amenés à mettre en place seraient exonérées, déductibles - pour être tout à fait exact, ce n'est pas une exonération de cotisation, c'est une non inclusion dans l'assiette -. Le système s'est donc mis en place avec des limites à des sommets inégalés et inégalables qui fait que, à titre de comparaison si c'était aujourd'hui, tous sauf les PDG du CAC 40 étaient en exonération totale.

Voilà le contexte dans lequel le complémentaire s'est développé. Et cela s'est tellement bien développé que dans les négociations de salaires entre entreprises et salariés, on a troqué des augmentations de salaires contre de la prévoyance. Il est évident que cela coûtait infiniment moins cher aux entreprises de faire ce type d'opérations, cela a donc été fait de façon régulière sur la prévoyance.

A l'époque, la complémentaire santé était quasiment inexistante : en 1960, à peine 30% des Français possédait une complémentaire santé. Puis à partir du moment où la prévoyance lourde a été saturée, on a poursuivi sur les exonérations et développé la complémentaire santé. Celle-ci s'est donc développée sous la forme de contrats collectifs exonérés, puis de contrats individuels qui ne le sont pas. Le grand écart a donc commencé à se creuser.

Nous sommes ensuite arrivés à la loi du 27 juillet 1999, créant la CMU-Complémentaire. Cette loi n'est pas une loi qui a généralisé la sécurité sociale car elle l'était déjà depuis une loi de 1975, et surtout une loi de janvier 1978. L'ensemble de la population était donc déjà couvert par la sécurité sociale de base, seule la question des complémentaires se

*« ...il ne faut jamais oublier que la sécurité sociale et la complémentaire santé ne sont que des outils au service de l'accès aux soins, de la santé publique. »*

posait. Or, l'Enquête Santé et Protection Sociale de 1998 avait mis en évidence un renoncement aux soins très important dans le premier décile voire dans le deuxième décile de la population - soit pour les pauvres et les très pauvres - à hauteur de 30%. La question s'est alors posée de savoir comment faire pour que ces très pauvres puissent bénéficier de l'accès aux soins. Car il ne faut jamais oublier que la sécurité sociale et la complémentaire santé ne sont que des outils au service de l'accès aux soins, de la santé publique. Le vecteur qui s'appelle sécurité sociale/complémentaire santé est presque marginal par rapport à la finalité de base.

Le gouvernement de l'époque, et plus exactement la ministre Martine Aubry, a promulgué la loi de 1999 en disant pour la première fois tout haut ce qui était implicite, à savoir que pour avoir accès

*« ...aujourd'hui, ce sont des dizaines voire des centaines de milliers de contrats différents, offrant des garanties les plus variables possibles. Or, cela a des conséquences gravissimes : les complémentaires santé sont aujourd'hui le plus grand facteur d'inégalités dans l'accès aux soins. »*

aux soins, lorsque l'on était très pauvre, il était nécessaire d'avoir la sécurité sociale et une complémentaire. La Ministre a donc créé quelque chose de totalement inédit : la CMU complémentaire, une complémentaire santé offerte aux très pauvres avec tiers payant intégral et une gratuité totale – avec toutes les contraintes que cela peut faire peser sur les professionnels de santé. Tout cela a été calibré de manière à ce qu'une personne bénéficiant de la CMU-C puisse avoir accès aux soins sans restriction et comme un assuré normal : c'est la logique même de la CMU-C. Ce n'est pas une médecine de pauvre et cela n'a jamais voulu l'être, il s'agit d'un accès aux soins comme tout le monde et la collectivité vous assure ce système. Cette loi est l'une des plus grandes lois sociales jamais votées et mises en place.

Evidemment, la CMU-complémentaire n'a pas que des qualités, elle a été très critiquée à l'époque à cause de son terrible effet de seuil. En chiffres approximatifs à la valeur d'aujourd'hui, à 680 euros vous aviez une très bonne complémentaire et un accès aux soins sans problème, à 681 euros vous n'aviez plus rien. Cela était donc un vrai problème pour ceux qui étaient juste au dessus. On a donc essayé de gommer cet effet de seuil avec la loi du 13 août 2004 qui a créé ce qu'on avait appelé à l'époque « le crédit d'impôt » puis le « chèque santé », devenu l'aide à la complémentaire santé (ACS). Nous avons donc mis en place un système pour permettre à des populations en dessous du seuil de pauvreté d'avoir accès aux soins, et cela fut le plus important.

Les complémentaires santé se sont développées, soit en individuel, soit en collectif. Aujourd'hui, 57% des contrats sont individuels et 43% sont collectifs en nombre de personnes couvertes. Le problème des ces complémentaires santé, c'est qu'elles se sont développées dans le plus grand désordre, suite à des négociations au niveau des entreprises ou au niveau des branches et adaptables au niveau des entreprises. On a figolé les contrats propres à chacun, et au jour d'aujourd'hui, ce sont des dizaines voire des centaines de milliers de contrats différents, offrant des garanties les plus variables possibles. Or, cela a des conséquences gravissimes : les complémentaires santé sont aujourd'hui le plus grand facteur d'inégalités dans l'accès aux soins.

La sécurité sociale est solidaire, uniforme, et les personnes sont prises en charge de la même façon. Mais dans la complémentaire santé, quel est le point commun entre le contrat hyper haut de gamme pris en charge dans des proportions parfois considérables par l'employeur, dans le cadre d'exonérations fiscales et sociales de très grosses entreprises, et le contrat minable d'un salarié au Smic ou à temps partiel, travaillant dans une TPE ? Une enquête de la Drees a fait apparaître une classification qui existe depuis maintenant longtemps, « A-B-C-D-E », « A » étant le très haut de gamme, « E » le très bas de gamme. Les contrats collectifs sont à 48% dans la classe A ; les contrats

des bénéficiaires de l'ACS sont à 52% dans les classes D et E. Il y a donc un vrai problème d'inégalités sur ces complémentaires santé.

Là-dessus tous les gouvernements ont un peu fantasmé en se disant que face aux difficultés de la sécurité sociale, il fallait renforcer les complémentaires car cela ferait toujours moins à payer pour la sécurité sociale et qu'il serait plus facile de résorber les déficits de l'assurance maladie par ce biais là. Cette idée est totalement illusoire.

*« Je n'ai pas pu m'empêcher dans un éditorial de faire le parallèle, dans un rapport de 1 à 10, entre ces 250 millions d'euros du plan pauvreté et ces 2,5 milliards d'euros qui venaient d'être décidés 10 jours plus tôt dans l'ANI... »*

En 2003, j'ai été chargé de rédiger un rapport sur la répartition des interventions entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. J'ai donc réuni un groupe de travail avec lequel nous avons très rapidement constaté les inégalités flagrantes que provoquent les complémentaires santé, inégalités aggravées par les exonérations fiscales-sociales. Avec dans l'idée de m'occuper de la protection sociale avant tout, j'ai donc proposé de réorienter ces aides au profit des plus démunis. Ces aides fiscales-sociales sont fondamentalement injustes puisque, plus on a un salaire élevé, plus on en bénéficie. Il n'y a pas pire en matière d'anti-redistribution.

Ces préconisations en 2003 ont créé une tempête. Depuis, plusieurs rapports de la Cour des comptes, de l'IGAS, de l'IGF, du Conseil des prélèvements obligatoires, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sont venus confirmer mes propos. Et le 20 octobre 2012, au congrès de la Mutualité française à Nice, Le Président de la République, a dit : « L'Etat a consacré plus de 4 milliards d'aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Ceux qui en profitent -et tant mieux pour ces assurés- sont plutôt des cadres de grandes entreprises que des salariés à temps partiel. Quant aux chômeurs et aux retraités, ils ont les plus grandes difficultés à s'offrir une complémentaire santé. Je considère donc que c'est à la fois un gâchis financier - 4 milliards d'euros - et une injustice sociale inacceptable. J'ai donc demandé au gouvernement de réorienter ces aides pour en élargir les bénéficiaires ». Cela vient de se traduire dans l'article 4 du Projet de loi de finances pour 2014, où l'on revient partiellement sur ces exonérations fiscales. Je m'honore d'avoir été le premier à dénoncer ce genre de choses et j'avoue être particulièrement heureux qu'elles connaissent un début d'application.

En poursuivant ce développement, j'arrive à l'accord (ANI) du 11 janvier 2013. Cet ANI m'a laissé perplexe car il s'agissait d'un accord dans le domaine du droit du travail, avec 19 articles, dont les articles de 2 à 19 consacrés à ce sujet là. Et puis l'article 1 est arrivé en disant que seraient généralisés, non pas la complémentaire santé, mais les contrats collectifs. J'avoue avoir trouvé cela invraisemblable. Si l'ANI et la loi de sécurisation de l'emploi qui en a découlé est effectivement mis en place, cela représente une charge de 2 à 2,5 milliards d'euros pour les finances sociales de la sécurité sociale et de l'Etat, toujours par le biais de ces exonérations fiscales et sociales. J'ai été d'autant plus surpris que dix jours plus tard, le 21 janvier, le Premier ministre préside la conférence nationale sur la pauvreté, où l'on décide une revalorisation très importante du plafond de la CMU-C et de l'ACS. Cette revalorisation est entrée en vigueur au 1er juillet 2013 et fait remonter le plafond au niveau du seuil de pauvreté - 963euros/mois pour une personne seule - pour un coût de 250 millions d'euros. Je n'ai pas pu m'empêcher dans un éditorial de faire le parallèle, dans un rapport de 1 à 10, entre ces 250 millions d'euros du plan pauvreté et ces 2,5 milliards d'euros qui venaient d'être décidés 10 jours plus tôt dans l'ANI... J'ai été stupéfait avec l'article 1 de l'ANI et de la loi dans le sens où l'on généralise les contrats collectifs, c'est-à-dire qu'on bascule en réalité 4 millions de personnes qui ont déjà un contrat individuel vers des contrats collectifs, qu'on récupère seulement

400.000 personnes qui sont salariés mais qui n'ont pas de contrats ... mais que derrière, il nous reste 2,5 à 3 millions de personnes qui n'ont pas de complémentaires santé et qui sont les grands oubliés de l'ANI : les retraités, les chômeurs de longue durée, les jeunes, les précaires, etc. Toutes ces populations ont été complètement zappées, ce que je n'ai pas compris et ce qui m'a quelque peu choqué.

*« ...il nous reste 2,5 à 3 millions de personnes qui n'ont pas de complémentaires santé et qui sont les grands oubliés de l'ANI : les retraités, les chômeurs de longue durée, les jeunes, les précaires, etc. »*

A l'époque où j'allais devenir actuaire, on m'a appris les fondements même des techniques de l'assurance. Dans ces fondements de l'assurance, il y a deux choses que j'aimerais rappeler :

- Premièrement : qu'est ce qu'une assurance ? C'est se prémunir contre la survenance d'un événement dont on ne serait pas en mesure de supporter les conséquences financières. Je ne vous cache pas que je me pose des questions sur le remboursement par une complémentaire santé de 0,17 euros le ticket modérateur pour un cachet d'aspirine. Même pour un SDF, j'ai des doutes sur le fait qu'on ne puisse pas en supporter les conséquences financières.
- Deuxièmement : on assure un risque, on n'assure pas une consommation. Lorsque quelqu'un fait un acte de santé – achat d'une paire de lunettes, par exemple – on est à la limite de la consommation. La caricature absolue, c'est l'affaire des yaourts Danone : une complémentaire santé a eu l'idée de créer un contrat dans lequel, pour d'obscures raisons bucco-dentaires, elle remboursait l'achat des yaourts. J'avoue que cela m'a laissé rêveur...

Bien sûr, il faut rendre les complémentaires santé intelligentes, utiles, efficaces vis à vis de la sécurité sociale. Rappelez-vous de la visite non médicalement justifiée, que la sécurité sociale disait à l'époque ne vouloir rembourser qu'au prix d'une visite normale ; si une complémentaire santé dit prendre en charge la visite à son tarif, elle casse la logique d'action de la sécurité sociale. Il est donc évident qu'il faut une articulation AMO – AMC pour éviter que l'AMC vienne nuire au fonctionnement de la sécurité sociale. On peut se poser de la même façon le problème des médicaments déremboursés. Je prends également l'exemple des vignettes bleues : la sécurité sociale rembourse en blanc 65%, la complémentaire 35% ; le médicament est considéré comme peu efficace, la sécurité sociale passe alors à 35% ... et les complémentaires passent très souvent à 65%. C'est identique pour le 85%/15% des vignettes orange. Je n'arrive donc pas à comprendre comment une complémentaire peut augmenter sa part de remboursement dans des proportions considérables alors même qu'on vient de lui expliquer que c'était inutile voire dangereux.

J'en arrive au problème des contrats responsables. A titre d'exemple, il y a un type de contrat qu'on appelle les contrats hospitalisation pure, qui sont des contrats très utiles et très responsables. La plupart des gens n'en ont que faire d'être remboursé 0,17 euro sur un cachet d'aspirine. En revanche, s'ils se retrouvent confrontés à des grosses dépenses, en hospitalisation par exemple, et même en complémentaire, ce sont des contrats utiles. Il y a donc un vrai problème sur la définition des contrats responsables.

*« ...ne définissons pas des contrats responsables, prenons le problème en sens inverse pour définir des contrats irresponsables. Ces contrats irresponsables devraient ne bénéficier d'aucune exonération fiscale et sociale, voire être taxés et pénalisés. »*

Mon discours est donc extrêmement simple : ne définissons pas des contrats responsables, prenons le problème en sens inverse pour définir des contrats irresponsables. Ces contrats irresponsables devraient ne bénéficier d'aucune exonération fiscale et sociale, voire être taxés et pénalisés. Pourraient être définis contrats irresponsables ceux qui prennent le Cs au-delà d'un certain

*« Nous sommes donc dans les premiers balbutiements d'une redéfinition, d'une remise en place des complémentaires. »*

montant, une couronne dentaire à 1500 euros, une consultation d'un spécialiste à 200 euros, etc. Ceux-ci sont des contrats irresponsables et même – pour reprendre l'expression de Michel Régereau – des contrats « pousse au crime ». Comment voulez-vous réguler les dépassements d'honoraires s'il existe de tels contrats « pousse au crime » ? Il faut les pénaliser, et ce toujours dans la même optique de permettre l'accès aux soins, et particulièrement aux plus pauvres et aux plus démunis car ce sont ceux-là qui ont véritablement besoin d'une complémentaire. Je ne suis pas convaincu que les complémentaires qui prennent en charge des dépenses soient véritablement utiles pour les personnes de très hauts revenus. Il y a des systèmes que l'on appelle de l'auto-assurance, à chacun de réfléchir sur ce point là.

Nous sommes donc dans les premiers balbutiements d'une redéfinition, d'une remise en place des complémentaires. On avance, le projet de loi de financement de la sécurité sociale aborde les contrats responsables. Ce qui m'a frappé, c'est que je n'ai jamais vu un PLFSS qui renvoie autant à des décrets d'application. Le tout maintenant pour ces décrets d'application sera de respecter les principes que je viens d'énoncer puisque, même si je plaide davantage pour ma chapelle, c'est-à-dire les très pauvres, je pense qu'il y a toute une partie de la population qui a besoin qu'on les aide. ■





## Table ronde 1 : Le point de vue des opérateurs

**Michel Régereau**  
Président du Conseil  
de la CnamTS



*« Il paraîtrait que la sécurité sociale ne couvrirait que 50% des dépenses de soins à la population. Or, les chiffres de l'AMO n'ont pas tellement évolué entre 2007 (76,3 %) et 2012 (75,5 %), ils restent autour de 75 %, »*

*« Il est bien sûr essentiel d'avoir une complémentaire pour avoir accès aux soins, y compris pour une hospitalisation. »*

La question de savoir sur ce qui va se passer ces dix prochaines années suppose déjà que l'on soit d'accord que ce qui va se passer aujourd'hui. Et comme je suis effaré sur ce que je lis et j'entends, j'aimerais tout d'abord faire quelques rappels.

Il paraîtrait que la sécurité sociale ne couvrirait que 50% des dépenses de soins à la population. Or, les chiffres de l'AMO n'ont pas tellement évolué entre 2007 (76,3%) et 2012 (75,5%), ils restent autour de 75%, et je pense que cette part augmentera en 2013. On a complètement oublié ce qui va être versé cette année aux médecins au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique. Il y a un certain nombre de choses qui changent et il ne faut pas toujours dire que la sécurité sociale diminue.

Mais plus important encore que cette question de diminution – bien qu'il soit vrai que des diminutions peuvent engendrer des restes à charge importants pour la population – c'est de se dire que la sécurité sociale gère la solidarité nationale. Dans cette solidarité nationale, l'accent est mis sur la partie hospitalière (plus de 90%), puis l'ambulatoire et les médicaments. Si l'on prenait les choses inutiles prises en charge par les complémentaires et les ménages, la part du reste à charge diminuerait évidemment. Sur les soins optiques et dentaires, il y a un vrai problème de tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, même si là aussi – ou là surtout – il y a des abus au niveau des tarifs. On voit toutefois bien que dans la prise en charge hospitalière (90% pour l'AMO), les familles ont encore 3,2% de reste à charge. Or, sur des sommes importantes, cela fait des restes à charge importants. 3% de 5000 euros fait par exemple beaucoup plus que 20% de 200 euros...

L'AMO fait donc de la solidarité nationale et les complémentaires organisent une mutualisation qui peut être géographique ou professionnelle, cette mutualisation n'étant pas non plus nationale puisqu'il n'y a pas de convergence ni de coordination entre les différentes caisses, les différentes branches, les différents contrats.

Il est bien sûr essentiel d'avoir une complémentaire pour avoir accès aux soins, y compris pour une hospitalisation. Est-ce qu'il faut pour autant partager au premier euro ? C'est une question qui revient régulièrement et qui mérite d'être posée. Dès qu'on fait basculer de l'un sur l'autre, on est sur des sommes considérables. Par exemple : si on transférait 5% des personnes en affections longue durée vers les complémentaires, les dépenses seraient de 3,7 milliards, les cotisations des complémentaires augmenteraient alors de 18%. Si on faisait passer tout un tas de choses qu'on entend ces derniers temps vers les complémentaires, les cotisations des complémentaires pour même augmenter jusqu'à 53%. Il faut donc bien être conscient qu'on n'est pas du tout dans le même ordre d'idées et que ce n'est donc pas cette piste qu'il faut retenir.

La solution pour moi se trouve dans comment on organise cette solidarité nationale et dans l'organisation des soins entre l'AMO et les complémentaires. Tant que nous étions principalement dans un système d'actes, il était facile de répartir en pourcentages. Demain, si nous voulons organiser le système de soins, nous devons aller vers la construction de parcours de soins

et rémunérer la qualité et des objectifs de santé publique. La question se pose alors de comment se fait cette articulation et ce partage de financements.

Ce sujet est aussi un de ceux qui est en débat pour le PLFSS, celui de savoir comment les complémentaires interviennent dans le cadre de la maîtrise des dépassements d'honoraires. L'Unocam, dans l'avenant 8 de l'accord avec les médecins, s'est engagée à verser 150 millions d'euros pour favoriser le respect des tarifs. Sauf à créer une taxe, comment fait-on pour trouver cet argent ? Si les complémentaires sont d'accord avec l'AMO, il faut favoriser la qualité, les professionnels qui respectent les tarifs de base et qui ne font pas dépassements, et s'interroger sur comment les uns et les autres on intervient au bout financièrement. Je rappelle que l'action principale pour que les médecins restent en secteur 1 est la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé. Cette prise en charge est totalement prise en charge par l'AMO et il n'y a rien pour les complémentaires. C'est donc aussi important de savoir si l'on est d'accord sur les objectifs mais également sur la manière de financer pour atteindre ces objectifs, comment on privilégie l'organisation du système, comment peser sur l'organisation des soins.

*« Est-ce que ce sont les professionnels de santé qui vont organiser les contrats à leur avantage ou est-ce que nous allons nous organiser pour avoir des contrats, responsabilité obligatoire - responsabilité complémentaire, qui organisent le système de soins dans le sens de la qualité ? »*

Est-ce que ce sont les professionnels de santé qui vont organiser les contrats à leur avantage ou est-ce que nous allons nous organiser pour avoir des contrats, responsabilité obligatoire - responsabilité complémentaire, qui organisent le système de soins dans le sens de la qualité ? Aujourd'hui, il faut regarder ce qui se passe aux Etats-Unis : c'est le système *Medicare – Medicaid*. Ce sont les professionnels de santé qui fixent les tarifs et les complémentaires, qui sont en concurrence totale, payent et les tarifs de cotisations augmentent. Ceci explique aussi pourquoi les Etats-Unis payent 4 points de PIB de plus que nous pour la santé pour un système moins égalitaire et moins efficace.

Il faut aussi que nous réfléchissions pour dire que le rôle de la sécurité sociale est de favoriser les personnes les plus malades (ALD, hospitalisation) et celles aux plus bas revenus (CMU-C, ACS, y compris les aides supplémentaires des caisses de sécurité sociale pour l'acquisition des contrats complémentaires). Dans un même temps, il faut aussi que nous réfléchissions ensemble sur ce qui se passe pour les autres afin de ne pas tomber dans le système américain et avoir un vrai système socialisé qui couvre l'ensemble de la population. ■

**Joseph Deniaud**  
Président d'Harmonie  
Mutuelle



*« la négociation entre les partenaires sociaux en début d'année – bien qu'on puisse discuter du contenu – a eu au moins un effet choc : le débat de la santé et de la protection sociale s'invite enfin dans le débat public. »*

*« la généralisation ne doit pas s'exonérer du débat sur la réduction des dépenses de santé. »*

En remarques préliminaires, j'aimerais d'abord souligner qu'il y a une absence de régulation collective sur l'ensemble du système de santé. Et les problèmes des complémentaires doivent rentrer dans l'ensemble des réflexions du système de santé. En effet, il est aujourd'hui assez généralement reconnu que chacun a besoin d'une complémentaire pour se soigner.

S'il est vrai que la sécurité sociale ne diminue pas sa prise en charge, elle redéploie toutefois de manière assez différente ses remboursements et nous sommes sur un renforcement de la prise en charge des ALD – ce qui consécutif aussi certainement à une situation réelle des besoins de santé. En revanche, dans le secteur du soin ambulatoire, il y a incontestablement pour les complémentaires une matière assurable qui progresse. Cela progresse également parce qu'il y a quelques transferts et de la prise en charge au-delà du ticket modérateur.

Il me satisfait d'une chose : la négociation entre les partenaires sociaux en début d'année – bien qu'on puisse discuter du contenu – a eu au moins un effet choc : le débat de la santé et de la protection sociale s'invite enfin dans le débat public d'une manière beaucoup plus importante que dans le passé. Il fait émerger des sujets qui étaient enfouis sous le tapis et qui sont utiles, la question de contrats collectifs/contrats individuels en est un exemple. L'ensemble des acteurs est d'accord pour

dire qu'il faudrait qu'on s'en occupe, le débat public est lancé. Je pense qu'il y a encore deux ou trois ans, nous aurions dit que la santé était un sujet qui n'était pas pris en charge par les acteurs de la société publique.

Si l'on aborde pleinement les questions posées par la généralisation, je peux dire que quand le débat sur l'ANI est arrivé, nous l'avons appréhendé d'une manière pragmatique. Nous avons également eu des réflexions pour savoir si c'était une bonne chose ou non. Nous étions d'accord pour dire que c'était un acte de participation à la généralisation de la complémentaire santé, mais qu'il ne s'agissait pas de la généralisation totale de la complémentaire santé. Cela laisse effectivement beaucoup de choses à régler que l'accord ANI ne réglera évidemment pas.

La discussion autour des clauses de recommandation/cloauses de désignation est un débat qui n'est pas tout à fait fini puisqu'il va se développer à travers des décrets dont on ne sait pour le moment pas vraiment ce qui va en sortir. Ce débat a tout de même révélé les questions de solidarité, de mutualisation. On sait très bien que pour avoir de la mutualisation, il faut que ce soit une approche groupée. La négociation de branche est effectivement un vecteur possible de notre point de vue.

Par ailleurs, la généralisation ne doit pas s'exonérer du débat sur la réduction des dépenses de santé. La question qui s'invite dans le débat public est en effet la question de la recette (solvabilité), mais pas réellement celle de la dépense de soins et de santé. Nous sommes aujourd'hui incapables de réguler le système de santé et n'avons pas les outils pour. Tous les financeurs et les acteurs publics n'ont pas avancé sur ce point de vue (gestion du risque). Nous, les complémentaires, et plus

exactement dans la mutualité, sommes encore en train de nous battre pour savoir si c'est utile que nous ayons des réseaux, alors que nous devrions nous intéresser à sa réalisation possible et au succès que cela peut avoir. Or, dès qu'on pose ces questions là sur la place publique, cela met le feu aux poudres.

Les jeux des acteurs sur les questions de santé, en dehors d'être conflictuels, n'aboutissent jamais à des compromis satisfaisants. Nous avons donc une responsabilité collective, avec une certaine difficulté, entre le régime obligatoire et les complémentaires à faire en sorte

de se positionner sur une position cohérente, tant à la fois dans l'acte de négociation que dans la capacité à analyser les données de santé.

*« En tant qu'opérateur-acteur, nous avons des propositions concrètes à faire sur le système de santé. »*

Nous sommes des acteurs de la généralisation, et non pas seulement des opérateurs. Si l'on veut nous placer au bout de la course en nous demandant uniquement de faire une proposition qui va convenir pour gérer le contrat, cela ne sera pas suffisant. En tant qu'opérateur-acteur, nous avons des propositions concrètes à faire sur le système de santé, à tel point que nous faisons

le choix dans le monde de la mutualité d'être intervenants non seulement en assurance, mais aussi en offres de soins et de services, sous l'angle du conventionnement – qu'on nous refuse encore – et en intervenant dans ce qu'on appelle « être gestionnaire direct » d'une offre de soins. Nous pensons avoir la capacité de peser sur cette offre de soins. Autrement dit, peut-on imaginer des complémentaires santé qui ne soient pas vues seulement sous l'angle de leur capacité à prélever une cotisation auprès de leurs adhérents et à la gérer au mieux, mais en tant que complémentaires santé qui peuvent être appréciées comme des acteurs pouvant intervenir dans le champ de la santé. Jusqu'à maintenant, personne ne peut trop se prévaloir d'avoir obtenu beaucoup de succès dans le domaine. ■

Serge Brichet  
Président de la Mgefi



« ...les assureurs mutualistes complémentaires, [...] sont des assureurs paradoxaux, dans la mesure où plutôt que de défendre leur pré carré et leurs chiffres d'affaires, ils se battent d'abord et avant tout pour la défense du régime obligatoire. »

« ...la généralisation introduite par l'ANI a été faite dans le mauvais sens : il aurait d'abord fallu définir le contenu du contrat solidaire et responsable avant d'envisager une généralisation... »

Je voudrais dans un premier temps formuler un certain nombre de remarques préalables, notamment suite au discours de Monsieur Chadelat qui a taclé les assureurs complémentaires, dont je fais partie en tant que mutuelle.

Il convient de noter que les assureurs mutualistes complémentaires, que nous représentons ici, sont des assureurs paradoxaux, dans la mesure où plutôt que de défendre leur pré carré et leurs chiffres d'affaires, ils se battent d'abord et avant tout pour la défense du régime obligatoire. Dans le même temps, nous sommes des assureurs complémentaires pragmatiques qui avons bien conscience que le régime obligatoire ne suffit pas pour accéder aux soins de qualité ; de ce fait, il nous faut proposer une couverture complémentaire digne de ce nom.

Par ailleurs, nous estimons à la Mgefi et à la MFP que la généralisation introduite par l'ANI a été faite dans le mauvais sens : il aurait d'abord fallu définir le contenu du contrat solidaire et responsable avant d'envisager une généralisation - qui n'en est pas une d'ailleurs et qui va surtout transférer partiellement des contrats individuels vers des contrats collectifs.

Un des problèmes qui se pose derrière est qu'il restera toujours sur la route des catégories de la populations qui ne seront jamais aidés fiscalement pour accéder à une couverture complémentaire : les étudiants, les chômeurs, les retraités... et j'ajouterais même modestement les fonctionnaires. Aujourd'hui, 50% de la population, qui comme toute la population doit disposer d'une complémentaire pour accéder à des soins de qualité, ne bénéficie d'aucune incitation fiscale pour pouvoir accéder à cette couverture complémentaire santé. Je connais personnellement dans la fiscalité un certain nombre de dispositifs pour « aider à », mais quel dispositif existe-t-il aujourd'hui pour aider à quelque chose d'aussi essentiel que la complémentaire santé, en tout cas pour la moitié de la population de ce pays ?

Concernant l'articulation régime obligatoire et régimes complémentaires, je dirais qu'elle est indispensable, à condition que celle-ci ne soit pas un contrat léonin, c'est-à-dire qu'il y ait pas un acteur qui impose à un autre ce qu'il ne veut pas prendre en charge. De notre point de vue, s'il y a une articulation, une coopération, un partenariat – on met le mot que l'on veut – il faut que cette articulation se définisse d'abord et avant tout dans une logique de prise en charge de la santé plus que les soins, c'est-à-dire en amont, pendant et en aval du risque. Un partenariat intelligent entre régime obligatoire et régime complémentaire consiste à expertiser et financer ensemble autant des démarches de préventions que des démarches de soins et des démarches plus lourdes lorsqu'on est dans l'accompagnement de la santé, notamment en fin de vie.

Je comprends bien que l'on se place ici sur un débat essentiellement sur la santé. Mais si l'on veut faire bénéficier à nos concitoyens d'une bonne couverture sociale, nous devons aussi opter pour une définition de la santé dans sa conception la plus large : nous devons y inclure non seulement le soin, mais aussi la prévention et les risques lourds. Les textes de loi jamais aboutis sur la prise en charge de la perte d'autonomie doivent nous rappeler aussi à cette réalité. Il y a un lien très étroit entre soins, santé, prise en charge de la perte d'autonomie, et c'est bien une réflexion globale sur ces questions qu'appelle

de ses vœux la MFP.

En tant que mutuelle de fonctionnaires, il me tient à cœur de souligner que les fonctionnaires

*« ...quel dispositif existe-t-il aujourd'hui pour aider à quelque chose d'aussi essentiel que la complémentaire santé, en tout cas pour la moitié de la population de ce pays ? »*

ne sont en aucun cas des privilégiés en matière de prise charge de soins et de santé. Peut être le sont-ils en matière de stabilité de l'emploi, c'est un autre débat, mais certainement pas en matière de soins : ils sont comme tous les assurés sociaux de ce pays. L'employeur qu'est l'Etat n'aide en aucun cas à assurer cette protection et la plupart des fonctionnaires se retrouvent ainsi avec des couvertures facultatives, dont ils organisent eux même les solidarités.

Les questions que j'aimerais poser au travers de ce constat et de l'accord sur la généralisation : quels sont les risques aujourd'hui pour cette population de fonctionnaires? L'ANI représente pour nous un risque de siphonage de nos populations au travers les contrats collectifs et familiaux. Il y a aujourd'hui des fonctionnaires qui organisent librement leur protection et leur solidarité dans un cadre facultatif et qui peuvent être captés par un contrat collectif et familial. A un moment toutefois, la question des ruptures des contrats doit être posée. Que se passe-t-il quand un fonctionnaire est conjoint d'un salarié du privé bénéficiant d'un contrat collectifs – que je ne conteste pas –, que le contrat collectif s'arrête et que le fonctionnaire a été attiré par des dispositifs qui aujourd'hui risquent d'être redoutables pour des mutuelles de fonctionnaires si l'on n'est pas protégés ? Les solidarités ne se décrètent pas, elles s'organisent et se financent.

*« Les solidarités ne se décrètent pas, elles s'organisent et se financent. »*

Quand Monsieur Chadelat se demande quand les complémentaires maladie vont enfin être utiles efficaces et responsables, je pense que nous avons en effet des leçons à apprendre et des actions à mener ; mais l'assurance maladie obligatoire se doit aussi d'être efficace, responsable et utile. Quand l'AMO cessera-t-elle de prendre en charge des médicaments qui ne sont pas utiles sans imposer pour autant aux complémentaires santé de prendre le relais ? La Mgefi a pour sa part décidé d'être responsable en ne prenant pas en charge les médicaments qui ne sont pas utiles.

Enfin, j'aimerais souligner que nous risquons d'entrer dans une grave crise sociale supplémentaire si nous ne prenons pas soins d'organiser une solidarité entre les générations, de l'actif vers le retraité, mais également une solidarité vers les plus jeunes populations. Il nous faut aujourd'hui inverser la solidarité intergénérationnelle ou bien la situation risque de devenir très difficile dans notre pays. ■

**Paul Grasset**  
Directeur général de  
ProBTP



*« Lorsque les partenaires sociaux se mettent autour de la table de négociations à propos de l'ANI, la première question qu'ils ont à se poser est sur les personnes à couvrir : doit-on couvrir le salarié défini par l'ANI ou bien les familles, comme nous l'avons fait depuis 1975? »*

Dans les institutions paritaires, les acteurs sont les partenaires sociaux. Le rôle de l'opérateur est donc de suivre les orientations des partenaires sociaux et d'essayer le moins possible de mettre son grain de sel. La première étape pour un opérateur consiste à attendre que les acteurs aient défini le panier de soins et pour qui.

Sur la retraite, nous existons dans certaines branches du bâtiment depuis 1947 – puisque nous étions la première institution Agirc et que ce sont des professions qui ont travaillé par catégories professionnelles. Ce sont d'abord les cadres qui se sont organisés, puis les employés techniciens agents de maîtrise (1954) et enfin les ouvriers (1960).

La prévoyance a émergé en 1968, avec l'accord du 31 juillet 1968 qui a créé le régime professionnel mutualisé de branche pour les ouvriers : l'accord a créé son propre outil pour mettre en œuvre ce régime en prévoyance.

La santé est enfin apparue en 1975. A l'époque, c'était un régime « simple et rustique », avec 1,5% de cotisations qui voulait apporter une couverture aux salariés ouvriers, pas forcément les mieux lotis.

Aujourd'hui, par son antériorité, l'opérateur que je représente peut constater que sur sa branche professionnelle, les contrats collectifs couvrent autour de 75% de la population concernée. Il y a donc 25% qui masquent 20% de contrats individuels et 5% de personnes pas vraiment couvertes. Quand on se demande donc pour qui est fait l'ANI, c'est donc pour ces 5% - je ne conteste pas non plus que l'ANI va également engendrer de transferts de contrats individuels vers des couvertures collectives. Dans ce contexte, par l'antériorité de l'action, nous couvrons à peu près deux tiers de ces contrats collectifs du BTP

(soit 1,1 millions de personnes). Compte tenu de cette mutualisation, je dirais une des préoccupations est l'équilibre de ces régimes sociaux.

Lorsque les partenaires sociaux se mettent autour de la table de négociations à propos de l'ANI, la première question qu'ils ont à se poser est sur les personnes à couvrir : doit-on couvrir le salarié défini par l'ANI ou bien les familles, comme nous l'avons fait depuis 1975 ? Inclut-on ainsi les personnes déjà couvertes par les conjoints ?

Le panier de soins doit-il par ailleurs être le minimum ou un peu plus que celui défini dans l'ANI, ou bien encore au niveau du panier CMU, qui est une référence ? Les contrats que nous avons dans notre portefeuille sont centrés sur un niveau de couverture qui est « CMU+ », c'est-à-dire légèrement au dessus de ceux de la CMU, avec les difficultés de ne pas avoir les contraintes de la CMU.

Une fois que ces questions auront été traitées dans le cadre de l'accord collectif, nous, les opérateurs, aurons à le mettre en place.

### **Les trois valeurs ajoutées nécessaires pour un opérateur**

Un opérateur comme nous qui se projette et qui veut continuer d'exister demain pour rendre un service doit essayer de répondre à trois préoccupations fondamentales : que puis-je apporter comme valeur ajoutée économique, comme valeur ajoutée en services, comme valeur ajoutée

sociale ? Si on n'arrive pas à répondre à cette trilogie, on ne fait pas dans cette économie solidaire qui réunit les familles mutualistes et paritaires.

➤ **La valeur ajoutée économique.**

*« Un opérateur comme nous qui se projette et qui veut continuer d'exister demain pour rendre un service doit essayer de répondre à trois préoccupations fondamentales : que puis-je apporter comme valeur ajoutée économique, comme valeur ajoutée en services, comme valeur ajoutée sociale? »*

Il s'agit principalement du ratio frais généraux/chiffre d'affaires. A partir du moment où je suis sans but lucratif, ce que je ne mets pas dans les frais généraux, je le mets dans le régime. Donc de fait, si comme nous on se situe à 10% de frais de gestion, cela signifie que 90% est mis dans les garanties. C'est ainsi que l'on peut répondre à la question sur la place pour des acteurs complémentaires. Cette question nous interpelle, nous opérateurs sur les complémentaires santé, puisque le directeur général de la CnamTS a été très clair là-dessus en déclarant que « si vous ne savez pas traiter à un coût raisonnable, moi je sais traiter la complémentaire à un coût raisonnable donc je saurai prendre votre place ».

➤ **La valeur ajoutée services.**

Il s'agit d'abord de l'aspect tiers payant. Nous vivons dans une société où l'on est dans l'immédiateté, je ne vois donc comment nos concitoyens, nos assurés pourraient accepter de communiquer par internet et dans le même temps d'attendre 15 jours un remboursement sur la santé. Nous nous sommes donc tous organisés avec des plateformes tiers-payant pour être dans l'immédiateté la plus complète possible.

L'autre point important est les réseaux de soins. Selon la conception que nous en avons dans le BTP, c'est un outil utile pour réduire le reste à charge pour l'assuré. Dans le trio assuré/ professionnel de santé/ « rembourseurs » (RO et RC), est ce que ce sont l'assuré et le professionnel de santé qui s'allient contre le système RO/RC, ou bien le système qui s'allie avec l'assuré contre le professionnel de santé quand celui-ci veut aller un peu trop loin et qu'on cherche à le limiter. Ce sont des préoccupations que nous avons, et cela un peu tous ensemble.

*« Il y a donc des réflexions à avoir, et notamment avec la CnamTS, sur comment favoriser, encourager des opérations de prévention sur des sujets beaucoup plus larges que les portes feuilles des uns des autres.. »*

Les aspects de prévention sont également des services que nous devons fournir demain car ils font partie de la santé. Mais dans la mesure où les opérateurs sont sur un marché qui est assez éparpillé, la question se pose de la légitimité que chacun aura à prendre à sa charge des opérations de prévention qui vont porter sur des thèmes beaucoup plus larges que les portes feuilles que chacun couvre. Il y a donc des réflexions à avoir, et notamment avec la CnamTS, sur

comment favoriser, encourager des opérations de prévention sur des sujets beaucoup plus larges que les portes feuilles des uns des autres. Cela n'est pas interdit, entre opérateurs, de s'allier sur certains sujets.

➤ **La valeur ajoutée sociale.**

Il s'agit d'essayer d'apporter sa contribution pour combler les trous, l'intergénérationnel avec les retraités en est un élément. La valeur ajoutée économique et la valeur ajoutée sociale sont liées : si j'amène suffisamment de valeur ajoutée économique, je peux dégager des marges de manœuvre au niveau social, pour intervenir sur l'intergénérationnel avec les retraités ou au moins favoriser la



transition de l'actif dans son passage à la retraite, qui par rapport aux contrats collectifs est un point à traiter. Ce n'est pas qu'une question d'intergénérationnel, c'est aussi une question de revenus. On retrouve là les problèmes d'effet de seuil avec la CMU, la CMU-C voire l'ACS.

« ...j'aurais aimé qu'on rappelle qu'aujourd'hui les contrats collectifs supportent un certain nombre de taxes, autour de 13%, entre la CMU-C et la taxe sur les contrats d'assurance. »

Enfin, dans le BTP, la question s'est posée dès 1975 de mettre en place des contrats santé qui prennent en compte les chômeurs. En effet, dans les professions du BTP, la notion de flexisécurité existe depuis toujours, la portabilité des droits pour les chômeurs a donc été mise en place quasiment dès l'origine. Les coûts supplémentaires sont donc intégrés dans nos contrats pour permettre à un assuré au chômage qui était salarié d'avoir une couverture gratuite en prolongation de sa couverture existante, tant qu'il est indemnisé par le chômage, longue maladie, invalidité. Cet argument permet de répondre à une attaque sur les contrats collectifs et l'ANI qui avance qu'on ne se préoccupe pas des chômeurs. Je pense que certaines branches, comme celle du spectacle qui a beaucoup d'analogies avec le BTP, sont également sur ces notions de flexisécurité avec les intermittents et ont pris en compte de la même manière ces éléments là. Tout le monde n'a peut-être pas pris ces dispositions, mais c'est en tout cas une préoccupation qu'un opérateur paritaire peut avoir.

En conclusion, j'aurais aimé qu'on rappelle qu'aujourd'hui les contrats collectifs supportent un certain nombre de taxes, autour de 13%, entre la CMU-C et la taxe sur les contrats d'assurance. Je me garderais de me poser la question où vont les produits de ces taxes. Quand on se pose la question de la redistribution, posons-nous la question de ce qu'on a fait de nos impôts.

« ...la directive détachement, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui, pose un certain nombre de problèmes et est une des plus grandes menaces à mon sens pour la protection sociale. »

Tout cela s'inscrit également dans une réflexion globale sur la maîtrise des déficits. Je pose la question sur le PLFSS 2014, un peu plus orienté sur les contributions pour réduire les déficits : se pose-t-on ouvertement la question de l'assiette sur laquelle ces contributions vont s'appliquer ? Je veux parler par là de la directive détachement, qui, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui, pose un certain nombre de problèmes et est une des plus grandes menaces à mon sens pour la protection sociale. Dans la profession que je sers, je sais évaluer que sur les salariés ouvriers, autour de 150.000 postes de travail ont disparu de ce fait là. Quand vous avez des sociétés d'intérim étrangères qui amènent des travailleurs à 10 euros TTC pour exercer leur activité 70 heures/semaine, cela s'appelle pudiquement « les offres anormalement basse » ou « la concurrence déloyale ». En réalité, on peut augmenter les taux de contributions, mais si l'assiette diminue car il y a de moins en moins de salariés et qu'on les a plus au chômage qu'en activité, je crains que nos systèmes de protection sociale soient très rapidement en difficulté. ■

## Débats de la Table ronde 1 : Le point de vue des opérateurs

---

Pierre Cellot  
Klésia

On a pu voir finalement que le complémentaire s'est assez peu substitué au régime général, qui a assez peu bougé, et qu'il est resté beaucoup à charge pour les familles. On peut en conclure que la progression du secteur complémentaire dans les accords collectifs s'est fait davantage pour monter en hauteur de gamme sur les formules santé. Est-ce que cette généralisation de la santé par la voie collective n'est pas une occasion offerte pour aller sur la régulation des dépenses de santé ? Au risque de déplaire à certains, je pense en tant que citoyen que malheureusement l'intervention de la puissance publique sur le régime général n'a pas permis d'obtenir ce qui a été l'objectif, et cela dès les ordonnances de 1967. Est-ce que le paritarisme complémentaire, qui a fait la preuve sur la retraite complémentaire qu'il était capable de maîtriser sa promesse sociale sans recours à la puissance publique, sans recours à l'emprunt, en appliquant sa règle d'or, n'a-t-il pas une formidable opportunité de montrer sa capacité de réguler les dépenses de santé et d'obtenir ce que d'autres, à cause d'ingérence extérieure, n'ont pas pu obtenir ?

---

Paul Grasset

Tout d'abord, le rôle de complémentaires est surtout hors hôpital. Le régime obligatoire s'occupe principalement des ALD, et sur le reste, la prise en charge est autour de 50/50 entre régimes obligatoires et complémentaires.

Deuxièmement, le problème des maîtrises des dépenses de santé est trop complexe pour être l'affaire d'un seul opérateur. Chacun l'a dit à sa façon, mais actuellement de mon point de vue personnel, c'est un peu trop « deux pas en avant, trois pas en arrière ». C'est-à-dire qu'à certains moments la CnamTS ouvre le jeu, puis le referme à d'autres moments. On pensait donc qu'elle allait nous ouvrir des données de santé, on a essayé de s'organiser et fait des investissements informatiques pour être prêts, puis le jeu a été refermé. Il y a des choses à faire, mais il faut qu'il y ait une vraie concertation et coopération entre les opérateurs et les acteurs, sans quoi cela restera un vœu pieux. Selon moi, le parallèle avec la retraite complémentaire ne tient pas : bien sûr, la retraite complémentaire est complémentaire d'un régime général, mais il s'agit de deux systèmes totalement différents - en points pour la complémentaire, en annuités pour le régime de base - alors qu'en santé, le régime de base fixe un peu les règles du jeu. Il y a certes les jeux d'acteurs, mais si on s'entend entre nous sur la maîtrise des dépenses de santé, il faut qu'on puisse réellement travailler ensemble.

---

Jean-Marie Spaeth

Sur l'Arrco - l'Agirc, il n'y a certes pas de parallélisme à faire sauf qu'une loi d'harmonisation juridique a, à un moment donné, transformé la caisse de compensation qu'était l'Arrco en un régime unique.

---

Jean-Claude  
Angoulvant  
Consultant

Jean-François Chadelat a rappelé que nous raisonnions en assureur et que l'assurance est celle d'un risque. La prévention, la réparation est le suivi d'un risque. Or, il y a une dimension qui ne me semble pas suffisamment prise en compte, c'est que la notion de santé est entrain de changer de nature et de plus en plus vite. La santé est de moins en moins réduite à un contrat de réparation, mais de plus en plus dans une logique de production. Des innovations technologiques s'accroissent et l'état de santé n'est plus considéré comme quelque chose de naturel mais comme un arte-

fact, puisque le vieillissement est déjà classé comme une maladie et que les médecins ont comme charge d'éradiquer les maladies, et donc le vieillissement. Il va donc bien falloir affronter et préparer cette espèce de déchirure entre ce qui relève de la réparation, qui devrait être inclus dans un contrat d'assurance et dans la gestion d'un risque, et le financement d'un état artificiel de nature.

---

**Bernard Daeschler**  
CGT

J'ai assisté récemment assisté à un séminaire qui nous disait que tout ce qui avait été construit intelligemment entre les partenaires sociaux en un demi-siècle de temps était en train de s'écrouler. Il y a pourtant des choses qui fonctionnaient bien en cohésion entre les employés et les employeurs. On nous dit aussi que nous sommes en plein dans la tourmente, avec au cœur des questions qu'il nous faut organiser des soins de qualité, pour tous, au meilleur prix... et ceci n'est pas simple. Je considère qu'il y a un grand manque autour du régime général. Monsieur Régereau a dit qu'il fallait travailler à organiser une gestion vertueuse entre AMO et AMC, c'est certain, mais quand on voit les difficultés rencontrées au sein de l'Unocam, créé en 2004, on réalise que le partenariat public-privé est difficile voire impossible. Il nous faut pourtant aborder cette question même s'il y a une espèce de mur.

A la CGT, nous n'avons jamais lâché et nous allons relancer la bataille sur le régime de base, notamment à propos de son périmètre d'intervention et de ses besoins de financement. Et tout cela est en lien direct avec la grande bataille contre le coût du capital. En effet, on nous parle toujours des problèmes autour du coût du travail, mais qu'en est-il du coût exorbitant du capital ? Quand Monsieur Chadelat dit qu'il est un acteur au service des plus pauvres et des précaires, personne n'en doute, ses écrits en témoignent, mais je crois qu'il faut encore aller plus loin.

---

**Michel Régereau**

Je vous ai présenté certains tableaux car j'en ai assez qu'on peigne tout en noir et que l'on dise que tout va de plus en plus mal. Nous avons un vrai problème d'organisation, mais même si, lorsqu'on regarde la dépense aujourd'hui, sans la dette que l'on a à payer, les prélèvements couvrent les dépenses d'assurance maladie en totalité. Si on rajoutait la CRDS, on serait à l'équilibre. Aujourd'hui nous payons les erreurs du passé, essayons de ne plus en faire pour pas que cela se produise car il faut bien rembourser la dette un jour, et donc nous la remboursons maintenant.

Par ailleurs, il faut bien organiser le système de soins et je le dis et le redis, l'assurance maladie obligatoire prend sa part. L'assurance maladie, c'est un conseil, c'est une direction, c'est le gouvernement/parlement. Sur les médicaments à 15%, le conseil de la CnamTS a donné un avis défavorable à la vignette orange à 15%. Le gouvernement et le parlement ont légiféré, cela a été décidé. Donc nous essayons au niveau du Conseil de dire que nous travaillons aujourd'hui sur les parcours de santé, et quand on demande quand est-ce que l'assurance maladie va arrêter de rembourser ce qui n'est pas utile, je réponds que c'est à la haute autorité de la santé de dire quels sont ces médicaments et à partir de là, il faut les retirer du remboursement et que les complémentaires ne les prennent à la place. Mais il faut aller plus loin au niveau de l'organisation du parcours de soins. Il y a des parcours de soins qui ne sont pas utiles, d'autres sont redondants avec des actes qui sont faits en double. Comment voulez-vous qu'en région PACA où il y a 9 fois plus d'infirmières que dans le centre de la France, ces infirmières vivent sans faire des actes « redondants » ? Il y a également deux fois plus de médecins en PACA que dans la moyenne nationale. C'est donc dans l'organisation du système de soins qu'il faut agir, et l'assurance maladie ne reste pas l'arme au pied : dans le dernier rapport Charges et Produits que nous avons adopté en juillet pour préparer le PLFSS 2014,

les propositions de moindres dépenses, pas sur le dos des assurés mais sur l'organisation du système, correspondent à 2,48 milliards d'euros. Il y a toute une palette très large : cela passe par les génériques, la baisse du prix de certains actes – grâce à des nouvelles technologies qui ont permis des gains de productivité – la baisse sur certains prix de médicaments, l'organisation, les actions en direction de l'autonomisation du patient, etc.

*« L'organisation des soins nécessite un vrai partage des données de santé que je qualifierais de « ni bunker, ni libre service ». »*

Michel Régereau

L'organisation des soins nécessite un vrai partage des données de santé que je qualifierais de « ni bunker, ni libre service ». Aujourd'hui, depuis l'affaire du Médiateur, l'assurance maladie a montré qu'à partir de ces données, elle peut connaître et analyser les soins et nous passons à une étape

supplémentaire en essayant de reconstituer des parcours pour voir comment sont pris les parcours de soins et s'il y a des écarts dans la manière dont les patients sont traités. Ce n'est pas à moi de dire quelle est la bonne pratique professionnelle, mais nous avons l'exigence de poser la question à la Haute autorité de santé : dans certains cas, ce n'est pas assez bien fait ; dans d'autres, cas il y a des actes inutiles. C'est autour de cela qu'il faut nous concentrer pour l'avenir.

En définitive, j'insisterais sur le fait que l'assurance maladie a pour rôle premier d'organiser la solidarité nationale car aujourd'hui personne, ni même les cadres supérieurs, ne peut se payer un traitement anticancéreux ou contre le Sida pendant des années.

---

Joseph Deniaud

Tout d'abord, je ne suis pas quelqu'un qui va attaquer le régime général, j'ai seulement parlé de « redéploiement » dans la dépense, mais pas en masse. D'autre part, je suis favorable à ce que les partenaires sociaux soient des fabricants de la norme. Je pose cependant la question de la place d'acteurs mutualistes qui sont les représentants de membres qui eux adhèrent à une mutuelle et en quoi ils ont une voix, probablement pas pour définir la norme, mais certainement pour intervenir dans le champ de l'accès et de l'organisation des soins. Ce sont des choses à réfléchir entre opérateurs, acteurs, qui édictent la norme, le contrat, etc. Je suis un fervent défenseur du contrat, c'est pourquoi je suis très satisfait que les partenaires sociaux se soient mis autour de la table pour parler de la protection sociale et de la santé.

Par ailleurs, à propos de l'articulation AMO et AMC, je ne pourrai pas dire que l'Unocam est un franc succès. Pour autant je vois bien que la discussion est difficile puisqu'elle porte sur l'organisation du système de santé, qui répond à des situations nouvelles. La question se pose souvent de savoir si le besoin n'a pas changé et quand on a 15 millions de personnes qui ont une maladie chronique et que notre système refuse de reconnaître des maladies chroniques, cela est inadapté. Il y a également aujourd'hui dans la vie des gens des choses qui ont changé : les ruptures professionnelles, mobilités géographiques, ruptures familiales, etc. Nos systèmes n'ont

*« Aujourd'hui, seule la loi peut régenter le pays, mais il y a trop d'Etat et cet Etatisme va nous tuer. »*

Joseph Deniaud

pas su évoluer au rythme des évolutions de la société. Nous-mêmes, les complémentaires santé, nous interrogeons sur le fait que nous offrons des garanties qui ne couvrent pas la vie : nos adhérents un jour peuvent être chômeurs, puis professionnels avec contrat collectif, puis retraité, puis divorcé, etc. Comment en tant que complémentaire santé pouvons-nous apporter des réponses à chacune de ces situations ?

Sur la question des plus démunis, il y a des débats autour de la CMU, l'ACS, etc. Chez Harmonie et nos mutuelles professionnelles, nous avons mis une offre disponible pour l'ACS, et comptons aujourd'hui 6.300 adhérents. Parallèlement à cela, alors que les acteurs du terrain arrivent à peu

près à se mettre d'accord sur l'ACS, le PLFSS dit finalement qu'il y aura appel d'offre. Aujourd'hui, seule la loi peut régenter le pays, mais il y a trop d'Etat et cet Etatisme va nous tuer. Quand les acteurs de la vie publique se mettent d'accord, l'Etat n'a pas de difficulté à venir enlever la capacité des acteurs à négocier, il en a beaucoup plus pour réguler. Je me satisfais donc que le débat public ait lieu, mais il faudrait aller plus loin et chacun a sa place à y prendre.

Serge Brichet

Tous les échanges ont été particulièrement instructifs et constructifs puisqu'il s'agit là de la démarche qu'il faudrait avoir : discuter ensemble. Il manque peut-être à nos discussions les professionnels de santé avec qui il est important de réfléchir à l'avenir car sans eux, on ne fera pas de politiques de santé.

*« Il manque peut-être à nos discussions les professionnels de santé avec qui il est important de réfléchir à l'avenir car sans eux, on ne fera pas de politiques de santé. » Serge Brichet*

Je pense que malgré tout dans ce pays nous souffrons encore de la définition plus concrète d'une vraie politique de santé qui me paraît encore balbutiante, et peut-être d'un vrai débat derrière à compléter puisqu'on a parlé de l'offre de soins et de la demande – d'ailleurs c'est miraculeux que le système de sécurité sociale ait résisté aussi longtemps : une offre qui est libérale et une demande socialisée, je ne connais pas un système dans aucun pays qui aurait pu résister à un système si paradoxale. Et puis une des questions importantes est le financement puisqu'il faut aussi un débat sur ces couvertures et la protection sociale. ■

*« ..le parallèle avec la retraite complémentaire ne tient pas : bien sûr, la retraite complémentaire est complémentaire régime général, mais il s'agit de deux systèmes totalement différents [...] alors qu'en santé, le régime de base fixe un peu les règles du jeu. » Paul Grasset*



## Table ronde 2 : Le point de vue des décideurs

Véronique Descacq,  
Représentante CFDT



La CFDT a voulu à l'origine aborder la sécurisation des parcours professionnels car cela avait déjà été un débat dans la négociation sur les marchés du travail en 2008. Cette fois-ci, nous voulions plus fortement montrer que pour accompagner les salariés dans les mutations en cours dans notre système productif, il existait un réel enjeu de sécurisation et que l'accès à la santé participait fortement à sécuriser ces parcours professionnels. Cet accès aux soins était donc le deuxième point important pour nous car nous voyons qu'il recule, du fait que l'assurance maladie obligatoire s'est essentiellement concentrée sur la prise en charge de traitements pour les maladies chroniques.

Notre constat, qui partait d'une étude de la Cour des comptes notamment, était donc que non seulement l'accès aux soins recule, mais en plus il est inégalitaire en fonction de la situation dans laquelle on est par rapport au travail - si on a un emploi ou pas, si on est dans une grande ou petite entreprise, ou encore dans une entreprise qui a décidé de beaucoup investir dans une complémentaire santé ou non. Cette généralisation devait donc se faire d'abord dans l'entreprise puisque c'était le but de cette négociation de branche. Mais dans l'esprit de la CFDT, il y a toujours eu l'idée que cette généralisation était une première étape qu'il fallait ensuite consolider dans une seconde étape en constituant un « deuxième étage » de santé pour permettre l'accès à tout le monde et réguler le système. Dans le panier revendicatif de la CFDT au début des négociations, il y avait d'ailleurs non seulement la généralisation par la négociation de branches, mais aussi l'idée d'un panier responsable. On ne peut pas vraiment appeler cela un panier responsable puisque nous ne sommes pas le législateur, mais nous souhaitons un panier minimum et un panier maximum pour mettre fin au système où l'on solvabilise tout et n'importe quoi en termes d'offres.

Nous avons aussi pensé que le niveau de la branche était le meilleur niveau et eu toutes les discussions autour des clauses de désignation, de recommandation et quel statut elle devait avoir. Mais au-delà de ces questions, la branche est le niveau de négociation dans lequel on a plus de chances de proposer des garanties qui permettent de solvabiliser le juste soin et de ne pas avoir de dépenses pléthoriques, comme parfois quand les négociations ont lieu dans l'entreprise et que cela est conçu

*« ...dans l'esprit de la CFDT, il y a toujours eu l'idée que cette généralisation était une première étape qu'il fallait ensuite consolider dans une seconde étape en constituant un « deuxième étage » de santé pour permettre l'accès à tout le monde et réguler le système. »*

comme un avantage salarial.

Le troisième aspect sous-jacent dans l'état d'esprit de la CFDT était de ne pas créer une machine de guerre contre la sécurité sociale. Il s'agissait plutôt de prendre acte que, compte tenu de l'organisation du système de soins et des évolutions des dépenses de santé, la sécurité sociale s'est concentrée sur les polyopathologies, les maladies chroniques et le maintien de l'accès aux soins. L'intervention des complémentaires santé, de manière régulée et en articulation avec l'assurance maladie obligatoire, pourrait donc permettre – à conditions de renforcer certaines exigences comme les contrats responsables – de mieux organiser le parcours de soins et peut-être ainsi d'atteindre la sacro-sainte liberté tarifaire. En modifiant le système, il serait aussi peut-être possible d'arriver à lutter contre les déserts médicaux, à parler des réseaux de soins et, en coordonnant mieux l'AMO et l'AMC, de réussir à avoir des actions de prévention plus efficaces. L'expérience que nous avons des régimes de branche pour les complémentaires santé montrait en effet que l'on pouvait faire du travail intelligent et efficace sur les questions de prévention, ce qui laissait penser que généraliser la complémentaire de branche pouvait être un levier pour élargir ces actions, et pourquoi pas ensuite en lien avec la sécurité sociale.

*« ...le deuxième temps de la généralisation devait certes être consacré à définir les contrats responsables, mais aussi à prévoir un fonds de mutualisation, dont on est aujourd'hui très loin. »*

Il y a deux points pour lesquels la CFDT trouve qu'on n'est pas allé assez loin : la question des contrats responsables et comment faire pour généraliser à tout le monde en fonction des revenus. Une de nos revendications dans la négociation était en effet d'avoir des cotisations proportionnelles aux revenus, notamment parce qu'il existait à l'époque une aide fiscale qui était anti-redistributive avec des cotisations forfaitaires. Nous n'avons pas obtenu cette cotisation proportionnelle au revenu pour des raisons opposées, certains arguant dans le patro-

nat que les classes moyennes allaient trinquer, d'autres avançant que cela allait trop ressembler à la sécurité sociale et que l'on n'y comprendrait plus rien. Le résultat est qu'entre-temps, les parlementaires ont supprimé l'exonération fiscale sur les cotisations patronales et les font payer aux salariés en réintégrant dans l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Par ailleurs, le deuxième temps de la généralisation devait certes être consacré à définir les contrats responsables, mais aussi à prévoir un fonds de mutualisation, dont on est aujourd'hui très loin. Cela permettrait aux personnes qui ne sont pas dans l'emploi – les chômeurs de longue durée, les retraités,

*« ...il va falloir que l'on se remette autour de la table pour réfléchir aux suites à donner en bonne intelligence, que l'on prenne un peu de distances avec les logiques de conquêtes de marché et que l'on regarde un peu comment on pourrait revenir à des logiques d'intérêt général. »*

les jeunes en difficulté d'accès à l'emploi – d'avoir une aide en fonction du revenu. C'est pour cette raison que nous nous sommes également investis dans le débat qu'il y a eu ensuite au Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie pour voir comment on matérialisait cette deuxième étape.

Aujourd'hui, nous ne sommes pas satisfaits de la manière dont cela s'organise, d'abord parce que les économies qui sont fait sur la fiscalité de la complémentaire santé ne sont pas entièrement re-routées vers ce fonds. Ensuite, nous pensons que la façon dont est organisée la CMU-C et l'ACS n'est pas satisfaisante, dans la mesure où elles créent des effets de seuil de revenus et ne permettent pas non plus d'avoir un effet sur la sélection par l'âge.

Nous sommes très en attente de pouvoir travailler sur la suite des événements. Il y a le volet financement sur lequel nous continuons à travailler au Conseil de financement de la protection sociale. Mais au-delà de cela, je reste déçue avec ce qui se passe en particulier sur les questions de clauses de désignation. Si je peux me permettre ce message en direction des gestionnaires et des coûts, je pense qu'il va falloir que l'on se remette autour de la table pour réfléchir aux suites à donner en bonne intelligence, que l'on prenne un peu de distances avec les logiques de conquêtes de marché et que l'on regarde un peu comment on pourrait revenir à des logiques d'intérêt général. Nous devons travailler ensemble à cette deuxième étape, à savoir comment on intervient à la fois sur l'accès aux soins et à la fois sur la régulation du système. La période ne me paraît toutefois pas des plus propices à cela, même s'il faudra qu'on y passe inévitablement. ■

Philippe Thouron,  
Représentant UPA



*« Nous essayons de plus en plus de nous diriger vers ces logiques de protection, à savoir comment éviter plutôt que de réparer. »*

L'UPA est quelque part la première entreprise de France, avec 1 million d'entrepreneurs et 4 millions de salariés. C'est un secteur de TPE à faibles effectifs où ces logiques de protection sociale ont des spécificités à mettre en place.

L'UPA a activement participé à la négociation de l'ANI et le compromis nous convient. Nous sommes toutefois extrêmement attentifs à ce que le dispositif soit piloté par les branches. Nous pensons que le niveau d'interlocuteur pertinent est le niveau de la branche qui, comme l'a exprimé Monsieur Grasset pour le BTP, gère bien les spécificités de branche et des activités qui y sont liées. C'est le cas dans les nôtres et nous avons anticipé ce mouvement en commençant à mettre en place des régimes en boulangerie ou en coiffure, par exemple.

Comme beaucoup, nous avons été assez ennuyés par l'arrêt du conseil constitutionnel et nous pensons que les partenaires sociaux ont toute leur place de décideur et qu'il leur appartient donc de décider du pilotage total du régime.

Si je devais faire la démonstration de l'efficacité de la branche, je citerais la branche qu'est la coiffure qui a mis en place, en cofinancement avec la CnamTS, une politique de prévention sur les troubles musculo-squelettiques qui étaient une grosse problématique de la coiffure. Nous sommes ainsi parvenus à passer d'une logique de réparation à une logique de prévention et nous avons donc financé la non-survenance d'un événement, ce qui n'est pas simple à chiffrer et qui n'allait pas de soi spontanément. Nous essayons de plus en plus de nous diriger vers ces logiques de protection, à savoir comment éviter plutôt que de réparer. Ce pilotage ne peut se faire qu'au niveau d'une branche avec des professionnels d'un secteur donné et spécifique. ■



Geneviève Roy,  
Représentante CGPME



L'ANI que nous avons signé en janvier et qui effectivement met en place cette extension de la couverture santé est évidemment un compromis. C'était l'échange entre cette généralisation et l'autre partie de l'accord qui faisait que l'un dans l'autre faisait un accord équilibré.

Si la CGPME est rentrée dans cette négociation, c'est non seulement parce qu'elle considérait que c'était une avancée pour les salariés, mais aussi que cela répondait à une amélioration de santé publique. Par ailleurs, cela permettait également à l'employeur de répondre à ses obligations de résultats quant à la protection de la santé de ses salariés, mais aussi de développer des politiques de prévention.

Un certain nombre de branches ont déjà mis en œuvre des politiques de prévention via ces accords de complémentaire santé. On parle souvent des boulangers avec l'asthme, mais on peut également citer les troubles musculo-squelettiques pour les coiffeurs et dans l'hôtellerie, ou encore la lutte contre l'alcoolisme dans la restauration. Pour nous, la prévention dans les entreprises a une valeur extrêmement importante que la CGPME continue de porter fortement auprès de ses adhérents car prévenir est toujours mieux que guérir.

A écouter les débats de ce matin, j'ai trouvé qu'il était tout de même toujours très patent qu'on reste globalement dans une logique curative. Or, cette logique curative avait son explication au lendemain de la guerre lorsqu'a été mise en place la sécurité sociale. Aujourd'hui, nous avons toutefois complètement changé d'ère et nous devons rentrer dans une logique de prévention.

*«...la prévention dans les entreprises a une valeur extrêmement importante que la CGPME continue de porter fortement auprès de ses adhérents...»*

Je me permets une parenthèse concernant la réforme des retraites. La CGPME est très attachée à la prévention des risques et de la pénibilité, or lorsqu'on a vu dans la réforme des retraites que le risque de pénibilité devait être pris en charge par une caisse, nous nous sommes dit qu'on avait finalement la double peine. En effet, la pénibilité ne se répare pas, elle s'évite. En définitive, les entreprises vont devoir payer la prévention - et tant mieux - mais également d'éventuelles réparations puisque le risque n'est pas avéré. En d'autres termes, il va y avoir une caisse financée par toutes les entreprises via une cotisation et lorsque vos salariés seront répertoriés comme ayant un travail pénible, celles-ci repaieront une surcote. Ce n'est certes pas le débat d'aujourd'hui, néanmoins nous continuons à dire qu'il faut continuer à faire de la prévention pour éradiquer le plus possible les risques professionnels.

Pour revenir à la généralisation de la couverture santé, nous avons rencontré des difficultés lors de la transcription de la loi. En effet, le législateur n'a pas repris l'intégralité de l'ANI. Par exemple, nous

*«...dès lors que l'on souhaitait mettre en place des actions de prévention, nous voulions permettre la création de droits non contributifs, ce qui nécessite une mutualisation. Or cette mutualisation ne peut se faire que si la branche a recommandé un opérateur.»*

avons prévu toutes les possibilités pour les branches, à savoir qu'elles pouvaient soit désigner un opérateur, soit ne pas désigner et faire ce qu'elles voulaient, soit enfin recommander. Il y avait donc un libre choix de la branche entre ces trois types de mise en œuvre. Au moment de la négociation, ce point sur les clauses de désignation avait été très important, à tel point que cette question avait failli faire casser toutes les négociations de l'ANI, la veille de la conclusion de l'accord. Les partenaires sociaux avaient finalement trouvé un accord entre eux, accord que le législateur a foulé du pied puisqu'il a mis dans sa loi quelque chose qui a de toute manière été annulé par le conseil d'Etat, mettant fin aux clauses de désignation. On ne sait d'ailleurs plus très bien dans quelle ère nous allons être, on espère en tout cas que l'amendement qu'a porté le gouvernement sera mis en œuvre et que nous aurons la clause de recommandation, que la CGPME a toujours portée. En effet,

dès lors que l'on souhaitait mettre en place des actions de prévention, nous voulions permettre la création de droits non contributifs, ce qui nécessite une mutualisation. Or cette mutualisation ne peut se faire que si la branche a recommandé un opérateur.

*« Si nous n'avions pas dans l'esprit de créer un régime techniquement identique au régime de la complémentaire retraite, nous sommes toutefois bien dans la même philosophie. »*

En outre, nous avons bien conscience que cette généralisation constituait un coût qui allait rentrer dans le coût du travail. Ce n'est certes pas simplement le coût du travail qui rentre dans la compétitivité des entreprises, j'y souscris totalement, néanmoins il convient de limiter ce surcoût pour les entreprises. Si nous n'avions pas dans l'esprit de créer un régime techniquement identique au régime de la complémentaire retraite, nous sommes toutefois bien dans la même philosophie. Nos appréhensions venaient du fait que le régime général se désengage et se reporte sur le régime complémentaire et que l'on fasse de ce fait un transfert de coût du régime général vers les entreprises. Donc tout ce qui pourra être fait dans le sens de la réduction des coûts, comme limiter les dépassements d'honoraires, est pour nous éminemment important.

Les partenaires sociaux sont souvent accusés d'ajouter des droits à ceux qui en ont déjà et de ne pas protéger ceux qui n'en ont pas. Nous allons toutefois essayer de faire en sorte d'arriver à couvrir plus largement que les salariés, grâce notamment à la portabilité que nous avons allongée pour les chômeurs. Il est vrai qu'il y a toutefois un vrai problème pour les retraités et les demandeurs d'emploi.

Enfin, pour revenir à la démocratie sociale, nous avons conçu dans notre ANI un panier balais pour contraindre, celui-ci étant devenu un panier socle. Le fait que le législateur ne respecte pas ce que nous avons négocié nous pose un vrai problème, cela remet en cause le dialogue social. Pour des questions de financement, l'étape suivante consiste à définir comment on remet tout à plat, et nous avons déjà rendez-vous avec le Premier ministre pour parler d'une remise à plat totale de la fiscalité. Toutefois, si la protection sociale ne fait pas partie de cette remise à plat de la fiscalité, cela va être compliqué. ■

Michel Dieu,  
Représentant FO



*«...compte tenu de l'importance de cette généralisation de la couverture santé, cela aurait dû faire l'objet d'un ANI spécifique.»*

*« Le système d'une couverture la plus efficiente possible passe par une mutualisation la plus large possible, et donc par la branche professionnelle. »*

Comme vous le savez, Force ouvrière n'a pas signé l'ANI. Pour autant, il va de soi que nous considérons la généralisation de la santé comme un progrès. Toutefois, il nous semble que compte tenu de l'importance de cette généralisation de la couverture santé, cela aurait dû faire l'objet d'un ANI spécifique - bien qu'on n'eût pas réglé le problème de la fonction publique. Si ce sujet avait été réglé par la loi, on aurait pu résoudre le problème des populations laissées de côté (jeunes, chômeurs, retraités).

Aujourd'hui, les populations les plus fragiles subissent les conséquences d'un système qui transfère de plus en plus massivement le régime obligatoire vers le régime complémentaire. Beaucoup de personnes ne peuvent en effet pas s'assurer ou bien avec des garanties bas de gamme et la prévention dans ce cas n'existe pas du tout.

La prise en charge à 50% par les employeurs est une bonne chose et la mutualisation est particulièrement importante pour FO. Le système d'une couverture la plus efficiente possible passe par une mutualisation la plus large possible, et donc par la branche professionnelle. On imagine par ailleurs difficilement le patron d'une TPE aller faire un appel d'offres pour couvrir ses salariés : il n'a pas le temps, pas forcément les compétences pour examiner les prestations qui lui sont proposées et il n'aura certainement pas le prix que procure une mutualisation par une branche. Le député Jean-

Marc Germain disait dans un rapport que le coût en passant par la branche est inférieur de 6 euros par personne pour une couverture santé, donc on voit bien l'intérêt de la branche.

Selon nous, le meilleur suivi du contrat est encore celui fait au niveau d'une branche par la commission paritaire car on voit mal le patron d'une TPE aller sur son contrat. La commission paritaire a la possibilité de former ses membres, regarder les choses qui sont importantes, piloter le contrat. Bien souvent, c'est d'ailleurs l'assureur qui forme les membres de la commission paritaire car l'assureur a lui aussi intérêt à ce que le contrat ne dérive pas. Tous ces éléments là peuvent difficilement être retrouvés en dehors d'une branche.

L'assurance au niveau d'une branche a aussi un autre avantage, celui des prestations non contributives, dont la prévention. En dehors de la branche, cette prévention ne peut pratiquement pas exister. Il existe également en dehors de la branche un autre risque, celui des contrats packagés, dans laquelle la santé devient la part congrue du package, un prétexte pour faire passer d'autres prestations.

Un des risques dans cette loi est que beaucoup d'entreprises attendent le 1er janvier 2016 pour avoir à appliquer le panier de soins minimal. Un risque est également d'aller vers un appauvrissement du contrat socle et de voir se développer tout autour de l'individuel, du complémentaire voire du sur-complémentaire. Cela irait forcément vers une dégradation de la qualité, avec une absence de solidarité. Enfin, il pourrait y avoir une mise en péril de certaines institutions professionnelles qui fonctionnent sur ces systèmes d'assurance de branche.

Nous voyons aujourd'hui également que les incitations fiscales sont remises en cause. C'est parfois à se demander si certains n'ont pas envie de casser le système et je ne soutiens d'ailleurs pas ce qu'a dit Monsieur Chadelat un peu plus tôt sur ces questions là.

Pour résumé, FO souhaite la mutualisation la plus large possible au niveau d'une branche. La Drees a d'ailleurs affirmé que la couverture des contrats collectifs était supérieure à celle des contrats individuels ... et j'ajouterais même pour un coût inférieur. Les contrats collectifs au niveau des

*« Un risque est également d'aller vers un appauvrissement du contrat socle et de voir se développer tout autour de l'individuel du complémentaire voire du sur-complémentaire. »*

branches sont souscrits pour la plupart par des institutions de prévoyance, qui ont fait leur preuve en matière assurantielle en montrant qu'elles savaient gérer des contrats et des branches en collectif de manière tout à fait efficiente. La démonstration a été faite que ces systèmes mutualisés sont plus protecteurs que d'autres dispositifs et qu'ils constituent un excellent complément au régime général. ■



## Débats de la Table ronde 2 : Le point de vue des décideurs

---

---

Pierre Cellot

*« Monsieur Sapin avait dit qu'il transcrirait « tout l'accord, rien que l'accord » Force est de constater qu'il n'a pas tenu sa promesse. »* Geneviève Roy

Geneviève Roy semblait regretter que le législateur soit allé au-delà du compromis des partenaires sociaux sur sa copie. Le législateur a peut-être aussi pris en compte la législation ou la jurisprudence européenne qui prévoit notamment que les accords de branche sont tout à fait dans la légalité. Il n'a donc pas voulu prendre le risque d'être désavoué dans les actions qui auraient pu suivre contre les dites désignations/recommandations. Le législateur a peut-être également pris la précaution de ne pas voir les signataires remettre en question dans les accords qui ont été signés

certain de leurs engagements. Il me semble que vous avez remis en question la pénibilité, le panier. Quelque part, il faudrait aussi que l'ensemble des signataires du paritarisme respecte les engagements qui sont pris pour que le législateur s'abstienne d'avoir la tentation naturelle chez lui de l'ingérence dans les affaires sociales.

Par ailleurs, je lis que le paritarisme n'est qu'une machine à financer les organisations syndicales, et on parle même de 40 millions dans une branche – HCR - qui représenterait paraît-il 5% des cotisations. Klésia étant avec Malakoff Médéric gestionnaires d'HCR, nous aimerions bien que 40 millions d'euros représentent 5% seulement des encaissements. Comme vous le savez c'est une somme parfaitement fantaisiste ! Il n'empêche que le silence assourdissant des organisations syndicales et patronales sur ce procès d'intention qui est fait par certaines organisations, qui appartiennent d'ailleurs pour certaines d'entre elles à vos confédérations, semblent difficiles à supporter pour ceux qui, comme nous, portons cette promesse sociale dans nos instances et qui savons que les organisations syndicales et patronales doivent être aidées dans l'exercice de leur mandat. Mais cela, pas dans les proportions et les excès qui sont médiatisés ces dernières semaines.

---

---

Geneviève Roy

*« Je déplore que le débat sur la généralisation de la complémentaire santé se focalise sur la question des clauses de désignation. »* Véronique Descacq

Je ne mets pas en cause ma parole sur la pénibilité, le fait d'aller vers la généralisation de la complémentaire santé y répondait. Pour avoir participé aux négociations, je peux dire que quand nous sommes allés devant la représentation nationale expliquer notre accord, je ne suis à aucun moment allé chercher auprès du législateur des points que nous n'avions pas obtenu dans la négociation. Nous avons été on ne peut plus loyaux. Simplement, nous avons longuement discuté sur les paniers

de soins : certains syndicats voulaient que ce soit la famille qui soit prise en compte, d'autres que ce soit complètement à la charge de l'entreprise. Nous avons donc trouvé un accord qui définissait le panier balai. Les branches / accords d'entreprises / entreprises seules avaient le choix de faire ce qu'ils voulaient et s'ils ne trouvaient pas d'accord, il y avait toujours le panier balai.

Lorsqu'on est dans un ANI de ce poids là, les partenaires sociaux mettent des mois et des heures à trouver les bons curseurs. Et à partir du moment où l'équilibre est trouvé, il est toujours compliqué de voir que le législateur remette en cause cet équilibre. Nous faisons par ailleurs tout à fait la différence entre démocratie sociale et démocratie politique, mais là est tout le débat sur la constitutionnalisation du dialogue social. A la CGPME, nous considérons que nous ne sommes pas le législateur et nous ne voulons pas l'être. Mais lorsque nous signons des accords, nous voulons

que le législateur respecte l'équilibre qui a été trouvé. Le législateur a d'ailleurs rajouté des points qui n'étaient pas dans l'ANI du 11 janvier 2013 et cela nous pose problème.

*« Nous devons aussi être capables de nous dire qu'il n'y a peut-être pas suffisamment de transparence dans la façon dont sont attribués les marchés et j'en appelle aux partenaires sociaux et aux opérateurs à travailler ensemble pour lever tout soupçon. »*

Véronique Descacq

Sur la pénibilité, la retraite est venue bien plus tard, mais il y a un manque de cohérence et de cohésion dans les décisions qui sont prises au plus haut niveau de l'Etat et nous le regrettons. Je ne mets absolument pas en cause ma signature et nous appliquerons ce qui a été dit. Simplement nous avons été piégé à un moment car c'était la première fois que le législateur disait aux partenaires sociaux « c'est vous qui avez la main, faites quelque chose et nous on transcrira ». Monsieur Sapin avait dit qu'il transcrirait « tout l'accord, rien que l'accord ». Force est de constater qu'il n'a pas tenu sa promesse. Il a été au-delà de ce qu'il avait dit, et c'est précisément cela et pas autre chose qui pose problème aux partenaires sociaux.

Par ailleurs, vous avez fait référence à mon secteur de l'Hotel-Café-Restaurant dans lequel nous n'avons pas d'accord de paritarisme à l'intérieur des accords prévoyance ou de complémentaire santé. On ne peut donc pas nous taxer de quoi que ce soit.

---

Véronique Descacq

Je ne partage le point de vue de Geneviève Roy sur le fait que le législateur aurait dénaturé l'esprit de l'accord.

*« Lors des négociations, les débats sur les clauses de désignation/recommandation étaient importants, mais nous n'imaginions pas que cela allait faire un tel tsunami. »* Geneviève Roy

Par ailleurs, je déplore que le débat sur la généralisation de la complémentaire santé se focalise sur la question des clauses de désignation. Je comprends que cela intéresse au premier chef les opérateurs, mais l'enjeu pour nous les négociateurs est plutôt autour du contenu des régimes : ce qui est important, c'est que nos mandatés soient en capacité de négocier dans les branches et les entreprises comme contenu du régime et qu'ils gardent la maîtrise du régime et de tous les éléments du régime, à la fois sur les garanties et sur les personnes couvertes – famille ou non, modalités de financement, etc. Il faut bien former nos négociateurs, que ce soit les organisations syndicales et patronales, afin qu'ils gardent la maîtrise dans la négociation de la constitution du régime et du pilotage du régime. Que ce soit ensuite Pierre Paul ou Jacques qui gère le régime, cela est d'une importance secondaire.

Si nous préférons le niveau de la branche pour négocier, c'est parce qu'il y a une mutualisation possible et que cela nous semble être le niveau le plus pertinent pour mettre en œuvre un certain nombre d'actions de prévention. Nous savons néanmoins que cette mutualisation est moins majeure en santé qu'en prévoyance.

Nous préférons également le niveau de la branche pour le pilotage. Si l'on veut que les partenaires sociaux gardent la maîtrise du régime, ils doivent pouvoir le piloter, ce qui n'est possible s'il y a trop d'opérateurs dans une branche. Il faut donc limiter le nombre de gestionnaires dans la branche mais il peut y avoir plusieurs opérateurs – la CFDT était favorable à la co-désignation. Ils peuvent être de toutes les familles de complémentaires, il faut simplement qu'ils restituent les résultats de la gestion du régime aux partenaires sociaux qui puissent le piloter.

Enfin, sur le sujet de la transparence, je suis d'accord que le bashing anti-organisations syndicales et anti-paritarisme qui sous-entendrait qu'il y aurait des flux financiers énormes qui circuleraient

pour financer de façon occulte le syndicalisme, est insupportable et totalement faux. Mais nous devons aussi être capables de nous dire qu'il n'y a peut-être pas suffisamment de transparence dans la façon dont sont attribués les marchés et j'en appelle aux partenaires sociaux et aux opérateurs à travailler pour lever tout soupçon. Il faut qu'on réfléchisse à mettre en place des règles de transparence qui lavent les différents partenaires, institutions de prévoyance et organisations syndicales soupçonnés, car il y a là un vrai sujet et cela ne sert à rien de faire l'autruche. S'il y a soupçon, autant mettre le sujet sur la table et prendre les mesures pour le faire disparaître.

---

Pierre-Yves Chanu

Je pense que dans ce débat, il est nécessaire de revenir sur les questions de fond qui portent sur la protection sociale des salariés dans l'entreprise qui a été fragilisée ou en tout cas remise en question par les évolutions de cette dernière période, et notamment - mais pas seulement - par l'avis du conseil constitutionnel. Deux questions se posent, la première sur l'articulation de l'AMO et de l'AMC, la seconde sur la place de la protection sociale dans l'entreprise dans le cadre de la protection sociale complémentaire.

Un certain nombre de constats tout à fait justes font état de populations qui sont peu ou pas couvertes. La première question est donc de savoir s'il y a une légitimité à avoir une protection sociale

*« La légitimité se trouve au niveau de ceux qui connaissent les métiers, les risques, la typologie de la population, sa démographie et qui savent sur quel sujet doit porter la prévention. Ce niveau est l'entreprise, ou encore mieux la branche. »*

Michel Dieu

collective dans le cadre de l'entreprise. Avec les évolutions récentes sur la question des désignations, c'est cette question là qui se trouve posée, à savoir comment on organise une mutualisation. Une mutualisation se fait nécessairement sur des populations larges et il est vrai que la branche est le cadre pertinent pour connaître la situation sur la santé des salariés - différente si l'on est dans tel ou tel branche - et le seul moyen d'avoir une intervention collective sur cette question de l'exercice d'un contrôle qui ne peut s'appuyer que sur la connaissance de cette population. Cela a été fait jusque là avec la technique de la désignation, je ne suis pas sûr que les nouveaux dispositifs que l'on est en train de mettre en place au nom de la

libre concurrence y compris la recommandation et dans les conditions du PLFSS - permettent de le réaliser.

Le problème est qu'un certain nombre d'autres évolutions récentes vont également dans le sens de la remise en cause de la protection sociale complémentaire. L'une des mesures qui nous posait problème dans l'ANI était sur le régime d'autorité qui posait le principe de cotisations 50% employé / 50% employeur, alors que la majorité était plus proche de 60%. Nous avons donc pensé que c'était une incitation à baisser la contribution de l'employeur. Les évolutions qui ont été décidées dans le cadre de la loi de finance, c'est-à-dire le fait à la fois de réintégrer les cotisations employeur dans le revenu imposable mais aussi - ce dont on parle moins - l'évolution de la règle de plafonnement de cotisations employeur, nous laisse percevoir une incitation à développer la protection sociale individuelle au détriment de la protection sociale collective. La question est donc de savoir comment on envisage l'avenir de la protection sociale collective, et dans ce cadre là, de nouvelles solutions doivent être trouvées. Il y a une solution provisoire proposée par le PLFSS, avec des réflexions sur la co-désignation. Il y a toutefois de quoi s'interroger quand on dit qu'il faudrait des paniers de soins différents dans le cadre de la co-désignation.

Voici un certain nombre de sujets qui, pour les organisations syndicales et patronales, sont très importants, mais je pense que le fil rouge est la question de savoir comment développer et améliorer une protection sociale solidaire dans le cadre de l'entreprise.

---

Jean-Marie Spaeth

*« Il y a un distinguo auquel nous sommes sensibles, entre ce qui relève de la solidarité nationale et ce qui est le travail des partenaires sociaux. Chacun doit rester dans son champ de compétences. »*

Philippe Thouron

Le mot « régime » commence à apparaître dans nos discussions, or ce mot à un sens précis. Il y a une différence entre le fait de dire que l'on crée un « régime » pour une branche par rapport à un « contrat » pour une branche. Chacun devrait éclaircir ce qu'il met derrière ces mots car là se pose la question d'où se fait la mutualisation, la solidarité et où est-ce qu'elles s'exercent. Il peut y avoir une solidarité au niveau de l'entreprise seulement, ce n'est pas la même chose qu'au niveau d'une branche qui peut alors devenir un régime. Quelle est la relation entre l'assurance maladie obligatoire et le complémentaire, étant entendu que l'ANI pose aussi la question du panier de soins et des rapports avec les professionnels de santé : les gestionnaires des régimes de complémentaires santé seront-ils demain appelé à jouer un rôle sur l'offre de soins, dans la régulation, dans la maîtrise et dans l'organisation du système de soins ?

---

Geneviève Roy

Si nous sommes tous d'accord pour dire qu'il faut de la mutualisation, que la branche pilote et qu'il y ait du non-contributif, je ne vois pas à quel autre niveau cela peut se faire que celui de la branche. La branche doit négocier tout cela, mais se pose ensuite tout le débat sur la désignation ou non. A la CGPME, nous étions davantage favorables aux recommandations ainsi qu'au fait que plusieurs organismes mettent en œuvre la mutualisation, qu'ils soient paritaires ou même privés. Toutefois, pour l'avoir déjà expérimenté, je sais que lorsqu'on nous voulons choisir un opérateur non paritaire, nous avons souvent un refus catégorique de la part des salariés qui menacent de faire capoter l'accord si l'organisme choisi n'est pas paritaire. D'une manière générale, on peut très bien voir un opérateur privé faire de la mutualisation, à condition qu'il connaisse le niveau de la branche car le niveau de l'entreprise est trop petit pour un tel organisme. De plus, il est difficile de s'imaginer qu'une entreprise va devoir aller négocier son contrat complémentaire santé et son panier – même s'il a été négocié par la branche. Bien sûr, les courtiers l'aideront, mais le courtier n'est néanmoins jamais que le relai d'une compagnie d'assurance et celle-ci est là pour couvrir un risque dont elle connaît la teneur. Elle doit aussi équilibrer ses comptes, comme n'importe quelle entreprise.

---

Michel Dieu

La question de la légitimité au niveau de l'entreprise ou au niveau de la branche est pour moi assez évidente. La légitimité se trouve au niveau de ceux qui connaissent les métiers, les risques, la typologie de la population, sa démographie et qui savent sur quel sujet doit porter la prévention. Ce niveau est l'entreprise, ou encore mieux la branche.

Sur la question de la solidarité, la meilleure est celle qui s'étend sur la plus large mutualisation, et c'est donc celle de la branche. En tout état de cause, il s'agit du collectif.

*« Régime ou contrat ? C'est cette question qui au fond brouille l'entendement des uns ou des autres et qui n'a pas été appréhendé de manière satisfaisante par le conseil constitutionnel. »*

Véronique Descacq

Le rôle de demain des complémentaires passe aussi par la prévention et c'est également au niveau de la branche qu'on peut le mieux en faire. Sur le pilotage du risque, je n'emploierais pas le terme « régime » car cela reste pour moi un contrat entre un opérateur, une branche et une entreprise. Ce sont le ou les gestionnaires qui font la mutualisation avec l'aide des parties prenantes, en l'occurrence les commissions paritaires, qui jouent un rôle majeur.



---

---

Philippe Thouron

Pour ce qui concerne l'UPA, nous serons peut-être un peu moins unanimes car nous souhaitons dans les accords que nous mettons en place que soit bien recadré ce que font les partenaires sociaux et qu'on organise les relations entre les employés et les employeurs. Il y a un distinguo auquel nous sommes sensibles, entre ce qui relève de la solidarité nationale et ce qui est le travail des partenaires sociaux. Chacun doit rester dans son champ de compétences. Evidemment, nous sommes favorables à la mutualisation : il y a un certain nombre de situations qui sont difficiles voire tragiques dans nos métiers et nous sommes donc bien satisfaits d'avoir des fonds sociaux et de les mettre en place. Et cela ne pourra jamais se faire au niveau des entreprises artisanales, car si je prends l'exemple de la coiffure, on compte 2,4 salariés par entreprise... Il n'est donc pas possible de faire quelque chose au niveau de l'entreprise.

Le niveau pertinent est selon nous également celui de la branche avec un bémol, celui de la question qui reste en fond sur le financement de la protection sociale : l'assiette. C'est un sujet qu'il faudra ouvrir un jour.

---

---

Véronique Descacq

Régime ou contrat ? C'est cette question qui au fond brouille l'entendement des uns ou des autres et qui n'a pas été appréhendé de manière satisfaisante par le conseil constitutionnel. Le conseil constitutionnel a en effet considéré que c'était de l'ordre du contrat et qu'il s'agissait donc de faire respecter la liberté du contrat et la concurrence. A la CFDT, nous considérons que quand nous négocions dans des branches et des entreprises, ce sont des « régimes » et que l'on donne à des opérateurs la gestion de ces régimes, les partenaires sociaux devant garder la maîtrise du contenu et du financement du régime. C'est donc là fondamentalement le quiproquo qu'il y a entre nous et le conseil constitutionnel. Or, si nous ne parvenons pas à sortir par le haut de cette affaire, la CFDT estime que l'on prive les partenaires sociaux d'un droit fondamental reconnu dans le droit européen de créer des régimes dans les branches et nous envisageons d'aller devant la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) pour faire respecter le droit des partenaires sociaux à négocier des régimes.

*« Les accords de branche permettent de rattraper les manques, à partir du moment où il y a une vision et une volonté politiques. » David Giovannuzzi*

Sur l'articulation AMO / AMC, il y a là un des enjeux de ces régimes. Si l'on veut organiser le parcours de soins à partir du patient, si l'on veut aussi maîtriser l'inflation des tarifs, cela ne peut se faire que par une coordination AMO/AMC. L'Etat a fait exprès de laisser des remboursements à 15%, alors même que l'on sait que ces médicaments ne sont pas utiles, pour permettre l'intervention des complémentaires santé. Or, au lieu de se dire qu'il ne faut pas se laisser avoir et dérembourser ces médicaments à 15%, les complémentaires décident de se faire concurrence entre elles à savoir qui les remboursera le mieux. Ceci est consternant, il faut travailler ensemble au lieu de faire de la concurrence vers le bas et vers l'inflation des dépenses.

---

---

David Giovannuzzi  
AG2R-La Mondiale

Sur la question des contrats, nous sommes un opérateur au service de la commission paritaire nationale et ce sont les partenaires sociaux qui s'impliquent complètement. Le fait que l'arrêt la CJUE du 3 mars 2011 cite l'AG2R Prévoyance c/Beaudout Père et fils SARL était un artifice car nous n'y étions pour rien dedans, c'était réellement la commission paritaire qui était mise en cause. Et derrière, il y avait unanimité des cinq centrales syndicales et de l'employeur pour défendre bec et ongles leur accord. Cela fait maintenant plus de six ans que ce régime existe et c'est le quinzième avenant qui est venu enrichir le régime.

J'aimerais développer deux exemples pour montrer vers quoi on va, un qui touche les jeunes, l'autre les retraités :

*« Lors des négociations, les débats sur les clauses de désignation/recommandation étaient importants, mais nous n'imaginions pas que cela allait faire un tel tsunami. »*

Geneviève Roy

- Pour les jeunes, nous avons lancé une action de prévention où l'on a envoyé des dentistes dans tous les CFA de France qui formaient des boulangers-pâtisseries. Cette étude a été présentée au mois d'octobre et l'on s'est rendu compte grâce à cette action de prévention et de formation des jeunes qu'alors que la statistique nationale indiquait que 20% des jeunes autour de 20 ans avaient des caries actives, dans cette branche le chiffre était de 50% de jeunes qui avant de commencer à travailler étaient déjà dans une situation sanitaire de délabrement plus avancée. Les partenaires sociaux ont donc souhaité faire en sorte que les jeunes aillent se soigner et ainsi décidé le prolongement de l'action « M'T dents » de la sécurité sociale, qui s'arrête à 15ans.

- Sur les retraités, la commission paritaire nationale a pris la décision il y a trois ans de dire que nos retraités payent trop cher pour leur complémentaire santé et donc d'installer une mutualisation entre les retraités et les actifs. La complémentaire santé des retraités en sera de ce fait beaucoup moins chère que celle des retraités classiques.

Ces deux actions aux antipodes dans des populations laissées a priori pour compte par l'ANI illustrent que les accords de branche permettent de rattraper les manques, à partir du moment où il y a une vision et une volonté politiques.

---

---

Joseph Deniaud

Est-ce que vous estimez que la maîtrise du contrat passe nécessairement par la commission paritaire et l'organisme paritaire ? Le monde de la Mutualité existe et sur le volet de la régulation, en particulier pour la santé, il y a une connaissance et une expertise qui peut être très utile à tout le monde.

---

---

Philippe Thouron

Je suis étonné par la réaction de la Mutualité dans la mesure où sur les accords de branche, elle n'est pas absente, à commencer par la branche de la coiffure. Il n'en reste pas moins que si l'idée d'améliorer la couverture des salariés est louable et ne peut que plaire à tout le monde, le souci est qu'on ne veut pas générer des effets d'aubaine. La neutralisation des coûts a en effet tendance à faire des effets d'aubaine donc nous avons été extrêmement vigilant à faire en sorte d'avoir un système qui régule et non pas un aspirateur ou un siphon sur une consommation qui n'aurait pas d'utilité et de pertinence. Ce souci a été partagé par l'ensemble des partenaires sociaux et a conduit nos travaux sur la mise en place de notre régime. Du point de vue de l'entreprise, il s'agit d'améliorer la protection sociale de ses salariés et non de devenir une machine à financer des choses dont on n'a pas envie.

---

---

Michel Dieu

Si la définition du régime est le périmètre dans lequel s'effectue la mutualisation et le pilotage, je partage cette définition. Je disais que je considérais cela comme un contrat et non comme un régime car je craignais qu'on assimile la généralisation de la couverture santé à une forme d'« Arrcoisation », et non pas sur le périmètre de la mutualisation. Dans ce sens, je suis donc pour la notion de régime.

---

Geneviève Roy

Lorsque nous travaillions sur l'ANI, nous n'avions pas toutes ces problématiques en tête, en tout cas pas à ce point là. Nous étions conscients de faire un transfert de marché et nous voulions mettre en place une complémentaire santé pour tous parce que cela était une avancée sociale pour les salariés. Nous avons sans doute en tête que nous allions avoir un régime complémentaire santé qui allait s'accroître, avec plus de poids. Un certain nombre de mesures faites par les complémentaires, comme les mutuelles sur les lunetteries et le fait de payer moins cher si vous allez chez tel opticien, nous ont semblé être une manière de peut-être réguler et faire baisser les coûts. Lors des négociations, les débats sur les clauses de désignation/recommandation étaient importants, mais nous n'imaginions pas que cela allait faire un tel tsunami.

---

Véronique Descacq

*« ...le cafouillage législatif actuel aurait pu être évité si peut-être les pouvoirs publics avaient pris la mesure de ce qui était en train de se passer. »* Véronique Descacq

Sur la question de savoir s'il y a un lien logique entre la commission paritaire qui pilote le régime et les institutions paritaires, je dirai bien évidemment non pour la CFDT. Ce qui m'importe, c'est que les partenaires sociaux gardent la maîtrise du régime. L'organisme gestionnaire est un opérateur qui met en œuvre ce que lui demande la commission paritaire. Je sais que la Mutualité n'est pas d'accord avec cela car elle considère que la mutualisation est faite en son sein. C'est une certaine manière de voir les choses qui pourrait être juste si jamais il n'y avait pas d'autres opérateurs sur le marché, mais il se trouve qu'il y en a. Je sais bien qu'un certain nombre de mutuelles on résisté par rapport à la prise en charge à 15% de la sécurité sociale... mais pas toutes non plus.

Pour conclure, je dirais qu'on savait que la question des clauses de désignation allaient créer une espèce de remue ménage dans le monde de la protection sociale complémentaire. Certains journalistes avaient très bien compris le gros désordre que cela allait créer. Nous avons tout cela en tête, mais on peut regretter le fait que le cafouillage législatif actuel aurait pu être évité si peut-être les pouvoirs publics avaient pris la mesure de ce qui était en train de se passer. Ce n'est pas faute de les avoir alertés. Si on avait eu une concertation plus tripartite – organisations syndicales, organisations patronales, pouvoirs publics – sur la manière d'anticiper ce qui allait se passer sur les questions de clauses de désignation, peut-être qu'on n'en serait pas là aujourd'hui. ■

## Conclusions

**Valérie Devillechabrolle,**  
Rédactrice en chef,  
Protection sociale  
Informations



La généralisation de la complémentaire santé avait pour objectif premier de couvrir ceux qui en étaient dépourvu. Cela marche pour 400 000 personnes supplémentaires. Mais derrière cette généralisation, il y a surtout la bascule des contrats individuels vers les contrats collectifs. Or, cette bascule de 4 millions de personnes vers les contrats collectifs déstabilise un certain nombre de contrats mutualistes qui organisaient en leur sein la solidarité intergénérationnelle vis-à-vis des retraités. Une des raisons pour lesquelles cela pose autant de problèmes aujourd'hui est le fait de cette déstabilisation. Serge Bricet a dit que 50% des personnes ne bénéficiaient pas de dispositifs d'incitation. Mais je pense que derrière se cache la question de la solidarité intergénérationnelle qui est reposée et qui vous sera reposée, et cela d'autant plus que la généralisation des contrats collectifs risque de ne pas aller du tout en faveur de la solvabilisation de la complémentaire santé des retraités, puisqu'on sait très bien que c'est un sujet qui n'avait déjà pas été réglé dans le cadre de la loi Evin – avec la limitation des cotisations à 150%, je ne vous le rappellerai pas. Mais si l'on va vers un abaissement des niveaux de couvertures, en fin de durée d'un contrat de groupe, il risque aussi d'y avoir un abaissement des couvertures proposées aux retraités dans les sorties de groupe.

Deuxième élément marquant : Joseph Deniaud a dit qu'il y avait trop d'Etat et que celui-ci voulait de surcroît garder la main. J'ai assisté à partir du mois de novembre 2012 aux séances de négociation de l'ANI et j'ai effectivement vu la « course de vitesse » entre les partenaires sociaux – et notamment la CFDT qui était très moteur sur ces sujets-là – et les pouvoirs publics qui n'ont rien vu. Je pense réellement que les partenaires sociaux ont pris de vitesse l'Etat qui s'était positionné dans le cadre du congrès de la Mutualité en octobre pour faire sa propre réforme et qui n'a pas vu venir du tout la généralisation des contrats collectifs. En aparté, la semaine dernière chez Adéis, Fanélie Carrey-Conte a avoué qu'effectivement les contrats collectifs n'étaient pas le levier par lequel ils avaient pensé aborder le sujet. Aujourd'hui, l'Etat redouble donc de vigilance pour garder la maîtrise de ce qui va se passer. Et il y a une vraie concurrence entre sa régulation « régaliennne » et la régulation de branche que se proposent de faire les partenaires sociaux.

*« ...derrière se cache la question de la solidarité intergénérationnelle qui est reposée et qui vous sera reposée, et cela d'autant plus que la généralisation des contrats collectifs risque de ne pas aller du tout en faveur de la solvabilisation de la complémentaire santé des retraités, »*

Il ne faut pas perdre de vue que nous sommes dans un système avec des Ondam de plus en plus serrés et que nous allons vers l'émergence d'un deuxième levier de régulation des dépenses de santé. Et je pense que l'Etat a envie de conserver la main sur ce deuxième levier de maîtrise de dépenses de santé. On le voit bien comme c'est le cas sur l'Agirc-Arrco où l'Etat est en train de se réapproprier l'action des partenaires sociaux en retraite à travers l'inscription dans le périmètre de la règle d'or notamment. Il ne faut donc pas se faire d'illusion sur la santé, champ dans lequel l'Etat va continuer de rester extrêmement présent, à travers le contenu des décrets à venir sur les contrats responsables notamment. Les schémas cibles des systèmes d'information seront extrêmement structurants pour vos activités, et les discussions en cours sur le tiers payant du généraliste, etc. On sent bien que sur toutes ces questions là, ils ne vont pas lâcher prise sur les dépenses de soins courants qui ne seront pas remboursés par le régime général.

Un troisième point marquant, que Jean-François Chadelat a bien incarné : il y a bien plusieurs conceptions de la complémentaire santé qui sont en ce moment en train de s'affronter. Il y a une complémentaire santé réservée aux plus pauvres : CMU, ACS, mais aussi une complémentaire santé centrée

*« ...nous allons vers l'émergence d'un deuxième levier de régulation des dépenses de santé. Et je pense que l'Etat a envie de conserver la main sur ce deuxième levier... »*

sur des socles responsables, et je pense que la CFDT l'incarne quelque part. Et puis il y a en même temps cette conception qui va à l'encontre de ce qui s'est surtout développé ces quarante dernières années, à savoir la protection sociale d'entreprise, avec ses logiques propres d'avantages salariaux – au lieu de donner du salaire, on va donner de la complémentaire santé. Aujourd'hui, la donne change car les branches sont à mi chemin entre la conception de socle national et la conception d'entreprise et donc au cœur de cet affrontement qui va se poursuivre entre ces deux conceptions. Cela va amener les partenaires sociaux de branche à devoir réinterroger la légitimité de leur action. Jusqu'ici, les entreprises négociaient avec leurs partenaires sociaux d'entreprise sans que cela ait vraiment des conséquences. Lorsqu'aujourd'hui une branche qui représente 600.000 personnes négocie pour toutes ces personnes, cela a du sens et cela doit pouvoir être justifié. Et dans tout le débat sur les clauses de désignation, quelque chose m'a réellement frappé : ce débat là est remonté avec l'accord de la boulangerie, l'accord de HCR qui étaient des accords de masse. Si les négociations de branche continuent, cela va vraiment interpellé les partenaires sociaux sur leur capacité à créer ces régimes.

Mais cela interpelle aussi les gestionnaires : Paul Grasset expliquait qu'un accord de branche se justifie notamment par sa valeur ajoutée économique, son ratio frais de gestion/chiffre d'affaires ; et je pense effectivement que les complémentaires vont être de plus en plus interpellées sur leurs frais de gestion. D'autre part, elles le seront aussi sur les services – tiers payant, réseaux - et les logiques de prévention. On a beaucoup insisté sur l'efficacité des mesures de prévention et je pense que cela va aussi être une façon de légitimer une intervention des partenaires sociaux sur les branches. La question demeure de savoir si le permis de conduire doit faire partie de la prévoyance, je sais que cela interpelle un certain nombre de gestionnaires. Sur l'action sociale enfin, c'est aussi une façon de solvabiliser malgré tout les complémentaires santé de ceux qui ont des difficultés.

*« ...les branches sont à mi chemin entre la conception de socle national et la conception d'entreprise et donc au cœur de cet affrontement qui va se poursuivre entre ces deux conceptions. Cela va amener les partenaires sociaux de branche à devoir réinterroger la légitimité de leur action. »*

Une bonne partie de l'action sociale des groupes paritaires aujourd'hui est consacrée à l'aide à la complémentaire des plus démunis.

Enfin, peut-on faire confiance à des complémentaires santé pour réguler des garanties « poussent au crime », selon l'expression chère à Michel Régereau ? Joseph Deniaud disait que les complémentaires n'avaient pas les outils pour réguler le système de santé. Tout dépend dans quel rapport de force vous vous retrouvez vis-à-vis des professionnels de santé. Il est sûr que les plateformes de maîtrise d'optique ont réellement décollé le jour où Kalivia et ses trois millions d'assurés ont commencé à se mettre sur le marché. Aujourd'hui, les sept premières plateformes d'optique couvrent environ 40 millions de Français, et même s'il n'y a pas de numerus clausus pour les opticiens, elles vont désormais être en capacité de le faire. Je pense d'ailleurs qu'elles vont s'en donner les moyens et qu'il y aura bientôt un peu moins de montures Prada sur le marché.

En revanche, on voit bien que c'est beaucoup plus compliqué sur le dentaire où, du fait de la rareté de l'offre, les complémentaires n'ont pas les moyens d'avoir une action de puissance publique vis-à-vis des dentistes qui continueront toujours à faire ce qu'ils veulent parce qu'il y aura toujours besoin de dentaire. Les complémentaires ne pourront pas avoir ce rôle, d'où la nécessité de l'articulation avec l'AMO. Mais lorsqu'on voit déjà toute la difficulté de l'AMO pour négocier avec les professionnels de santé, on peut se demander comment les complémentaires vont pouvoir le faire. Et quand on se souvient d'une des difficultés sur la négociation de l'avenant numéro 8, on

*« Le triptyque restera instable entre les professionnels de santé, le système et les organismes complémentaires. Mais dans le même temps, il y aura des marges de manœuvre qui vont être distribuées. »*

se rend bien compte que ce n'est pas si simple de ramener les professionnels de santé vers une logique plus régulatrice puisque personne n'a envie de voir baisser sa rémunération, surtout quand on dispose du bénéfice de la rareté. Le triptyque restera instable entre les professionnels de santé, le système et les organismes complémentaires. Mais dans le même temps, il y aura des marges de manœuvre qui vont être distribuées. Je pense par exemple à propos des dentistes, les négociations en cours entre AMO et AMC vont donner des droits d'informations complémentaires et c'est à ce moment là qu'on verra si les complémentaires santé sont capables de s'en saisir pour maîtriser les dépenses et d'aller au delà de leur quête concurrentielle de marché. ■



## Table des sigles et acronymes

<b>ACS</b>	Aide à la complémentaire santé	<b>FO</b>	Force ouvrière
<b>Agirc</b>	Association générale des institutions de retraite des cadres	<b>GIP</b>	Groupement d'intérêt public
<b>ALD</b>	Affection longue durée	<b>HCR</b>	Hôtels Cafés Restaurants
<b>AMC</b>	Assurance maladie complémentaire	<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>AMO</b>	Assurance maladie obligatoire	<b>IGF</b>	Inspection générale des finances
<b>ANI</b>	Accord national interprofessionnel	<b>Ipse</b>	Institut de la protection sociale européenne
<b>Arrco</b>	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés	<b>MFP</b>	Mutualité fonction publique
<b>BTP</b>	Bâtiment et travaux publics	<b>Mgefi</b>	Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie
<b>CFA</b>	Centre de formation d'apprentis	<b>Ondam</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
<b>CFDT</b>	Confédération française démocratique du travail	<b>PACA</b>	Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
<b>CGPME</b>	Confédération générale des petites et moyennes entreprises	<b>PLFSS</b>	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
<b>CGT</b>	Confédération générale du travail	<b>PSI</b>	Protection sociale informations
<b>CJUE</b>	Cour de justice de l'Union européenne	<b>RC</b>	Régime complémentaire
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle	<b>RO</b>	Régime obligatoire
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire	<b>SDF</b>	Sans domicile fixe
<b>CnamTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	<b>TPE</b>	Très petite entreprise
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	<b>Unedic</b>	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
<b>FNMF</b>	Fédération nationale de la Mutualité française	<b>Unocam</b>	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
		<b>UPA</b>	Union professionnelle artisanale

## Communiqué de presse Ipse

### ANI : la branche est le niveau adéquat pour organiser la solidarité

**Le 11<sup>e</sup> Colloque Professionnel organisé par l'Institut de la protection sociale européenne – Ipse - s'est tenu le vendredi 22 novembre 2013 dans les locaux du Groupe Macif à Paris, sur le thème « Généralisation de la complémentaire santé : quelle nouvelle définition des rôles pour la sécurité sociale et les complémentaires ? ». Une centaine de participants, pour la plupart acteurs de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) ainsi que des partenaires sociaux, ont débattu durant cette matinée.**

S'il a été rappelé que la sécurité sociale organisait la solidarité au niveau national, les intervenants du Colloque se sont mis d'accord pour affirmer que la branche était le niveau adéquat pour créer et piloter un régime de complémentaire santé. La mutualisation au niveau de la branche permet la mise en place de droits non contributifs essentiels tels que la prévention et l'action sociale et de répondre de manière adaptée aux besoins des métiers.

Les partenaires sociaux ont ainsi le devoir de faire preuve de transparence dans la construction du régime de complémentaire santé et dans le choix de l'opérateur ; les organismes assureurs devront pour leur part démontrer leur efficacité et leur valeur ajoutée économique, sociale et de services.

Alors que l'attention devrait être portée sur la finalité de cette généralisation, à savoir garantir une couverture santé de qualité pour tous, les partenaires sociaux présents lors de cette matinée ont toutefois déploré que les débats de ces derniers mois se concentrent de manière quasi exclusive sur les questions de clauses de désignation/recommandation.

Afin de couper court aux idées reçues sur un « désengagement » de la sécurité sociale, Michel Régereau, Président du conseil de la CnamTS, a tenu à rappeler que la couverture de l'assurance maladie obligatoire restait stable autour de 75% des dépenses de santé. Il s'est dit prêt à une meilleure articulation entre l'AMO et l'AMC pour la régulation du système de santé. Les représentants d'opérateurs, paritaires et mutualistes, ont pour leur part défendu leur légitimité en tant qu'acteur de santé et donc dans la gestion du risque notamment, et souligné la nécessité de coopérations plus poussées avec l'AMO ou entre complémentaires, sur des actions de prévention par exemple.

Jean-François Chadelat, Président d'honneur du Fonds CMU, en charge d'introduire le thème du Colloque, a rappelé qu'« on assure un risque, pas une consommation », en dénonçant les abus dans le domaine de l'optique notamment. Plutôt que de définir les contrats responsables, il faudrait, selon lui, pointer les contrats irresponsables, dits « pousse au crime », reprenant l'expression de Michel Régereau.

Concernant la couverture des populations, les participants ont regretté que les chômeurs de longue durée, les retraités, et les jeunes sans emploi, éducation ou formation soient les grands oubliés de cette généralisation.

**Intervenants du 11<sup>e</sup> Colloque professionnel Ipse :** Gérard Andreck (Macif), Alain Chenot (Ipsé), Jean-Marie Spaeth (GIP SPSI), Jean-François Chadelat (Fonds CMU), Michel Régereau (CnamTS), Paul Grasset (ProBTP), Joseph Deniaud (Harmonie Mutuelle) Serge Bricchet (MGEFI), Véronique Descacq (CFDT), Geneviève Roy (CGPME), Philippe Thouron (UPA), Michel Dieu (FO), Valérie Devillechabrolle (PSI).

