

LA REVUE de L'IREs

N° 103-104 ■ 2021/1-2

Assurance santé :
aux frontières du public
et du privé

numéro spécial

La Revue de l'IREs

Publication quadrimestrielle

Directeur de la publication : Eric PERES, *Président de l'IREs*

Rédacteur en chef de *La Revue de l'IREs* : Pierre CONCIALDI

Secrétariat de rédaction : Julie BAUDRILLARD

Maquette et réalisation : Lyubica CURICH

Comité de lecture

Équipe de recherche

Lucy apROBERTS • Odile CHAGNY • Pierre CONCIALDI • Noélie DELAHAIE
Jeanne FAGNANI • Anne FRETTEL • Jacques FREYSSINET • Renaud GAY
Solveig GRIMAUT • Kevin GUILLAS-CAVAN • Odile JOIN-LAMBERT
Annie JOLIVET • Marcus KAHMANN • Yves LOCHARD • Axel MAGNAN
Antoine MATH • Christèle MEILLAND • Cristina NIZZOLI • Jean-Marie PERNOT
Udo REHFELDT • Catherine SAUVIAT • Claude SERFATI • Michèle TALLARD
Arnaud TRENTA • Catherine VINCENT

Conseillers techniques

Philippe ANTOINE (CFDT) • Louis DELBOS (CFE-CGC) • Élise GUILLAUME (CFTC)
Philippe GUIMARD (CGT-FO) • Benoît KERMOAL (UNSA-Éducation) • Fabrice PRUVOST (CGT)

Directeur général de l'IREs : Frédéric LERAI

Directeur adjoint, documentation et communication : Benoît ROBIN

Directeur adjoint, administration et finances : Bruno ROUQUET

Administration : Caroline AUJOLET, Nadège MOUSSET

Documentation : Guillaume HEINTZ

Les numéros de *La Revue de l'IREs* sont en texte intégral depuis 1998 sur le site de l'IREs (www.ires.fr). Les numéros depuis 2005 sont en accès libre sur le portail www.cairn.info.

© IRES, Noisy-le-Grand, 2021 • Tactic Impressions - Gonesse • Dépôt légal : octobre 2021 - n° ISSN 1145-1378 • Prix du numéro : 24,50 €

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

La Revue de l'IREs

Sommaire n°103-104 • 2021/1-2

Numéro spécial Assurance santé : aux frontières du public et du privé

Coordonné par
Renaud GAY et Catherine SAUVIAT

Introduction : les frontières public/privé de l'assurance santé aux États-Unis et en France	3
<i>Renaud GAY et Catherine SAUVIAT</i>	
La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ?	21
<i>Philippe BATIFOULIER, Victor DUCHESNE et Anne-Sophie GINON</i>	
L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare... what's going wrong in France ?	45
<i>Marion DEL SOL et Pascale TURQUET</i>	
L'assurance sociale confiée à des assureurs privés : Medicare Advantage aux États-Unis	75
<i>Lucy apROBERTS</i>	
Le gouvernement fédéral américain au chevet de l'assurance santé	109
<i>Anne-Laure BEAUSSIER</i>	
Bricoler une action municipale de santé à faible coût ou rebâtir des solidarités organisées ? Regard sur la diversité des « mutuelles communales »	131
<i>Clémentine COMER</i>	
Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ?	157
<i>Renaud GAY</i>	
Résumés des articles - English Abstracts	185

Introduction : les frontières public/privé de l'assurance santé aux États-Unis et en France

Renaud GAY et Catherine SAUVIAT¹

La division public/privé est un critère central utilisé dans la littérature pour différencier et caractériser, dans une perspective comparative, les différents systèmes de santé. Cette division est appliquée autant à l'offre de soins qu'à son financement. Les systèmes nationaux de santé sont ainsi définis par le financement public, assis sur l'impôt, et des services de soins gérés par les autorités publiques comme le National Health Service britannique. Dans le cas des systèmes d'assurance maladie comme ceux de l'Allemagne ou de la France, l'offre de soins est partiellement privée et financée majoritairement par des ressources publiques *via* des cotisations sociales et l'impôt. Les systèmes libéraux de santé, à l'image du système étasunien, se distinguent par la domination d'une offre de soins privée en grande partie financée par des assurances privées, complétées par un financement public pour des catégories ciblées de la population (pauvres, personnes âgées, etc.). Ce marquage clivant de la frontière public/privé se retrouve dans la façon dont ces travaux comparatifs cherchent à penser les réformes des systèmes de santé qui sont le plus souvent présentées comme des rééquilibrages, plus ou moins amples, du dosage entre public et privé : privatisation de l'offre de soins, extension des programmes publics d'assurance, déremboursement des soins par l'assurance publique, etc.

L'objectif de ce numéro spécial de *La Revue de l'IRES*² est d'interroger cette division public/privé, dont la pertinence est peu questionnée, et

1. Chercheur postdoctoral, UMR Arènes – EHESP, associé à l'Ires ; chercheuse à l'Ires.

2. La plupart des contributions de ce numéro sont le résultat de travaux engagés par leurs auteurs et autrices dans le cadre d'un financement par l'ANR MaRiSa, (ANR-17-CE26-0018 – MaRiSa : Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation sociale).

sa capacité heuristique à rendre compte des transformations des systèmes de santé en se centrant sur leur financement et sur le rôle des assurances privées aux États-Unis et en France. Le choix de cette comparaison peut surprendre, tant l'histoire et la configuration des systèmes de santé s'opposent dans ces deux pays, notamment du point de vue du rôle occupé par les assurances privées, périphérique en France et central aux États-Unis. Mais il a pour vertu de revisiter les transformations du financement de l'assurance santé en France à la lumière des imbrications entre opérateurs publics et privés mises en évidence depuis longtemps outre-Atlantique et de questionner les enjeux qu'elles impliquent vis-à-vis des principes de solidarité et d'égalité.

I. Des espaces d'action des assureurs privés d'inégale importance en France et aux États-Unis

Les assurances privées occupent une place fortement dissemblable dans le financement des systèmes de santé français et étasunien. Un chiffre suffit à en rendre compte. En 2018, celles-ci couvrent 14 % de la dépense courante de santé en France, contre 40 % aux États-Unis (Marc *et al.*, 2020). Cet écart tient au rôle acquis par ces acteurs par rapport aux dispositifs publics de couverture des dépenses. En France, les assurances privées proposent un financement complémentaire et supplémentaire³ à l'assurance maladie obligatoire et à l'État, qui couvrent tous deux 77 % de la dépense courante de santé. Aux États-Unis, elles assurent au contraire la couverture primaire et interviennent, plus rarement, comme assurance complémentaire à des programmes publics qui ciblent certaines catégories de la population. Ces positions sont le produit de processus historiques au cours desquels les assurances privées se sont ouvert des espaces d'action d'inégale importance, investis par une diversité d'opérateurs de part et d'autre de l'Atlantique.

1.1. Des sociétés mutualistes sans monopole, à la périphérie du système de santé français

L'architecture institutionnelle de la Sécurité sociale arrêtée en 1945 reconnaît un espace d'action limité aux opérateurs privés d'assurance santé. Ceux-ci ont pourtant joué un rôle pionnier en matière de couverture financière des soins à travers l'action, à partir du XIX^e siècle, de sociétés de secours mutuels dont les racines sont autant ouvrières que patronales et notabilliaires (Hatzfeld, 1971:190-213 ; Dreyfus, 2001). Fondées sur le

3. L'assurance privée est qualifiée de complémentaire quand elle couvre une part des dépenses de prestations prises en charge par les assurances sociales ou par l'État. Elle exerce une fonction supplémentaire lorsqu'elle couvre des prestations non couvertes par les assurances sociales ou par l'État.

principe de prévoyance volontaire, elles couvrent jusqu'à près de 10 millions d'individus à la fin des années 1930, soit presque un quart de la population. À ce titre, elles sont intégrées au premier dispositif d'assurances sociales destinées aux salariés à faible revenu qui est adopté en 1930 par les autorités publiques, celles-ci autorisant les assurés sociaux à s'affilier soit à des caisses départementales organisées par l'État, soit à des caisses d'affinité gérées par des sociétés mutualistes, des syndicats professionnels ou encore des organismes patronaux. La conjoncture politique d'après-guerre ⁴ conduit à la suppression du principe d'affinité au profit de caisses uniques gérées par des représentants des assurés et des employeurs et dont les prestations doivent couvrir à terme l'ensemble de la population (Valat, 2001). Si elles sont des entités de droit privé, les caisses locales sont cependant soumises au contrôle croissant de la caisse nationale, établissement public sous la tutelle de l'État, et ne peuvent agir sur le niveau des cotisations et des prestations qui est défini par ce dernier. Ce cadre institutionnel restreint fortement le domaine d'intervention des assureurs privés qui est limité à la prise en charge financière du « ticket modérateur » ⁵, à leur participation aux conseils d'administration des caisses et, après la « loi Morice » de 1947, à la gestion déléguée des sections locales de Sécurité sociale sous certaines conditions.

Les opérateurs privés d'assurance santé sont pour l'essentiel des sociétés mutualistes qui sont historiquement spécialisées dans la couverture individuelle du risque maladie. Elles font l'objet d'un encadrement juridique spécifique à travers l'ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, qui sera remplacée par le Code de la mutualité en 1955. Ces textes rappellent notamment la nature non lucrative de ces sociétés et précisent le caractère démocratique de leur fonctionnement qui repose sur des mécanismes électifs. Les mutuelles ne se voient pas pour autant reconnaître un monopole de la prise en charge complémentaire des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale. Deux autres types d'opérateurs investissent ce marché de la complémentaire santé, surtout à partir des années 1970. Ils se distinguent des mutuelles par leurs règles de fonctionnement et leurs activités d'assurance plus diversifiées, avant que leurs pratiques ne tendent à se rapprocher à partir des années 1980. D'une part, de nouvelles organisations non lucratives, appelées institutions de prévoyance (IP), sont créées en 1946 dans le but de gérer la protection collective complémentaire issue des accords d'entreprise. Relevant du Code de la sécurité sociale, elles

4. Cette conjoncture se caractérise par le poids politique et le prestige des organisations partisans de gauche et du syndicalisme ouvrier, hérités de la Résistance. Au contraire, le patronat tout comme le mouvement mutualiste souffrent d'un fort discrédit politique lié à leurs attitudes plus ou moins compromettantes sous le régime de Vichy.

5. Le ticket modérateur correspond à la part des tarifs de la Sécurité sociale (fixée initialement à 20 %) qui n'est pas remboursée aux assurés sociaux dans le but de les amener à limiter leur consommation de soins.

fonctionnent selon un principe paritaire. Si l'activité des IP est d'abord centrée sur la gestion des régimes complémentaires obligatoires de retraite mis en place à partir de 1947, elles se voient aussi reconnaître une compétence dans la prévoyance collective facultative en matière de santé (Kerleau *et al.*, 2008:18-22). D'autre part, les compagnies d'assurance entretiennent une activité de remboursement des frais de santé, en dépit de l'apparent monopole accordé après-guerre au secteur non lucratif dans la gestion de la protection sociale complémentaire. Régies par une législation spécifique qui est codifiée en 1976, ces compagnies investissent le champ sanitaire soit sous le couvert d'IP dont elles sont à l'origine, soit à travers la gestion des cotisations et prestations de la couverture santé des professions indépendantes rétives jusqu'aux années 1960 à leur intégration au régime de base (Gibaud, 1990 ; Lucas, 1986).

1.2. Les assureurs privés à but lucratif, des acteurs dominants de la couverture maladie aux États-Unis

Aux États-Unis, c'est un schéma inverse qui est observé. Les assurances privées acquièrent un espace d'action étendu dans l'après-guerre après avoir œuvré, aux côtés de la profession médicale, à faire échouer les projets d'instauration d'une assurance maladie universelle sous les présidences de Truman et d'Eisenhower et être parvenues à s'imposer comme gestionnaires du programme public Medicare dès sa création en 1965. Et de fait, cette assurance sociale pour les personnes âgées a été configurée sur le modèle des assurances privées pour des raisons à la fois pratiques (manque de ressources et de compétences de l'administration fédérale) et politiques (acceptation plus aisée de la réforme) (Chapin, 2015 ; Morgan, Campbell, 2011). Medicare consacre le rôle central des assureurs privés dans le système d'assurance santé et l'imbrication des intérêts privés et publics. Les compagnies privées d'assurance profitent aussi de la couverture lacunaire de Medicare (restes à charge sous la forme de franchises, de tickets modérateurs et d'un forfait hospitalier) pour développer une offre de couverture complémentaire appelée Medigap qui est proposée à ses bénéficiaires à titre individuel dès 1965. L'espace d'action des assurances privées a par ailleurs été dynamisé par une mesure fiscale dans les années 1950 qui encourage les employeurs à développer une assurance professionnelle de groupe pour leurs salariés. Cette incitation fiscale a un coût budgétaire très élevé pour l'État fédéral, estimé à 287 milliards de dollars en 2019 par le Congressional Budget Office (1,3 % du PIB), soit l'une des plus importantes dépenses fiscales du gouvernement. Enfin, l'adoption par le Congrès en 1959 d'un programme d'assurance santé relativement généreux couvrant près de 2 millions de travailleurs (actifs et retraités) du gouvernement fédéral (Federal Employees Health Benefits Program) ouvre aux

compagnies d'assurance privées un nouvel espace qui voit s'affronter opérateurs à but lucratif et non lucratif afin d'obtenir la plus grosse part de ce marché.

Car tout comme en France, une diversité d'opérateurs a investi le secteur de l'assurance santé aux États-Unis : des compagnies à but non lucratif à l'instar de Blue Cross et de Blue Shield et des compagnies commerciales. Les premières sont apparues dans les années 1930 et promeuvent des types de couverture fondés sur le paiement d'une cotisation forfaitaire sans avance de frais pour les soins hospitaliers (Blue Cross) et ambulatoires (Blue Shield), sur le modèle des futures Health Maintenance Organizations (HMO). Ces compagnies d'assurance à but non lucratif, organisées sur des bases régionales (par État), seront plébiscitées par les organisations syndicales dès les années 1940 et après la guerre, dans le cadre du développement de la négociation collective. À l'origine, elles bénéficiaient d'un statut fiscal privilégié, qui a été en partie remis en cause en 1986 (Tax Reform Act) sous la pression des compagnies commerciales d'assurance. Dans les années 1990, certaines d'entre elles se transforment en compagnies d'assurance à but lucratif après avoir été autorisées par leur association faitière (Blue Cross Blue Shield Association) à changer de statut. D'autres seront acquises par des compagnies à but lucratif et intégrées à de grands opérateurs nationaux d'assurance à l'instar d'Anthem. Si bien qu'aujourd'hui, seules deux compagnies d'assurance à but non lucratif figurent dans le classement des dix premières compagnies d'assurance par part de marché : il s'agit respectivement de Health Care Services Corporation (HCSC) et de Kaiser Permanente, avec respectivement 6 et 2 % de part du marché de l'assurance santé tandis que les huit autres compagnies du classement, toutes à but lucratif, représentent 50 % de ce marché ⁶.

II. De part et d'autre de l'Atlantique, l'extension du domaine de l'assurance santé privée

Si les assureurs santé privés occupent des positions asymétriques en France et aux États-Unis, leur domaine d'intervention tend à s'étendre dans les deux pays à partir des années 1970 sous l'effet de différents processus de privatisation du financement de la dépense de santé. Ces processus contribuent de part et d'autre de l'Atlantique au renforcement de leur position, qui s'accompagne de dynamiques similaires affectant le marché de l'assurance santé comme l'homogénéisation des opérateurs d'assurance et l'élargissement de la population couverte par des assurances privées.

6. <https://bit.ly/3zgblk4>, consulté le 15 juillet 2021.

II.1. Rétraction de la Sécurité sociale vs délégation de la couverture publique à des assureurs privés

Formellement, les assureurs privés restent cantonnés en France par les autorités publiques à un rôle de financeur complémentaire ou supplémentaire des dépenses de santé, le rôle déterminant de l'assurance maladie publique dans la couverture de la population n'étant pas remis en cause. D'après les comptes de la santé, la part de celle-ci dans le financement des dépenses de santé oscille entre 75 et 80 % depuis le milieu des années 1970, tandis que celle des assureurs privés progresse légèrement, de 10 % à 13 % entre 1990 et 2015 (Soual, 2017). La stabilité apparente de ces données moyennes, synonyme à première vue d'un haut degré de solidarité du système, s'explique en partie par la progression du nombre d'assurés sociaux atteints d'une « affection longue durée » (ALD) et du coût induit de leurs traitements, ce dispositif garantissant des remboursements plus élevés par l'assurance maladie publique. Ces chiffres tendent ainsi à occulter le « repli à la dérobée » de cette dernière dont la couverture des soins courants (hors ALD et hospitalisation) ne s'établit plus qu'à 55 % à la fin des années 2000 (Tabuteau, 2010:88). Depuis les années 1970, les restes à charge des assurés sociaux se sont renforcés et diversifiés du fait de mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie (hausse du ticket modérateur, déremboursement de médicaments, forfait hospitalier, etc.) et d'un défaut de régulation du prix de certaines prestations (création d'un secteur à honoraires médicaux libres, etc.) (*Revue de droit sanitaire et social*, 2017 ; *Actualité et dossier en santé publique*, 2018). De cette manière, les assureurs privés voient leur domaine d'intervention s'élargir, au point que leur contribution au financement de certains actes et équipements peut largement dépasser celle de l'assurance maladie (Gay, dans ce numéro). Ce nouvel équilibre financier est entériné et entretenu par une plus grande intégration institutionnelle des acteurs de l'assurance maladie et des assureurs privés à partir des années 2000 (Benamouzig, 2012). Des instances de réflexion et de régulation rapprochent ainsi ces acteurs comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie créé en 2004, tandis que les autorités publiques œuvrent de plus en plus explicitement à l'articulation de leurs interventions dans la couverture des soins des assurés.

La privatisation du financement de l'assurance santé revêt une forme différente aux États-Unis. Ce processus, qui conforte la place prépondérante acquise par les assurances privées, procède moins d'une réduction de la couverture publique des dépenses que d'un transfert de la gestion et du risque d'assurance des couvertures publiques mises en place dans les années 1960 aux compagnies privées d'assurance. D'abord technique avec la délégation de la gestion administrative des cotisations et prestations de Medicare aux compagnies privées d'assurance dès 1965, ce transfert prend

progressivement une dimension financière. Ces dernières développent en effet des couvertures qui sont proposées dans le cadre de cette assurance publique, dont elles assument directement le risque d'assurance en échange d'une somme forfaitaire mensuelle par capitation versée par l'administration fédérale. Depuis 1985, Medicare Advantage offre ainsi une couverture optionnelle et alternative à Medicare, promue dans un objectif de contrôle des coûts (apRoberts, dans ce numéro). Medicare Advantage remplace non seulement la couverture Medicare traditionnelle mais aussi la couverture complémentaire Medigap. Il en va de même en 2003 lors de l'instauration d'une couverture pour les médicaments prescrits en ambulatoire. Plutôt que d'intégrer cette couverture à Medicare et de conférer à l'administration fédérale le pouvoir de négocier directement avec les laboratoires pharmaceutiques, le choix a été fait de donner des subventions aux assurances privées pour qu'elles offrent une couverture des médicaments aux personnes âgées (Gruber, 2017), leur laissant le soin de négocier avec les laboratoires directement ou à travers des intermédiaires spécialisés (*Pharmacy Benefit Managers*).

II.2. Des dynamiques semblables du marché de l'assurance santé

Le renforcement de la place des assureurs privés dans le financement des dépenses de santé s'accompagne de dynamiques transformatrices affectant le marché de l'assurance santé qui sont similaires aux États-Unis et en France et sont pour partie encouragées par les autorités publiques.

L'une de ces dynamiques se rapporte à l'homogénéisation des différents types d'opérateurs de l'assurance santé et à la progressive désingularisation des assureurs à but non lucratif. En France, les acteurs de l'assurance maladie complémentaire se diversifient à partir des années 1970. Tandis que les mutuelles représentent alors environ 80 % du marché de l'assurance maladie complémentaire, cette part diminue à 50 % à la fin des années 2010 au profit des sociétés d'assurance et des IP (31 et 18 % des cotisations collectées en 2017). Cette diversification tient tout d'abord à l'ouverture de la protection sociale complémentaire d'entreprise aux enjeux de santé qui favorise ces deux derniers types d'opérateurs, davantage spécialisés dans la couverture collective que les mutuelles⁷. Elle s'explique aussi par la redéfinition du cadre juridique réglemant le secteur de l'assurance maladie complémentaire, qui harmonise les conditions de fonctionnement et d'intervention des mutuelles, des IP et des sociétés d'assurance (réformes du Code de la mutualité de 1985 et 2001, loi du 31 décembre 1989, etc.) (Domin, 2020, 2021). Ce nouveau cadre organise une mise en concurrence des opérateurs à but lucratif et non lucratif, notamment sous l'influence de la législation

7. En 2016, les contrats collectifs représentent 29 % du chiffre d'affaires des mutuelles, 49 % de celui des sociétés d'assurance et 88 % de celui des IP. Par ailleurs, la part des contrats collectifs dans les cotisations collectées par tous les organismes d'assurance maladie complémentaire est passée de 40 à 48 % entre 2007 et 2019.

européenne (directives « assurance » de 1992, « solvabilité 2 » de 2009) qui considère l'ensemble des opérateurs de l'assurance maladie complémentaire sous la même catégorie juridique d'entreprise d'assurance. Cette législation leur donne la possibilité d'offrir des produits dans l'ensemble du marché intérieur et leur impose les mêmes contraintes réglementaires en matière de garanties financières (Del Sol, 2011). Non seulement les sociétés mutualistes perdent à cette occasion les protections économiques dont elles pouvaient bénéficier comme les mutuelles de fonctionnaires (mise à disposition de personnels et de locaux par l'État, subventions, etc.), mais elles tendent aussi à rapprocher leurs pratiques, notamment tarifaires, de celles des assurances lucratives pour rester compétitives (segmentation des contrats, tarification au risque, etc.) (Abecassis *et al.*, 2014).

Cette homogénéisation des opérateurs de l'assurance santé intervient de manière encore plus précoce aux États-Unis. Dès les années 1960, on observe une généralisation de certaines techniques d'assurance concernant le calcul du risque et la tarification qui lui est liée sous la pression des assureurs commerciaux qui se développent alors sur un marché de l'assurance santé en pleine expansion et encore dominé par des opérateurs à but non lucratif comme Blue Cross et Blue Shield. Alors que ces derniers proposent des contrats d'assurance sans distinction de prix en fonction de l'âge ou de l'état de santé de leurs souscripteurs (*community rating*), les compagnies d'assurance pratiquent l'*experience rating*, équivalent d'une tarification au risque, pour pouvoir vendre des polices d'assurance moins coûteuses aux individus en bonne santé. Afin de ne pas perdre une clientèle avantageuse d'assurés plutôt en bonne santé (celle des travailleurs syndiqués des grandes entreprises notamment) et d'éviter de se retrouver avec les populations les plus malades et les plus coûteuses, les assureurs à but non lucratif alignent leurs pratiques sur celles des assureurs à but lucratif en adoptant l'*experience rating* (Beaussier, 2016:68-69). La mise en équivalence de ces deux types d'opérateurs et la percée du pôle lucratif sont par ailleurs soutenues par les autorités fédérales à partir des années 1970 en les soumettant à une réglementation fiscale quasi similaire et en imposant un cadre commun aux couvertures complémentaires Medigap ⁸ (Chelle, 2019:24-34). Ainsi, les autorités promeuvent auprès de l'ensemble des assureurs santé une logique de *managed care*, prenant notamment la forme de Health Maintenance Organizations (HMO) ⁹, dont il est espéré une plus

8. Ces assurances connues sous le nom de Medigap connaissent un début de réglementation fédérale en 1980 (l'amendement Baucus de l'Omnibus Reconciliation Act), qui sera complétée et renforcée en 1990 (Omnibus Budget Reconciliation Act) dans un but de standardisation des prestations, de stabilisation et de transparence de ce marché.

9. Le *managed care* désigne un ensemble de principes et pratiques qui redéfinissent le rôle des assureurs aux États-Unis à partir des années 1970. Celui-ci n'est plus limité au remboursement des frais de santé mais consiste aussi à agir sur l'organisation et le contrôle des soins. Il s'opérationnalise dans des réseaux de soins qui intègrent les fonctions de financeurs et de producteurs des soins.

grande maîtrise des dépenses de santé alors en forte hausse et qui favorise le développement des acteurs à but lucratif (Brown, 1983). Cette évolution s'inscrit dans un mouvement d'affirmation d'un cadre juridique commun à l'échelle fédérale, remettant en cause les législations des États qui sont chargés de la régulation des marchés de l'assurance ¹⁰.

Une deuxième dynamique affectant les marchés de l'assurance santé en France et aux États-Unis concerne l'accroissement du nombre d'acheteurs de contrats sous l'effet de mesures politiques qui cherchent à étendre la couverture privée des dépenses de santé. Ce faisant, les autorités publiques travaillent à la solvabilisation du marché à travers une pérennisation de ses sources de financement selon des modalités et des temporalités qui diffèrent dans les deux pays. En France, près de 96 % de la population est couverte par l'assurance maladie complémentaire en 2017, contre un peu moins de 50 % en 1970. Cette quasi-généralisation de la couverture privée tient en grande partie à une politique d'incitation socio-fiscale qui encourage le développement de contrats collectifs d'entreprise à partir des années 1980, avant de rendre ces derniers obligatoires à la suite de l'accord national inter-professionnel de 2013 (Del Sol, Turquet, dans ce numéro). Cette politique est complétée à partir de la fin des années 1990 par des dispositifs d'accès à une couverture complémentaire individuelle ciblant les populations à bas revenus (couverture maladie universelle complémentaire couvrant 8 % de la population en 2017, aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, etc.). Aux États-Unis, la part de la population de moins de 65 ans ayant opté pour un contrat individuel sur le marché privé des assurances, maintenue pendant les années 2000 en deçà de 5 % à cause de son coût élevé, croît un peu au cours de la dernière décennie, passant de 5 à 7 % entre 2010 et 2018. Globalement, la part de cette population affiliée à une assurance privée tend cependant à se réduire, passant de 79 à 65 % entre 1970 et 2018, du fait de l'érosion de la couverture d'entreprise ¹¹. La progression des contrats individuels est due principalement aux inscriptions de personnes auparavant non assurées sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance mis en place par l'Obamacare à partir de 2014 et largement subventionnés. De fait, la généralisation de la couverture santé recherchée par l'Affordable Care Act de 2010 passe en partie par des subventions pour faciliter l'accès de certains publics aux marchés de l'assurance privée individuelle, comme le défend une partie des experts de la protection maladie les plus dominants depuis les années 1990 (Lepont, 2016 ; Beaussier, dans ce numéro). Mais c'est dans le cadre du programme public Medicare que l'élargissement de la clientèle des assurances privées est le plus frappant puisque la part de

10. On peut citer l'Employment Retirement Income Security Act (ERISA) de 1974 qui autorise les entreprises décidant de s'auto-assurer en santé à se soustraire à la réglementation des États.

11. <https://bit.ly/3hBTAFU>, consulté le 15 juillet 2021.

ses bénéficiaires optant pour Medicare Advantage fait plus que quadrupler entre 1995 et 2020, passant de 9 à 42 %¹².

III. Une même approche privative de la politique de santé ?

Les dynamiques du marché de l'assurance santé décrites ci-dessus ont pu être analysées dans la littérature comme la manifestation d'une « approche privative » de la politique de santé aux États-Unis. Appliquée à la France, cette approche propose selon nous une lecture plus affinée des processus de privatisation de la couverture santé, qui donne à voir de multiples imbrications entre opérateurs publics et privés. Celles-ci prennent appui sur des dispositifs publics spécifiques qui renforcent les inégalités d'accès et affaiblissent les mécanismes de solidarité.

III.1. Penser l'imbrication des couvertures publiques et privées : l'approche privative du financement des dépenses de santé

L'approche privative de la politique de santé désigne une invisibilisation, dans le domaine de la couverture maladie, de l'intervention de l'État qui agit en prenant appui sur des opérateurs privés multiples (entreprises, assureurs à but lucratif et non lucratif, etc.). Cette approche est présentée comme un trait distinctif des États-Unis dont l'État-providence est dit « masqué » (*hidden welfare state*) (Howard, 1997) ou encore de l'ombre (*shadow welfare state*) (Gottschalk, 2000), au contraire des systèmes de protection sociale européens caractérisés par un niveau élevé de dépense publique. À la suite des travaux de Hacker (2002, 2008), l'approche privative de la politique de santé peut être rapportée à trois composantes (institutionnelle, intellectuelle, stratégique) qui s'inscrivent dans des temporalités distinctes et ne constituent donc pas un programme d'action préétabli. Elle renvoie premièrement à un ensemble de dispositifs publics, développés aux États-Unis à partir des années 1940, qui soutiennent et encadrent plus ou moins étroitement la couverture des frais de santé par des opérateurs privés, en complément ou en remplacement de programmes publics. Ces dispositifs sont censés faciliter l'accès du plus grand nombre à une assurance privée et fixer à ces opérateurs des objectifs définis par les autorités publiques : exonérations socio-fiscales et subventions publiques pour encourager la souscription individuelle ou collective *via* l'entreprise de contrats d'assurance, standards de qualité imposés aux contrats, régulation du montant des primes, etc. Cette approche privative trouve ensuite sa justification intellectuelle, exprimée dès la fin des années 1960 par des économistes néo-classiques de la santé comme Pauly, dont plusieurs concepts comme l'aléa (ou le risque) moral insistent sur la plus grande efficacité de l'assurance privée,

12. <https://bit.ly/3khhMzm>, consulté le 8 août 2021.

par rapport aux assurances publiques, en raison de sa capacité à limiter les dépenses de soins dites inutiles (Batifoulier *et al.*, dans ce numéro)¹³. Du fait de ses instruments et de ses modalités de mise en œuvre, l'approche privative réduit enfin la visibilité des coûts de la politique de santé et la traçabilité de ses résultats, plus difficilement imputables à l'action gouvernementale, ce qui présente l'avantage politique de contenir les oppositions et conflits.

L'intérêt de cette lecture en termes d'approche privative est à la fois de restituer la dimension politique des processus de privatisation des dépenses de santé et de ne pas les réduire à un transfert de compétences et de responsabilités d'autorités publiques vers des acteurs privés. Au contraire, elle insiste sur les imbrications entre acteurs publics (assurance publique, gouvernants, etc.) et assureurs privés. Ainsi, elle décrit un nuancier d'articulations entre opérateurs publics et privés, de la couverture publique complète des dépenses de santé à celle strictement privée en passant par la délégation de programmes publics à des intermédiaires privés et par la distribution régulée de prestations privées. En somme, cette démarche conteste l'idée d'une division nette entre financeurs publics et privés de la santé pour mettre au contraire l'accent sur leurs formes d'interpénétration mutuelle : l'assurance privée peut être intégrée à la gestion des programmes publics de couverture des dépenses et les autorités étatiques peuvent assigner aux assureurs privés des objectifs civiques de l'assurance publique. L'idée peut ainsi être avancée que la distinction public/privé en matière assurantielle se rapporte moins à une frontière étanche ou à une ligne de séparation absolue qu'à une zone grise faite d'échanges et de contrôles. Appliquée habituellement dans la littérature au cas étasunien, que l'on retrouve dans les articles d'Anne-Laure Beaussier et Lucy apRoberts de ce numéro, consacrés respectivement à la mise en œuvre de l'Obamacare et au programme Medicare, cette démarche d'analyse peut éclairer les transformations actuelles du financement de la santé en France, comme nous y invite la mise en évidence du rapprochement, voire de la similitude de certaines dynamiques des marchés de l'assurance santé dans les deux pays.

III.2. Explorer l'ingénierie et les effets redistributifs de la politique privative de la santé

En « déprovincialisant » cette lecture forgée à partir des politiques adoptées aux États-Unis, notre approche ne soutient pas la thèse d'une

13. Inspiré du modèle de l'agence et de son principe d'asymétrie d'information, le concept d'aléa moral rend compte des incitations à la surconsommation de soins et à l'adoption de comportements à risque qu'entreprendrait une couverture financière étendue des dépenses de santé. Si cette critique est adressée à toutes les formes assurantielles (publiques et privées), ces incitations néfastes pourraient être corrigées par des mécanismes de copaiement (ticket modérateur, etc.) et seraient moins fortes dans le cadre des contrats d'assurance privée dont l'acquittement peut responsabiliser l'assuré et dont la diversité peut être adaptée aux différents profils de risque, limitant ainsi les recours inutiles aux services de santé.

convergence des systèmes de santé français et étasunien tant la place de l'assurance privée dans leur financement est loin d'être identique, comme nous l'avons souligné précédemment. En effet, la régulation publique de l'assurance santé privée se construit historiquement dans des rapports différents à l'assurance publique dans les deux pays. Alors que cette régulation est pour certains de ses promoteurs un moyen de prévenir l'apparition d'une assurance nationale obligatoire aux États-Unis à partir des années 1940, elle se développe en France à partir des années 1980 en partie en réaction aux défaillances de la couverture publique des dépenses de santé. L'attention portée aux logiques privatives dans le système de santé français, à la lumière des politiques étasuniennes, ouvre deux perspectives.

Premièrement, elle donne à voir le déploiement d'une ingénierie de régulation qui favorise le développement des contrats privés d'assurance santé et encadre leurs garanties en s'appuyant principalement sur des outils fiscaux (exonérations, subventions, etc.) (Del Sol, Turquet, dans ce numéro). Les similarités instrumentales apparaissent fortes entre les deux pays, bien que les montants financiers en jeu ne soient pas équivalents. Ces instruments donnent à voir de part et d'autre de l'Atlantique une tension entre une certaine standardisation des contrats, auxquels sont assignés des objectifs civiques d'accès aux soins, et des mécanismes d'extension et de stabilisation du marché des assurances (Batifoulier *et al.*, dans ce numéro). Les mécanismes de régulation présentent cependant en France une sophistication moins poussée qu'aux États-Unis où ces derniers ciblent non seulement l'accès aux contrats et leur contenu (incitations à la souscription, lutte contre la sélection des assurés, garanties minimales, etc.) mais aussi le niveau de marges des assureurs et la compensation des risques entre ces derniers (Beaussier ; apRoberts, dans ce numéro). Une autre particularité française, par rapport à la situation étasunienne, tient au fait que les dispositifs fiscaux de régulation agissent simultanément et directement sur les couvertures publique et privée puisque les exonérations de cotisations sociales doivent encourager la souscription de contrats d'assureurs privés et réduisent en même temps les ressources de la Sécurité sociale.

Deuxièmement, l'analyse de l'approche privative de la politique de santé ouvre un questionnement sur ses effets en termes d'égalité et de solidarité. Si l'enrôlement public des assureurs privés est présenté comme un substitut à l'assurance publique (aux États-Unis) ou un palliatif à ses insuffisances (en France), l'approche privative du financement de la santé revêt néanmoins toujours un caractère nettement moins redistributif que la couverture publique d'après Hacker (2002:36-40). Ce constat est documenté par l'ensemble des articles du numéro dont on peut retenir au moins deux observations établies à la fois sur les terrains français et étasunien. D'une part, les dispositifs publics de régulation de l'assurance privée permettent

certes d'étendre la couverture santé au sein de la population mais ils entretiennent, voire accroissent les inégalités d'accès aux contrats d'assurance entre individus. Ces inégalités s'observent au niveau du prix des contrats et de leur qualité : dépenses socio-fiscales favorisant les couvertures collectives de salariés avec un emploi stable plutôt que les couvertures individuelles plus coûteuses ; effets contrastés des garanties minimales imposées par l'État sur le prix des contrats en fonction de leur nature (collective, individuelle) et de leur opérateur, etc. (Del Sol, Turquet ; Gay, dans ce numéro). D'autre part, la politique privative du financement de la santé construit de nouveaux espaces pour le marché de l'assurance et contribue aux processus de segmentation de la population qui lui sont inhérents. Des initiatives politiques nationales ou locales peuvent susciter de nouvelles offres concurrentielles à l'image des « mutuelles communales » apparues à la suite de mobilisations d'équipes municipales (Comer, dans ce numéro). L'instrumentation de ces initiatives contribue en outre à différencier des catégories d'assurés (les salariés du secteur privé, les retraités, les plus modestes, etc.) qui présentent des différences d'état de santé et auxquelles les opérateurs d'assurance sont incités à ajuster le prix et le contenu de leur offre. En somme, le recours politique aux assurances privées étend moins les mécanismes de solidarité qu'il ne tend à les fragmenter.

Les contributions de ce numéro spécial, en analysant les interrelations entre assurances privées et autorités publiques en France et aux États-Unis, et en offrant dans certains cas une comparaison entre les deux pays, viennent enrichir cette perspective analytique en termes d'approche privative des politiques de santé.

IV. Présentation des contributions du numéro

Philippe Batifoulier, Victor Duchesne et Anne Sophie Ginon soulignent que le développement des assurances complémentaires santé en France s'est accompagné et nourri d'un processus de promotion des missions et valeurs de solidarité traditionnellement attribuées à l'assurance publique, donnant ainsi naissance à ce que les auteurs nomment un « marché éduqué ». Après avoir analysé les modalités de construction de ce marché en France, ils montrent, dans une comparaison avec les États-Unis, que le « marché éduqué » offre un compromis raisonné entre logiques de marché promues par les assurances privées et logiques de solidarité propres aux assurances publiques, en renouvelant les formes de l'intervention publique.

Marion Del Sol et Pascale Turquet interrogent la rationalité, la légitimité et l'équité des dépenses sociales liées aux dispositifs collectifs d'assurance maladie complémentaire en entreprise en France. Si les incitations financières à la souscription de tels contrats remontent à la fin des années 1970,

elles laissent place dans les années 2010 à une politique de subventionnement à l'achat d'une assurance privée de la part de l'État. En effet, les entreprises du secteur privé ont obligation, depuis le 1^{er} janvier 2016, de financer à 50 % au moins une couverture complémentaire maladie au bénéfice de leurs salariés. C'est donc à une rupture de logique que conduit l'accord national interprofessionnel de 2013, qui non seulement accentue le caractère inégalitaire de l'accès à l'assurance maladie complémentaire mais pérennise l'assurance privée comme horizon indépassable des réformes dans le champ de l'assurance maladie.

Lucy apRoberts analyse les transformations de Medicare aux États-Unis, à l'origine une assurance sociale pour les personnes âgées de 65 ans et plus créée en 1965 pour combler les lacunes du système d'assurance privée *via* l'emploi alors dominant. Elle montre que l'existence de restes à charge importants pour les assurés de ce programme public entraîne la création d'assurances complémentaires, appelées Medigap, réglementées par le gouvernement fédéral dans les années 1980-1990 puis d'assurances substitutives avec l'adoption à partir de 1986 d'un nouveau type de contrat, Medicare Advantage, pris en charge par les compagnies privées d'assurance et qui vient se substituer en totalité à Medicare et Medigap. Le développement de Medicare Advantage fait muter Medicare d'un modèle d'assurance sociale à un modèle d'assurance hybride consacrant le rôle des assureurs au cœur du système de santé étasunien dans lequel intérêts privés et « intérêt général » s'imbriquent.

Anne-Laure Beaussier met l'accent sur le rôle relativement invisible mais pourtant bien réel et croissant de l'État américain dans la couverture maladie assurée par des opérateurs privés, en particulier à la suite de l'adoption de l'Affordable Care Act (ACA) en 2010, souvent désigné sous le nom d'Obamacare. D'une part, elle s'appuie sur les assureurs privés pour universaliser l'accès aux soins et leur assigne des objectifs de solidarité en réglementant leur offre et en encadrant leurs pratiques. D'autre part, cette loi cherche à organiser et à stabiliser les marchés d'assurance individuelle (Health Insurance Marketplaces), qui sont mis en place à cette fin de solidarité mais connaissent dès leurs débuts plusieurs dysfonctionnements. Ce faisant, l'Obamacare contribue à créer un « marché éduqué » de l'assurance santé que l'administration Trump n'a pas fondamentalement remis en cause malgré les intentions affichées.

Clémentine Comer analyse l'essor dans les années 2010 des « mutuelles communales », c'est-à-dire des contrats de frais de santé proposés par quelques opérateurs qui sont négociés plus ou moins directement par des élus locaux. Bénéficiant d'un avantage tarifaire de groupe, ces contrats sont destinés aux individus exclus des mécanismes d'extension de la complémentaire santé et les plus exposés à la sélectivité du marché de l'assurance

(retraités, chômeurs, etc.). Les mutuelles communales sont constitutives d'une action publique locale assistantielle bricolée dont les motivations politiques et sociales varient en fonction des équipes municipales et expliquent leur recours à des produits assurantiels de nature différente. Cette municipalisation de la protection maladie reste par ailleurs fragile. Elle donne à voir des élus locaux, sans capacité d'évaluation et de contrôle, qui s'en remettent aux opérateurs d'assurance dont la viabilité économique des contrats apparaît précaire.

Renaud Gay s'intéresse à la couverture financière par l'assurance maladie et les assurances privées d'une série de biens médicaux (lunettes, prothèses dentaires, aides auditives) dont les restes à charge sont très élevés et qui sont la cible de plusieurs interventions publiques et privées depuis les années 2000. Il analyse en particulier la formation et le développement de plateformes de conventionnement (ou réseaux de soins) qui sont initiées par les assurances privées pour contrôler leurs dépenses et améliorer le niveau de remboursement des assurés pour ce type de soins. Hétérogènes et contestés, ces dispositifs sont concurrencés par la réforme gouvernementale du « 100 % santé » qui poursuit les mêmes objectifs mais esquisse de nouvelles formes d'articulation entre l'assurance maladie et les assurances santé privées. Cet article donne ainsi à voir plusieurs modalités d'investissement des assurances privées dans un objectif de réduction du reste à charge et d'amélioration de l'accès aux soins des assurés, qui relève traditionnellement de l'assurance publique.

Les articles de ce numéro spécial de *La Revue de l'IREES* entendent ainsi apporter un nouvel éclairage aux processus de privatisation touchant la couverture des dépenses de santé en France. Ceux-ci ne marquent pas tant un retrait de l'État qu'un brouillage de ses frontières et un renouvellement de ses formes d'intervention. Équipées de dispositifs juridiques incitatifs, les autorités publiques agissent par enrôlement d'opérateurs privés, rappelant ainsi des pratiques gouvernementales observées de longue date aux États-Unis dans le secteur de la santé. Si les systèmes de santé français et étasunien conservent sans nul doute leurs spécificités, force est de constater qu'un même art privatif de gouverner tend à les rapprocher et participe, de part et d'autre de l'Atlantique, à fragiliser les mécanismes de solidarité.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N., Domin J.-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 331, p. 60-75, <https://doi.org/10.7202/1023485ar>.
- Actualité et dossier en santé publique* (2018), Dossier « Reste à charge et santé », n° 102, <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=159>.
- Beaussier A.-L. (2016), *La santé aux États-Unis : une histoire politique*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Benamouzig D. (2012), « Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 56-73, <https://doi.org/10.3917/arss.193.0056>.
- Brown L.D. (1983), *Politics and Health Care Organization: HMOs as Federal Policy*, Washington, The Brookings Institution.
- Chapin C.F. (2015), *Ensuring America's Health: The Public Creation of the Corporate Health Care System*, New York, Cambridge University Press.
- Chelle É. (2019), *Comprendre la politique de santé aux États-Unis*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Del Sol M. (2011), « La construction juridique du marché de l'assurance santé en Europe », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 197-207.
- Domin J.-P. (2020), « Le rôle de la loi du 31 décembre 1989 dans la construction du marché de l'assurance maladie complémentaire », *RECMA*, n° 357, p. 52-65, <https://doi.org/10.3917/recma.357.0052>.
- Domin J.-P. (2021), « Monopole mutualiste versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire. Retours sur un débat méconnu (1983-1985) », *Revue française de socio-économie*, n° 26, p. 67-86, <https://doi.org/10.3917/rfse.026.0067>.
- Dreyfus M. (2001), *Liberté, égalité, mutualité. Mutualisme et syndicalisme, 1852-1967*, Paris, Éditions de l'Atelier.
- Gibaud B. (1990), « Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 8, n° 1, p. 15-20, <https://doi.org/10.3406/sosan.1990.1150>.
- Gottschalk M. (2000), *The Shadow Welfare State: Labor, Business, and the Politics of Health Care in the United States*, Ithaca, Cornell University Press, <https://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctv5rdxxd>.
- Gruber J. (2017), « Delivering public health insurance through private plan choice in the United States », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 31, n° 4, p. 3-22, <https://doi.org/10.1257/jep.31.4.3>.
- Hacker J.S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, New York, Cambridge University Press.
- Hacker J.S. (2008), *The Great Risk Shift: The New Economic Insecurity and the Decline of the American Dream*, New York, Oxford University Press.
- Hatzfeld H. (1971), *Du paupérisme à la Sécurité sociale. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France 1850-1940*, Paris, Armand Colin.

- Howard C. (1997), *The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton, Princeton University Press.
- Kerleau M., Durand F., Fretel A., Hirtzlin I. (2008), *Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise*, Rapport pour la MiRe, tome I, <https://bit.ly/39gZcBN>.
- Lepont U. (2016), « De Clinton à Obama : effets d'apprentissage et filtrage des alternatives. La convergence des experts sur la réforme de la santé aux États-Unis (1993-2010) », *Gouvernement et action publique*, n° 3, p. 9-31, <https://doi.org/10.3917/gap.163.0009>.
- Lucas M. (1986), « Les enjeux de la protection sociale complémentaire », *Droit Social*, n° 4, avril, p. 286-289.
- Marc C., Héam J.-C., Mikou M., Portela M. (2020), *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé. Édition 2020*, Panoramas de la Drees, <https://bit.ly/3nEDIq8>.
- Morgan K.J., Campbell A.L. (2011), *The Delegated Welfare State. Medicare, Markets, and the Governance of Social Policy*, Oxford, Oxford University Press, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199730346.001.0001>.
- Revue de droit sanitaire et social* (2017), Dossier « Santé et restes à charge », hors série.
- Soual H. (2017), « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Études et Résultats*, n° 1017, Drees, juillet, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, p. 85-92, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02199175>.
- Valat B. (2001), *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Paris, Economica.

La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ?

Philippe BATIFOULIER, Victor DUCHESNE et Anne-Sophie GINON¹

Le développement de la couverture complémentaire des frais de santé en France s'accompagne d'un mouvement de grande ampleur qui consiste à promouvoir au sein de l'ensemble du champ de l'assurance maladie complémentaire des missions et des valeurs traditionnellement caractéristiques des services publics. Nous proposons de nommer « marché éduqué » cet ensemble de dispositifs juridiques qui configurent le marché de l'assurance santé, pour l'imprégner de valeurs sociales et « l'élever » à une autre forme de mutualisation plus solidaire. Ce texte repose sur une analyse bi-disciplinaire droit et économie. Il analyse la façon dont se construit ce marché éduqué et renouvelle l'intervention publique en matière de couverture santé. À partir d'une comparaison avec les États-Unis, nous montrons que le « marché éduqué » constitue une forme moderne de résolution des contradictions entre la priorité donnée au développement du marché et la tentative de préservation de la mission sociale de la couverture des frais de santé.

Le constat du développement massif de la couverture complémentaire des frais de santé en France est aujourd'hui largement partagé. Pour autant, la caractérisation de cette évolution ne fait pas consensus. S'agit-il d'un renouveau des processus de socialisation ou d'extension des droits sociaux caractéristiques des économies occidentales d'après-guerre ? D'un visage social du démantèlement de ces mêmes « État-Providence » ? La

1. Philippe Batifoulier est professeur des Universités en sciences économiques, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN, CNRS, UMR 7234 ; Victor Duchesne est doctorant en sciences économiques, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN, CNRS, UMR 7234 ; Anne-Sophie Ginon est professeure des Universités en droit privé, Université Nice Côte d'Azur, CREDEG, CNRS, UMR 7321.

difficulté à décrire le processus d'évolution à l'œuvre tient à la multiplicité et la complexité, volontaire ou involontaire, des réformes menées depuis les années 1980 (Pierson, 1994 ; Pollitt, Bouckaert, 2011) avec le « tournant néolibéral » (Dardot, Laval, 2010) ou la « grande bifurcation » (Duménil, Lévy, 2014).

Ainsi pour certains, le fait marquant à retenir du développement de la couverture santé est sa « privatisation » en raison de l'accroissement de la part des assurances privées dans le financement des soins. Ce processus s'est d'ailleurs généralisé en Europe depuis le milieu des années 1980 (André *et al.*, 2016 ; André, Hermann, 2009 ; Maarse, 2006). En France, le modèle de régulation choisie serait celui d'un transfert des charges de la Sécurité sociale vers les opérateurs d'assurance santé complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance et instituts de prévoyance). Ce transfert concernerait essentiellement les soins courants, mais il n'épargnerait pas non plus les dépenses hospitalières, ni les affections de longue durée (ALD) qui peuvent conduire à des restes à charge (Rac) importants ².

Pour d'autres observateurs, ce serait un mouvement d'étatisation du système qui dominerait (Borgetto, 2003 ; Hassenteufel, Palier, 2007 ; Palier, Bonoli, 1995 ; Pierru, Rolland, 2016) en matière de protection sociale, les pouvoirs publics multipliant les interventions et les « réformes ». Le domaine de la couverture santé n'échapperait pas à cette évolution, l'intervention de l'État se traduisant à la fois par la mise en œuvre de modalités de protections complémentaires inédites, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) fusionnées aujourd'hui au sein de la « couverture complémentaire santé solidaire » (C3S), mais aussi par la création de dispositifs importants de réglementation des prestations et des activités de soins au détriment d'une gestion par les acteurs historiques du système sanitaire et social (médecins, syndicats, collectivités).

Ce texte ne cherche pas à départager ces deux conceptions, mais plutôt à les réunir. L'idée que l'État et le marché ne sont pas opposés est largement diffusée. La façon dont l'État construit ou initie un marché fait aussi l'objet de nombreux travaux (Ansaloni, Smith, 2017 ; Batifoulier, 2012 ; Juven, 2015). Nous soutenons que l'intervention de l'État dans le domaine de la couverture santé ne consiste pas seulement à libérer de l'espace pour le marché de l'assurance santé. Cette intervention va jusqu'à configurer la façon dont le mécanisme d'assurance santé doit fonctionner. Surtout, le retrait massif de la Sécurité sociale dans le financement de certaines dépenses s'accompagne d'un mouvement de grande ampleur qui consiste à promouvoir au sein de l'assurance maladie complémentaire (AMC) des missions et

2. Le Rac est la part des frais de santé après le remboursement de la Sécurité sociale.

des valeurs traditionnellement caractéristiques des services publics. Ainsi, si le marché de la couverture des frais de santé s'étend, il le fait de moins en moins librement : ce marché est désormais reconfiguré, « remodelé » pour être soumis aux impératifs d'égalité et de solidarité issus de l'État régalien et des services publics qui lui sont associés.

Nous proposons de nommer « marché éduqué » cet ensemble de dispositifs juridiques qui configurent le marché de l'assurance santé, pour l'imprégner de valeurs sociales. Nous accolons le mot « éduqué » à celui de « marché » pour identifier la volonté de développer des aptitudes considérées comme essentielles. Les dispositifs qui relèvent de ce souhait d'éduquer le marché entendent faire sortir l'assurance privée de son propre logiciel pour l'élever vers un niveau désiré de solidarité. Alors qu'une assurance privée, dans un cadre concurrentiel, a une tendance naturelle à sélectionner les risques ou à préférer les patients solvables, la nécessité sociale impose de dépasser ces règles de fonctionnement pour « l'élever » à une autre forme de mutualisation plus solidaire, lui donnant ainsi une fonction sociale. En ce sens, il s'agit de désigner des dispositifs qui jouent un rôle éducatif, le terme « marché éduqué » prenant fortement appui sur l'étymologie même du mot éduquer : *educere*, « faire sortir, élever ».

Le « marché éduqué » désigne ainsi une forme d'intervention de l'État qui entend « éduquer » le marché à la réalisation d'impératifs de solidarité. La notion de solidarité fait l'objet de nombreuses discussions et peut revêtir des sens différents selon les choix des politiques publiques. « Mettre en opposition assurance et solidarité conduit à considérer ces deux concepts sur le même plan alors qu'une différence de nature les démarque : l'assurance est une technique, la solidarité un principe » (Daniel, Tuchsirer, 1999:14). De sorte que certains énoncés juridiques peuvent mettre en œuvre différentes conceptions du principe de solidarité, et ainsi doser son degré de réalisation, son niveau en fonction des groupes assurables constitués par détermination de la loi. C'est aussi pourquoi certaines réalisations du principe de solidarité dans l'assurance santé sont les indices d'une forme de « résistance » aux principes du marché, une façon de dessiner des compromis face aux libertés contractuelle et d'entreprendre (Supiot, 2010).

C'est pour prolonger cette réflexion que ce texte s'interroge sur les valeurs de solidarité mises dans le marché, et non pas hors du marché ou contre le marché. L'éducation à la solidarité mise en œuvre par des dispositifs juridiques qui s'adressent à des opérateurs qui agissent sur un marché est l'une des caractéristiques importantes du fonctionnement de la couverture complémentaire santé. Dans ce champ d'assurance, le marché est en effet « missionné » pour offrir une plus grande solidarité entre les populations assurées. L'intervention de l'État se traduit alors par l'exportation de valeurs sociales au sein des techniques d'assurance, usuellement dominées

Encadré

**Distinguer les types d'assurance santé :
une pénurie de vocabulaire ?**

En économie, le vocabulaire et le référentiel théorique de l'assurance santé viennent essentiellement des États-Unis et distinguent assurance santé privée et assurance santé publique. L'analyse du droit français nécessite de recourir à un vocabulaire moins binaire, et surtout plus fin, dès lors qu'on doit pouvoir saisir les « formes hybrides » d'imbrication qui existent entre assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC). La Sécurité sociale est elle-même un objet hybride, puisqu'elle est juridiquement un organisme de droit privé, qui s'est vue confier des missions de service public, et comporte en son sein plusieurs régimes d'affiliation à l'assurance maladie.

Quant aux opérateurs intervenant sur le marché de l'assurance maladie complémentaire, ils sont eux aussi pluriels et distincts (institutions de prévoyance et mutuelles ne poursuivant pas de but lucratif). Il peut être décevant de traiter sur un même plan ces trois types d'organismes d'assurance complémentaire, car ce texte ne propose pas de les distinguer. Il est en outre difficile de les distinguer, alors que les dispositifs juridiques étudiés sont indifférents au statut de l'opérateur.

S'ajoutent à cette complexité institutionnelle les marges de manœuvre dont disposent les États membres pour construire leur choix en matière de systèmes de protection sociale en Europe. L'assurance publique peut ne pas être obligatoire (comme en Allemagne pour les hauts revenus), et l'obligation de souscrire une couverture complémentaire santé sur le marché peut l'être (comme en France pour les contrats collectifs des salariés de droit privé). On ne peut donc pas distinguer les opérations d'assurance à partir de leur caractère obligatoire ou facultatif. Il n'est pas possible non plus d'utiliser la distinction entre contrat individuel et contrat collectif dès lors que les contrats collectifs d'assurance santé sont gérés par les organismes complémentaires pour le compte des entreprises.

Au total, en matière d'assurance santé, le vocabulaire traditionnel et historique est devenu inopérant pour saisir les évolutions récentes. La distinction secteur public/secteur privé, parce qu'elle a un sens dans les comparaisons internationales, semble être ici, et pour le besoin de l'étude du « marché éduqué », le moins mauvais choix.

par les valeurs de libre concurrence ainsi que la recherche de rentabilité (Batifoulier, Ginon, 2019). Si on peut identifier cette forme d'intervention étatique, elle reste néanmoins très intrigante, car elle ambitionne d'introduire des motivations non marchandes dans le « logiciel » de l'assurance, et questionne ainsi la place de l'État quand il « délègue » la réalisation de ses devoirs de protection de la santé en renonçant presque à les porter lui-même.

Ce travail propose une analyse juridique des dispositifs de « marché éduqué » tout en mobilisant un cadrage économique. Il s'appuie principalement sur le cas français, mais il fait aussi référence aux États-Unis comme point de comparaison. Sans qu'ils soient satisfaisants et adaptés au cas français, nous utiliserons les termes d'« assurance publique » pour désigner la Sécurité sociale et d'« assurance privée » pour désigner les assurances santé complémentaires (voir encadré).

Dans la première partie, nous cherchons à identifier les dispositifs juridiques, les mécanismes, et leur articulation, pour comprendre ce qui permet aux pouvoirs publics de combiner les avantages du marché concurrentiel avec la poursuite d'un objectif social de meilleure couverture sanitaire. Ces dispositifs sont récents et révèlent une nouvelle forme d'intervention publique en matière de couverture santé. Dans la deuxième partie, nous montrons comment le « marché éduqué » renouvelle la politique publique de soutien à l'assurance santé privée, tant en France qu'aux États-Unis. Le « marché éduqué » constituerait ainsi la forme moderne de résolution des contradictions entre le choix fait pour le marché et la préservation de la mission sociale de la couverture des frais de santé.

I. La construction d'un « marché éduqué » : logiques économiques et dispositifs juridiques

Le recours à des espaces laissés au marché en matière de couverture des risques sanitaires n'est en soi pas nouveau, puisque dès 1947 les mutuelles ont été autorisées à prendre en charge les dépenses de santé non couvertes par la Sécurité sociale. Mais cet espace de prévoyance qui s'est constitué en la forme d'un deuxième pilier, dit « complémentaire » au premier, s'est massivement déployé à partir des années 1990. Autrement dit, les assurances maladie complémentaires dont la figure juridique est bien ancrée dans le paysage sanitaire français agissent désormais de concert avec les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO). La nouveauté se situe désormais dans la recherche quasi-incessante des pouvoirs publics « d'adapter » ce marché à la réalisation des objectifs sanitaires et sociaux, qui étaient autrefois l'apanage de l'AMO. Les impératifs d'égalité et de solidarité imposés par l'État à l'assurance maladie complémentaire (AMC) ont dans un premier temps concerné des publics cibles, souvent les plus précaires, pour s'adresser aujourd'hui à l'ensemble de la population.

1.1. Instituer une couverture santé pour les plus vulnérables tout en généralisant celle des salariés de droit privé

Mettre en œuvre un principe de solidarité au sein de l'AMC a nécessité une intervention protéiforme de l'État, à travers aussi bien le pouvoir

réglementaire que la création de mécanismes financiers de type incitatif. Permettre à différentes catégories de la population exclues, en raison de leur trop faible capacité à payer ou de leurs caractéristiques personnelles (âge, pathologie lourde, besoins spécifiques, etc.), de pouvoir entrer sereinement sur le marché de l'AMC, et ainsi souscrire un contrat complémentaire, tel est le constant défi auquel doivent répondre les pouvoirs publics. Autrement dit, il s'agissait de trouver, par tous les moyens, des mécanismes juridiques pour limiter, voire corriger les effets négatifs d'exclusion induits par le fonctionnement attendu des règles applicables au marché de l'assurance, pour le rendre compatible avec l'impératif de solidarité. Il fallait en quelque sorte « faire comme si » l'AMC pouvait servir et réaliser les mêmes objectifs que l'AMO, tout en utilisant les mécanismes du marché applicables au secteur de l'assurance complémentaire.

Si le législateur a progressivement cherché à couvrir toute la population en généralisant un panier de soins « solidaire et responsable », c'est avec la protection des plus précaires que ce mouvement a débuté (CMU en 1999). Si ces dispositifs se sont étendus, ils sont initialement motivés par la nécessité de couvrir les plus vulnérables face aux défauts de couverture de la Sécurité sociale.

On trouve dans l'ordre du droit deux grands types de dispositifs : ceux qui s'intéressent à l'accès au marché de l'assurance, et ceux qui traitent du contenu des dépenses prises en charge, c'est-à-dire ceux qui traitent des garanties contenues dans le contrat d'assurance.

En premier lieu, c'est l'identification d'une population dans l'incapacité d'acheter une couverture complémentaire santé qui a conduit les pouvoirs publics à multiplier les efforts en créant des dispositifs d'aides à l'achat de contrats d'assurance : CMU-C en 1999 auquel s'est ajouté le « chèque santé » avec l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), et encore récemment avec la mise en place d'un dispositif fusionné de « couverture complémentaire santé solidaire » (CCSS). Du point de vue de la gratuité dans l'accès, ce dernier mécanisme est un peu différent des précédents, puisque désormais une partie de la population devra, pour être éligible et donc couverte, s'acquitter d'une participation financière « contributive » variable selon l'âge³. L'objectif affiché est de favoriser les personnes âgées modestes qui devraient pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire d'un montant environ de 1 euro par jour ainsi que les personnes handicapées bénéficiaires de l'ACS qui pourront désormais accéder à une prise en charge intégrale (et non partielle) de certains dispositifs médicaux spécifiques (fauteuils roulants, béquilles, sondes...). À ce mouvement ciblé

3. Cette participation financière s'élève à 8 euros par mois pour les assurés âgés de 29 ans et moins, à 14 euros par mois pour ceux âgés de 30 à 49 ans, à 21 euros par mois pour les 50-59 ans, à 25 euros par mois pour les 60-69 ans et à 30 euros par mois pour les 70 ans et plus.

d'aides à l'achat de contrats d'assurance s'est ajoutée la loi de 2013 qui a, à l'inverse, généralisé l'accès à un contrat de couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés de droit privé. L'employeur est désormais tenu de prévoir une couverture complémentaire santé, pour laquelle des règles d'accès et de financement ont été élaborées. Cependant, pour protéger les individus en marge de l'emploi, les pouvoirs publics ont progressivement aménagé les règles de rupture des contrats de couverture complémentaire santé. On notera que des dispositifs spécifiques ont été ainsi adoptés pour les « sorties de contrats », sortie de groupe, mais aussi des dispositifs aidés, avec des limitations tarifaires en faveur des retraités, ou encore avec la création de dispositifs de portabilité, voire des possibilités de maintien en faveur des chômeurs indemnisés.

En deuxième lieu, les pouvoirs publics se sont intéressés aux garanties offertes dans les contrats de couverture complémentaire santé. Ont même été progressivement créés des dispositifs pour déterminer le niveau des garanties et des prestations à couvrir. Le législateur a cherché à orienter les aides fiscales et sociales vers la souscription de contrats de couverture santé complémentaire « solidaires et responsables », en organisant un paramétrage de plus en plus fin des prestations et des niveaux de garantie offerts dans ces contrats (Ginon, 2017a). Différents « cahiers des charges » ont ainsi été élaborés pour déterminer un panier de soins minimal, accompagné de limitations tarifaires, et même de plafonds de prise en charge. Les opérateurs de l'AMC sont ainsi incités à proposer des contrats responsables « socles », qui comprennent un panier de soins minimum déterminé par le pouvoir réglementaire. Ces « cahiers des charges » fixent alors un niveau de garanties obligatoires : prise en charge du ticket modérateur pour les consultations chez un professionnel de santé, de certains médicaments ou encore d'analyses médicales et de prestations de santé publique, etc. Les équipements d'optique et l'achat de certains matériels dentaires et auditifs font partie du panier de soins 100 % Santé pour lequel les restes à charge doivent être intégralement couverts.

Si la pratique de cahier des charges minimal ou de panier socle s'est généralisée, elle concerne prioritairement les plus vulnérables. L'AMC doit ainsi participer à l'effort de couverture de tous, sans mettre en place un « marché des pauvres », dans lequel pourraient primer les objectifs commerciaux avec des couvertures dégradées ou *low cost*. Couvrir l'ensemble de la population à l'aide d'un socle de garanties, tel est désormais l'objectif « partagé » de l'AMO et de l'AMC, cette dernière devant parvenir, dans l'espace libre du marché, à corriger les effets sélectifs de ce dernier. L'accès de tous à une offre d'assurance ainsi que la baisse du niveau des Rac sont des objectifs désormais communs à toute offre d'assurance qui s'imposent à tous les opérateurs de la couverture santé, qu'ils interviennent dans l'AMO

ou dans l'AMC. Cette adhésion à des valeurs communes ne va pourtant pas de soi et imprime désormais, au sein du marché, des valeurs inédites d'égalité et de solidarité.

1.2. Développer la responsabilité sociale des assureurs envers tous les patients

L'assignation d'un objectif social à l'AMC ne vise pas uniquement les patients les plus vulnérables, mais concerne désormais l'ensemble des patients. Le souci de limiter le renoncement aux soins en améliorant la couverture des frais de santé (réduction du Rac) a conduit à l'adoption de nombreux dispositifs juridiques. Ces dispositifs, qui présentent la particularité inédite de chercher à s'adapter aux évolutions du marché et à la demande sociale, se font en outre de façon de plus en plus précise. Les pouvoirs publics ont en effet opté pour la création de listes « quasi-millimétriques » de détermination des dépenses remboursables dans les contrats responsables. Ces listes définissent chacun des paramètres de l'offre d'assurance (sauf le prix et hors C3S) qui sera éligible à la qualification de « contrats solidaires et responsables » : tarifs de remboursement, liste des dépenses de santé à couvrir ou à exclusion de la garantie, niveau de garantie, prix plafonnés, etc., sont autant d'indicateurs que livrent désormais les cahiers des charges des « contrats responsables ». Ainsi par la mise en place de ces outils, les pouvoirs publics veillent à ce que le marché de l'AMC garantisse un niveau de couverture qu'ils estiment satisfaisant au regard de la prime ou de la cotisation payée par les assurés. La solidarité nationale s'exprime désormais non pas par des transferts ou des prises en charge par l'État, mais par l'incitation à ce que l'ensemble des opérateurs se comportent selon une « norme » définie par avance, norme qui est estimée « juste » dans le rapport de proportionnalité entre le niveau de couverture acheté et l'investissement financier requis auprès de l'assuré. Le droit n'y est qu'incitatif dans la mesure où il n'entrave pas la liberté des opérateurs de l'AMC qui gardent toujours la possibilité de construire des offres différentes, des contrats d'assurance « non responsables », mais il cherche néanmoins à orienter la production des contrats d'assurance vers des offres solidaires et responsables d'usage des soins. On a en effet vu en 2004 naître l'idée selon laquelle les contrats responsables pourraient participer à la réalisation d'objectifs de santé publique.

L'idée n'était pas uniquement d'empêcher des prises en charge excessives par les contrats d'assurance, mais aussi de favoriser le remboursement de certaines dépenses jugées « utiles ». Les garanties offertes dans les contrats d'assurance devaient « faire sens ». Ainsi, les dépenses couvertes devaient être au service de dépenses respectueuses des objectifs sanitaires et sociaux, fixés par la puissance publique. Progressivement, les textes se

sont enrichis d'un « ordre public incitatif » (Borgetto, Lafore, 2019) qui est allé jusqu'à définir positivement une liste et un niveau de garanties, comme des exclusions de prises en charge souhaitables (les dépassements d'honoraires, les franchises médicales), ainsi que des prestations positives pour répondre aux besoins sanitaires de la population. S'il est certain que l'un des objectifs du « contrat responsable » est de lutter contre le nomadisme médical, le dispositif entend faire adhérer l'AMC aux valeurs portées par l'AMO. Les assureurs sont incités financièrement (par des déductions fiscales) à être responsables et à suivre les recommandations du législateur. Ils sont incités à ne pas couvrir certaines dépenses au nom de la quête de responsabilité et sont en même temps associés à la prise en charge de certaines dépenses qui sont jugées « utiles ». Le secteur de l'AMC apparaît donc comme profondément transformé : il doit être au service d'objectifs d'intérêt général similaires à ceux portés par l'AMO (Ginon, 2017b). Et parce que cette adhésion aux valeurs du service public n'est pas naturelle pour le marché, elle est désormais incitée, et même dans certains cas, obligée (lorsqu'il s'agit par exemple de couvrir collectivement des salariés dans une entreprise).

À cette complémentarité entre l'AMO et l'AMC dans les objectifs poursuivis, s'ajoute également une substitution de l'AMC à l'AMO dans la réduction du Rac. En effet, les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) se sont vus doter d'outils de gestion du panier de soins remboursés (notamment pour solvabiliser les pratiques tarifaires excessives). Cette stratégie de substitution est pleinement mise en œuvre dans le cadre de la politique du « Rac 0 » aux termes de laquelle le Rac est défini après remboursement cumulé de l'AMO et de l'AMC, et non plus seulement par la seule AMO. Se constitue ainsi une stricte continuité pour l'assuré entre les deux formes de couverture. Alors qu'historiquement elles s'opposaient, désormais elles se cumulent en matière de couverture des frais de santé. Le niveau de couverture des dépenses de santé contre lequel on s'assure aujourd'hui est en fait la somme des dépenses prises en charge par les deux techniques de mutualisation, aussi bien la partie AMO que la partie complémentaire issue de l'AMC.

En synthèse, on retiendra combien les opérateurs de l'AMC ont été invités à participer à la réalisation d'impératifs sociaux tenant au respect des exigences d'égalité et de solidarité, jusqu'ici traditionnellement portées par l'AMO. L'accès de tous aux soins comme le devoir de faire un usage responsable des ressources collectives sont en effet inscrits dans les principes législatifs de l'AMO⁴. Les pouvoirs publics cherchent à la fois à bénéficier

4. Voir art L. 111-1 du Code de la Sécurité sociale : « La Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale », et l'art. L. 111-2-1 du même code : « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale. La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est

de la responsabilisation du consommateur induite par les règles du marché, mais aussi à « responsabiliser » le marché lui-même. En effet, si le marché peut responsabiliser théoriquement les consommateurs, il doit également corriger son propre logiciel pour devenir « socialement responsable ».

II. Accompagner le développement du marché de l'assurance santé par la poursuite d'un objectif social de responsabilité

L'importation des techniques commerciales de l'assurance dans le secteur de la santé a toujours fait l'objet de nombreuses critiques et/ou résistances. Pour le modèle économique canonique de l'assurance, la prise en charge du risque doit être rentable. La technique de mutualisation s'appuie sur le calcul de probabilités. La mutualisation porte alors sur l'aléa individuel, et l'assureur va chercher à paramétrer le contrat d'assurance à partir des caractéristiques communes à un groupe d'assurés. Si la mutualisation est commune à toutes les formes d'assurance, obligatoire comme complémentaire, publique comme privée, la recherche de rentabilité lui donne une teneur commerciale. La contributivité inhérente à cette conception s'exprime dans la neutralité actuarielle et l'équivalence entre le reçu et le rendu.

Cette conception de l'assurance s'applique à toutes les formes de produits et/ou de comportements à assurer. En ce sens, l'assurance santé est un espace de lucrativité parmi d'autres. Cette conception est largement contestée en raison de l'objet même de cette activité : la protection de la santé des individus. Ainsi, l'assurance santé aurait pour certains une nature différente de celle de l'assurance automobile ou de l'assurance habitation. La critique met également en avant la fonction éthique et politique à laquelle doit répondre l'assurance santé. D'un point de vue éthique, le désir commun de repousser la mort le plus longtemps possible ou que chacun, quel que soit son revenu, ait accès aux soins pour participer à la vie sociale, obligent à couvrir les risques financiers liés à la maladie, indépendamment des risques individuels encourus par la personne. Or, les techniques utilisées par l'assurance privée, quand elles ne sont pas interdites, ont un fort penchant à œuvrer à la sélection des risques.

D'un point de vue politique enfin, une assurance santé a pour objectif de protéger et de consolider la sécurité sanitaire collective grâce à la souscription d'une couverture contre la réalisation des accidents individuels et

assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du CSP, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du CSS, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie. »

des aléas sanitaires. Elle participe à un objectif d'équité verticale au sein de laquelle la contribution est fondée sur les moyens de chacun, ce qui n'est pas le cas pour une assurance marchande. Elle doit préserver l'objectif d'équité horizontale (prestations versées selon les besoins) alors que dans une logique marchande, les prestations versées sont connectées à la capacité de paiement.

Le développement du marché de l'assurance santé fait ainsi l'objet de nombreuses critiques. Il existe une abondante littérature sur son caractère inégalitaire. La couverture santé par le marché serait peu redistributive entre les hauts et les bas revenus (Barlet *et al.*, 2019). En France, l'AMO est financée de manière progressive (impactant davantage les hauts revenus) et l'AMC de manière dégressive. Le degré de couverture par le marché dépend des revenus, et non du risque alors que les besoins de soins sont souvent concentrés sur les plus modestes. L'existence d'un gradient social des états de santé devrait pourtant privilégier le besoin de couverture vers les plus faibles revenus. Le développement de l'assurance santé privée peut alors être préjudiciable pour la santé publique en provoquant du renoncement aux soins, notamment pour les soins essentiels (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier *et al.*, 2018).

C'est dans ce contexte de débats que se développent les dispositifs juridiques de mise en place d'un « marché éduqué ». Le marché est invité à s'orienter vers des logiques sociales. Cette réorientation du marché est donc motivée par les problèmes d'accès aux soins, mais aussi par la contrainte budgétaire. Ainsi, aux États-Unis, c'est l'inflation des coûts accompagnant l'ambition de couverture universelle qui a obligé à réglementer le marché et à l'orienter vers des dispositifs plus solidaires. Le « marché éduqué » serait le moyen de « policer » le marché sans pour autant céder à l'instauration d'un modèle de payeur unique sur le modèle des pays européens (II.1). En France avec un contexte institutionnel différent, le « marché éduqué » reformule la problématique de la segmentation des risques entre Sécurité sociale et assurance complémentaire (II.2). Dans les deux cas, les dispositifs du « marché éduqué » en appellent à la responsabilité individuelle et servent le développement d'espaces pour le marché.

II.1. Un développement encadré du marché de l'assurance santé : le cas des États-Unis

La dépense publique n'a pas bonne presse. Pour autant, vouloir la réduire ne signifie pas forcément la supprimer. En matière de santé, les besoins sont largement involontaires et l'achat de biens et services de santé ne relève pas de l'« achat plaisir » (Hodgson, 2008). Aussi la réduction de la dépense publique se traduit par l'augmentation de la dépense privée. En France, le retrait de la Sécurité sociale induit le plus souvent un

développement de l'assurance privée (AMC). Le transfert de charge du public vers le privé s'observe alors principalement sur les soins courants (soins les plus fréquents, hors hôpital et hors affections de longue durée). Dans la mesure où pour la grande majorité de la population, posséder une assurance santé privée (comme une mutuelle) n'est pas un luxe, mais relève des dépenses nécessaires, la baisse attendue des prélèvements obligatoires publics se traduit mécaniquement par une hausse des primes d'assurance privée qui fonctionne comme un « prélèvement obligatoire privé ».

Dans cette argumentation, le marché de l'assurance santé se justifie par défaut. Son principal attrait est de ne pas être de la dépense publique. Cet argument qui est largement développé fait pourtant l'objet de larges contestations (Da Silva, 2017 ; Streeck, 2014 ; Tinel, 2016). Aussi la justification de l'assurance santé a besoin d'une positivité propre. Il s'appuie alors sur un registre de justifications qui met en avant la responsabilité individuelle. L'assurance santé privée serait supérieure à l'assurance publique, parce qu'elle serait de nature à inciter les individus à adopter des comportements plus économes dans leurs choix et dépenses en soins. Elle les éduquerait.

L'argument a été légitimé et popularisé par la théorie économique standard de l'assurance. Cette approche qui vient des États-Unis et s'imprègne du contexte étasunien considère que le simple fait d'avoir une couverture santé peut provoquer de la consommation inutile de soins. L'assurance serait donc en elle-même une source de gaspillage. L'argument parfaitement rodé vient directement de la théorie économique des marchés : avec une assurance santé, on ne paye pas le prix réel des soins, ce qui équivaut aux yeux des patients à rendre le soin gratuit ou peu cher. Or, on achète plus quand ce n'est pas cher : on consomme plus de soins en étant bien assuré, particulièrement si on assimile le patient à un consommateur rationnel qui va chercher son intérêt en toutes circonstances. L'assurance santé est alors dénigrée parce qu'elle provoque du soin inutile au sens où il n'améliore pas l'état de santé (Newhouse, 1993 ; Pauly, 1968). C'est le patient irresponsable qui est incriminé : quand il est bien couvert, il omet les efforts de prévention, il est peu regardant sur les prix des soins, il fait des réserves de médicaments et se rue sur le progrès technique disponible, même s'il n'est pas nécessaire. Ce sont les assureurs qui paient pour l'irresponsabilité des patients. Ils ont donc intérêt à ne pas proposer des couvertures complètes, et à préserver un reste à charge pour l'assuré.

Une telle critique est celle de l'assurance santé dans son ensemble. Elle vaut aussi bien pour l'assurance publique que pour l'assurance privée. Mais c'est surtout l'assurance publique qui est visée. D'une part, quand l'assurance est publique, le surcoût engendré par l'irresponsabilité du patient est pris en charge par les finances publiques et diminue mécaniquement les dépenses que l'on pourrait affecter à l'éducation ou au logement. Une

assurance santé publique généreuse n'est donc pas source de bien-être, mais au contraire altère le bien-être collectif. D'autre part, les assurances privées, précisément parce qu'elles ont la capacité de sélectionner les risques, sont plus compétentes pour internaliser le coût social du comportement de l'assuré en spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque. Le renoncement aux soins est le but recherché et les assurances privées sont les mieux placées pour l'organiser.

Cette conception a fait l'objet de nombreuses critiques théoriques comme de réfutations empiriques ⁵ (Batifoulier, 2015a, 2015b ; Nyman, 1999, 2008 ; Stone, 2011). Elle n'en reste pas moins dominante, et s'est imposée comme conception de référence dans le débat public.

Ainsi aux États-Unis, elle est régulièrement convoquée pour faire échec à toute tentative d'extension de couverture publique aux millions d'Américains qui en sont dépourvus, du plan Truman de 1945 à la réforme Obama (Gladwell, 2005). Les conceptions des économistes *mainstream* entrent en résonance avec les intérêts des assureurs pour promouvoir le libre jeu du marché et imputer le coût du système de santé américain à l'accroissement artificiel de couverture du fait d'une assurance santé moins chère.

Cela a conduit, dans les années 1970, 372 économistes de la santé à demander, dans une pétition, l'abrogation de l'« *employee insurance tax subsidy* » qui permet de rendre l'assurance santé d'entreprise moins chère sous forme de réductions d'impôts qui allègent les contributions des employeurs et des salariés . La « subvention » qui relève du *fiscal welfare* a été interprétée comme une réduction artificielle du prix de l'assurance qui accroît artificiellement la demande de soins (Feldstein, Friedman, 1977 ; Pauly *et al.*, 1991) ⁶.

Une telle approche a été exprimée à de nombreux épisodes de l'histoire de la protection santé aux États-Unis, et des économistes (Pauly *et al.*, 1995) sont venus rejoindre le cortège d'intérêts privés pour mettre à distance l'instauration d'une assurance publique sur le modèle européen ⁷.

5. Les contestations théoriques ont mis en avant que l'assurance santé relevait davantage d'un effet revenu que d'un effet prix. Elle permet de redistribuer du revenu vers les malades et uniquement vers eux pour qu'ils puissent consommer du soin. Il est dorénavant acquis, au sein même de la théorie économique standard, que l'individu rationnel n'a pas de prise avec la réalité : le malade angoissé n'a rien à voir avec le consommateur rationnel et souverain. On ne reste pas volontairement une journée de plus hospitalisé parce que c'est gratuit. On ne subit pas une opération chirurgicale parce qu'elle est gratuite. Sur le plan empirique, de nombreuses études ont montré que le renoncement organisé aux soins pour raison financière réduit la consommation des soins essentiels et pas seulement du « superflu ». Internaliser le coût des soins au nom de la responsabilité a un effet négatif sur la santé individuelle et collective (par exemple, Chandra *et al.*, 2010 ; Dourgnon *et al.*, 2012).

6. John Nyman (2007), qui deviendra l'un des plus grands détracteurs de cette conception, souligne que la force conventionnelle de la théorie était telle que lui-même a signé la pétition.

7. Pour Lepont (2016), c'est la domination de l'approche néoclassique sur les théories institutionnalistes en économie qui explique une large part de la conversion du Parti démocrate aux revendications des assurances privées. Les micro-économistes de la santé ont été reconnus comme experts légitimes par les Démocrates comme ils l'étaient pour les Républicains.

Les syndicats comme l'American Federation of Labor - Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO) ont été les défenseurs de cette forme d'assurance santé d'entreprise pour se poser, avec les employeurs, comme les acteurs des régimes de prévoyance devenus ainsi incontournables dans le *trade-off* permanent entre augmentation des salaires et couverture santé (Gay, Sauviat, 2019). Au nom de la défense de leurs prérogatives et pour sauvegarder les avantages sociaux qu'ils offrent à leurs membres, une grande partie des syndicats continuent globalement à s'opposer à l'instauration d'un modèle de payeur « à l'européenne ».

La coalition d'intérêts s'adosse aussi sur les médecins qui valorisent l'orientation technique de la médecine (au détriment de la prévention), et qui est profitable aux compagnies d'assurance. Celles-ci ont orienté les patients vers les soins les plus coûteux avec le soutien de grandes fondations (Carnegie et Rockefeller) qui ont soutenu financièrement la médecine de pointe pour apparaître comme des bienfaiteurs (Tanti-Hardouin, 2011). La « crise des coûts » a fragilisé la coalition entre l'American Medical Association (AMA) et les assureurs. Ces derniers ont voulu mieux contrôler les dépenses grâce au *managed care*, mais sans pour autant rompre avec le fondamentalisme assurantiel. Comme le souligne Hacker (1998), du fait de la « dépendance au sentier », les coûts du changement augmentent au fil du temps. Plus le marché de l'assurance privée est devenu gigantesque, plus il s'est verrouillé et est devenu impossible à changer. L'Obamacare (ou Affordable Care Act, ACA) promulgué en 2010 n'a pas radicalement modifié l'emprise du marché sur l'assurance santé, mais a développé des dispositifs de « marché éduqué ». Les régimes publics ont été sollicités avec une extension de Medicaid pour ceux dont les revenus sont en deçà de 133 % du seuil de pauvreté fédéral. Mais c'est surtout du côté de l'assurance privée que la réforme s'est exprimée. L'éducation du marché à la solidarité s'est traduite par l'obligation de couvrir 10 besoins essentiels à l'aide d'un panier minimal. Rendre le marché plus perméable aux logiques de solidarité oblige aussi à limiter la sélection des risques. L'une des mesures notables est l'interdiction faite par la loi aux assureurs de refuser d'assurer un client, quel qu'en soit le motif, et en particulier du fait de son état de santé. Les barrières mises à la sélection des risques se sont aussi traduites par l'impossibilité de demander des primes supplémentaires pour raisons médicales, par un plafonnement des remboursements ou des règles nouvelles de résiliation du contrat qui empêchent d'invoquer des raisons liées à l'état de santé ⁸.

L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans une perspective de réduction des coûts par l'accentuation de la concurrence, et la limitation de

8. Pour plus de détails, voir les articles d'apRoberts et Beaussier (dans ce numéro).

l'augmentation annuelle des primes d'assurance en demandant aux assureurs de justifier cette augmentation.

Un dispositif fiscal a en outre introduit une taxe sur les contrats les plus chers nommés « Cadillac Plans », qui s'adressent en particulier aux plus aisés dans le cadre de l'entreprise. L'objectif est que la qualité de la couverture puisse être mieux répartie sur l'ensemble de la population.

La volonté d'« orienter » le marché de l'assurance santé américain vers davantage de solidarité n'est pas nouvelle. Elle traverse l'histoire du pays. Sa spécificité est de vouloir améliorer le système privé, plutôt que d'étoffer le système public. C'était le cas du projet Clinton en 1993-1994. C'est le cas de l'ACA qui s'inscrit dans une perspective politique de conversion du Parti démocrate au marché et de meilleure maîtrise des rouages parlementaires pour négocier des accords avec les adversaires républicains (Beaussier, 2016). La philosophie de la réforme repose sur la croyance qu'un marché régulé et éduqué peut être plus efficient qu'un système public. Non seulement il conduit à davantage d'accès aux soins, mais (et peut-être surtout), il fait baisser les coûts des dépenses de santé. Le système n'est pas seulement insoutenable socialement en excluant des soins une large partie de la population, il l'est aussi financièrement du fait de la hausse incontrôlée des prix (Parel, 2018). Comme le soulignent Gay et Sauviat (2019), l'ACA et ses développements ont permis de maintenir le système privé de protection sociale « au prix d'une extension sans précédent du rôle du gouvernement dans son financement et dans sa réglementation ».

II.2. Le cas français : de la segmentation des risques au « marché éduqué »

En France aussi, les dispositifs de « marché éduqué » sont un témoignage de la conversion des gouvernements aux théories du marché. Les intérêts des assureurs privés à but lucratif sont exprimés par le patronat qui affiche son hostilité au monopole de la Sécurité sociale, et revendique le droit pour l'assurance complémentaire d'intervenir dès le premier euro de remboursement (Pierru, 2007). Les intérêts des assureurs ont trouvé un relais dans le monde de la recherche académique pour diffuser une culture de l'assurance favorable à la responsabilisation financière du patient ainsi qu'au retrait de l'État social (Ewald, Kessler, 2000).

De telles conceptions, qui s'expriment de longue date, ont été relayées par des économistes de la santé à forte audience, principalement dans le sillage de la Toulouse School of Economics (TSE), qui développe une approche cherchant à identifier les dispositifs optimaux pour inciter l'assuré à réduire son recours aux soins. Ces options théoriques occupent une position hégémonique, et apparaissent fréquemment dans les notes et rapports du Conseil d'analyse économique et environnemental (CAE), comme le

souligne Angeletti (2009), de façon « à clôturer les bornes du débat économique légitime et les termes dans lesquels celui-ci peut être investi ».

Cependant, on le sait, le contexte institutionnel français est bien différent de celui des États-Unis. En France comme aux États-Unis, la contrainte budgétaire sature le débat public. Mais l'accent est moins mis sur la non-assurance que sur le problème de la multi-assurance : le fait que l'assurance complémentaire s'ajoute à la Sécurité sociale est de nature à détruire toute incitation à l'effort. Le ticket modérateur ne modère rien du tout s'il est pris en charge par les assurances complémentaires. Une telle position est clairement exprimée par Jean-Jacques Laffont, l'un des fondateurs de la TSE, selon lequel « il est important d'empêcher les individus de souscrire une assurance complémentaire qui détruirait toutes incitations à l'effort. C'est pourtant ce que l'on laisse faire pour l'assurance maladie » (Laffont, 1998:1498).

L'assurance santé privée est alors critiquée parce qu'elle s'inscrit dans la continuité de l'assurance publique. Son caractère « complémentaire » est peu propice à « responsabiliser » le patient si les tickets modérateurs, les forfaits, ou encore les franchises médicales et les dépassements d'honoraires sont pris en charge par les assurances privées. De plus, l'existence pour les mêmes soins d'une AMO et d'une AMC est perçue comme coûteuse dès lors qu'elle duplique les frais de gestion. Le mot d'ordre est donc d'organiser la séparation des prises en charge. Une solution simple serait de supprimer un type d'assurance, l'assurance publique *versus* l'assurance privée. Si le monopole d'une assurance privée est parfois considéré comme la meilleure solution (Jeancourt-Galignani, 2014), la suppression de la Sécurité sociale présente des coûts politiques et sociaux trop importants.

Actuellement, l'option qui est étudiée réside dans la séparation des risques, dans l'opération de partage entre un « petit » et un « gros » risque. Cette césure permettrait de distinguer l'opérateur en charge du remboursement en fonction du degré de gravité du recours aux soins. Le « petit » risque correspondrait ainsi aux soins les plus courants qui sont par définition les moins coûteux, mais les plus réguliers, avec une plus forte probabilité d'occurrence. Ce « petit » risque présenterait l'avantage d'être à portée de mains des individus aussi bien financièrement qu'en termes de prise de décision. Il serait donc pris en charge par l'AMC, et devrait être la cible des déremboursements de l'AMO. Pour sa part, le « gros » risque correspondrait aux soins exceptionnels qui sont à l'inverse plus coûteux et plus rares. On pense ici à l'hospitalisation d'urgence ou aux pathologies lourdes. Plus éloigné des choix individuels, ce risque justifierait une prise en charge collective par l'AMO. Cette distinction, concrètement difficile

à mettre en œuvre ⁹, a cependant bénéficié périodiquement de nombreux relais politiques, trouvant même sa place dans la littérature grise (rapport Nora et Naouri en 1979, rapport Chadelat en 2003).

Des économistes influents ont alors développé cette thèse et l'ont diffusée à travers le CAE (Dormont *et al.*, 2014) en proposant la création d'une franchise pour les soins de premier recours, franchise qui consisterait à dérembourser totalement la consultation médicale de 23 euros (aujourd'hui 25 euros). De même, Saint-Paul (2012) propose l'instauration d'un système d'assurance unique en fonction des actes, et donc la mise en place d'un monopole pour l'AMC pour certains soins.

Pourtant, cette distinction entre les catégories de risques est déjà ancienne. On la trouve dès les premiers débats au moment de la mise en place de la Sécurité sociale afin d'en réduire déjà son périmètre de couverture pour ne viser que les plus vulnérables (Batifoulier *et al.*, 2019). La segmentation du marché conduit à restreindre le champ de l'AMC à un ensemble de risques non couverts par les remboursements successifs et la réduction du panier de soins pris en charge par l'AMO. Loin d'être un inconvénient pour l'AMC, cette stratégie lui permet de faire sortir de son périmètre les clients les moins rentables. La polarisation du marché de l'AMC organise un « Yalta » du Rac. Il fait augmenter le Rac pour les soins courants tandis qu'il lutte contre le Rac des soins les plus lourds.

La segmentation du marché de l'AMC est ainsi rendue possible par la mise en place de mécanismes empreints de la logique du « marché éduqué ». Les dispositifs pour les plus vulnérables développés dans la section I.1 s'inscrivent dans cette opération de partage des risques. Pour ceux dont le revenu est trop faible quels que soient les problèmes de santé ou pour ceux dont l'état de santé est trop détérioré quel que soit leur revenu, l'AMC est invitée à accompagner la politique de couverture de l'AMO. Pour les autres patients, les dispositifs de marché éduqué (voir *supra*, I.2) visent à rendre l'AMC « responsable ». Les Rac après AMC ne doivent pas être excessifs. Dans cette perspective, l'AMC doit aussi participer à l'effort de maîtrise des dépenses de santé. Les contrats responsables imposent donc des plafonds de remboursement.

La déconnexion juridique des paniers de soins, c'est-à-dire l'organisation d'une séparation entre les soins pris en charge par l'AMO et ceux couverts par l'AMC (Abecassis *et al.*, 2017 ; Ginon, 2014) s'accompagne de dispositifs incitant les assureurs à couvrir ce que ne veut pas ou plus rembourser l'AMO. C'est le cas notamment des dépassements d'honoraires

9. La séparation des risques est problématique, car il existe de multiples définitions du gros risque à protéger et parce que la frontière entre petit risque et gros risque n'est pas étanche. La distinction combine des critères de sévérité de la maladie (premier recours *versus* hôpital ou ALD) comme des critères financiers (les plus modestes ne peuvent pas financer leurs soins, y compris de premier recours). Le petit risque peut aussi devenir grand s'il n'est pas traité à temps.

dont on sait qu'ils sont l'une des premières causes d'inégalités d'accès aux soins, mais aussi et plus récemment, des dépenses d'homéopathie ¹⁰. Les dépassements d'honoraires sont en effet le royaume de l'AMC puisqu'ils interviennent au-delà du tarif de la Sécurité sociale. Les pouvoirs publics ont tenté de contrôler leur développement en cherchant d'abord à inciter les médecins à davantage de solidarité (faire reconnaître un taux de dépassement d'honoraires abusif, de l'ordre de 150 % du tarif de la Sécurité sociale, inciter fiscalement les professionnels à la modération, etc.). Mais ils ont aussi mobilisé l'AMC pour qu'elle prenne en charge les dépassements en encourageant la prise en charge contractuelle, optionnelle pour l'assuré. La dispense d'avance des frais pour les plus modestes proscrit en théorie le dépassement d'honoraires. L'idée de mettre en place des contrats labellisés pour les bénéficiaires de l'ACS devait en principe limiter le coût engendré par d'éventuels dépassements, en particulier pour les soins dentaires ¹¹.

La segmentation des risques renforce ainsi le besoin d'une éducation du marché à la solidarité. Si l'AMC obtient de plus en plus le monopole sur le financement de certains soins ou services, il devient impératif de chercher à en limiter ses effets, spécialement les plus pervers.

C'est le cas pour les dépassements d'honoraires, mais aussi pour ce qui relève de l'ensemble des soins hors panier responsable. L'AMC est invitée à prendre en charge toute une panoplie de soins et de services qui relève de la qualification de « prestations de confort » pour l'AMO ou dont le service médical rendu a été jugé faible voire modéré par la Haute Autorité de santé (HAS) : le séjour dans une chambre individuelle à l'hôpital, la consultation de médecines non conventionnelles, les dépenses d'homéopathie ou encore la réalisation de certains services liés au sport ou à l'activité physique, etc. De telles prestations ne sont pas condamnées ou interdites par le législateur. Mais elles n'entrent pas dans le panier de soins remboursable de l'AMO. Elles ont naturellement vocation à être prises en charge par la seule AMC qui est en mesure d'offrir des services « sur mesure », de répondre à des demandes différentes ou à des besoins différenciés des assurés. L'AMC se retrouve ainsi en position de monopole pour décider des prestations admises dans son système de prise en charge.

C'est dans cet esprit que les assureurs privés peuvent également conclure des conventionnements (qui reposent sur une logique de contractualisation) avec les opticiens, les chirurgiens-dentistes ou encore les audioprothésistes ainsi qu'avec certains établissements de santé pour la partie hébergement de l'hospitalisation. Ce conventionnement cible les postes de

10. Selon les chiffres du Haut Conseil de l'assurance maladie en 2012, 10 % des patients ont supporté un reste à charge de 2090 euros dont 50 % est imputable aux dépassements d'honoraires.

11. Voir art. L. 861-3, Code de la Sécurité sociale.

soins dans lesquels la participation de la couverture complémentaire est supérieure à celle de l'AMO. La loi autorise ainsi les opérateurs privés à faire des différences sur les niveaux des prestations et de remboursement quand l'assuré choisit un prestataire de soins ou un établissement avec lequel son organisme complémentaire a conclu une convention (conventions dites de « réseaux de santé »). L'assureur privé va ainsi pouvoir aiguiller le patient, l'orienter dans ses choix de soins et l'inciter à consulter des professionnels de santé avec qui il a contracté. Sur ce terrain, l'AMC va ainsi pouvoir développer des parts de marché nouvelles sans entrer en « concurrence » avec l'AMO.

En cherchant à « policer » le marché, les pouvoirs publics ont, en creux, renforcé la place de l'assurance complémentaire. Et s'il y a moins de réticences au développement du marché, c'est parce qu'on a cherché à en lisser les effets les plus pervers. Le « marché éduqué » rend donc l'AMC plus « présentable ». Elle peut ainsi s'étendre au-delà de ses domaines historiques de prédilection et porter le développement du marché, dont le chiffre d'affaires a augmenté de 118 % en 15 ans (37 milliards d'euros en 2017 contre 17 en 2001). À titre de comparaison, l'évolution des dépenses de la branche maladie (régimes obligatoires de base) est de +73 % entre 2001 et 2017 ¹².

Conclusion

Depuis le début des années 2000, le développement de la couverture des frais de santé en France s'est caractérisé par un double mouvement : l'accentuation de droits en faveur des plus vulnérables avec, en même temps, un recours de plus en plus important à la part complémentaire de la couverture des frais de santé, c'est-à-dire à la part laissée dans le marché.

Ces deux mouvements *a priori* contradictoires montrent néanmoins que l'impératif de solidarité n'est pas forcément une valeur « hors marché ». Désormais, marché et solidarité s'hybrident pour former une « couverture marchandisée » qui tente de concilier les impératifs du métier de l'assurance avec les impératifs sociaux. Le recours à des mécanismes issus des règles du marché pour assurer la couverture santé semble reposer sur des arguments économiques de réduction de la dépense publique et de responsabilisation individuelle. Rendre compatibles des objectifs sociaux avec les règles issues du marché nécessite néanmoins beaucoup d'efforts pour les pouvoirs publics. Ces efforts s'expriment dans la création récente d'outils juridiques novateurs visant à éduquer le marché à la diffusion d'impératifs de solidarité.

12. Sources : calcul des auteurs à partir des projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2002 et 2018.

La logique du « marché éduqué » repose en effet sur la continuité, et peut-être même la fongibilité des missions dévolues aux assurances sociales investies de missions de service public et aux autres intervenants sur le marché. Une telle entreprise peut être jugée positivement si elle permet d'introduire davantage de justice sociale dans le monde de l'assurance. Elle permet aussi d'atténuer les critiques dont fait l'objet le fondamentalisme assurantiel quand il cherche à appliquer ses techniques au domaine de la santé. Avec l'éducation du marché à la solidarité, la hausse des coûts des contrats et l'accentuation des inégalités imputables aux disparités de couverture apparaissent davantage soutenables.

En habilitant les opérateurs d'assurance à prendre une place croissante dans la définition et la mise en œuvre des objectifs de solidarité, les pouvoirs publics tracent non seulement de nouvelles perspectives pour ce marché, mais le confortent aussi en légitimant sa place.

Poursuivre « en même temps » une stratégie d'extension du marché de la couverture santé tout en lui adossant la poursuite de l'impératif de solidarité consubstantiel à la primordialité du soin en santé s'avère être une logique redoutable et difficilement tenable. La « quasi-obsession » des pouvoirs publics à intervenir sur la couverture santé pose aujourd'hui de lourdes questions pour l'État lui-même en créant en quelque sorte un effet miroir. Il existe désormais un soupçon inédit sur la capacité de l'État à assumer seul la réalisation des impératifs de solidarité et le bien-vivre ensemble. L'État-providence devient alors la cible de toutes les critiques alors qu'il était jusque-là la clé de voûte du développement social (Chevallier, 2004). C'est en effet à travers l'État-providence que s'est incarnée principalement l'idée d'une société plus juste avec la réduction des inégalités et la possibilité donnée à tous d'accéder aux biens essentiels. Les dispositifs qui cherchent à « éduquer » le marché consistent à exporter les logiques de solidarité sociale dans l'univers de l'assurance santé. En faisant du marché un porte-parole et même un vecteur de diffusion, voire de mise en œuvre des objectifs sociaux dont traditionnellement l'État-providence porte la responsabilité, les pouvoirs publics contribuent aujourd'hui au développement d'un marché de l'assurance très puissant, au point de brouiller les frontières entre l'État-providence et le marché.

Le « marché éduqué » raconte une histoire perdue, aux États-Unis comme en France : celle d'un monde de l'assurance santé qui se serait affranchi des logiques de rentabilité.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Batifoulier P., Coutinet N., Domin J.-P. (2017), « Éditorial : la généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité », *Revue française de socio-économie*, vol. 18, n° 1, p. 13-22, <https://doi.org/10.3917/rfse.018.0013>.
- André C., Batifoulier P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- André C., Hermann C. (2009), « Privatisation and marketisation of health care systems in Europe », in Frangakis M., Hermann C., Huffs Schmid J., Lóránt K. (eds.), *Privatisation against the European Social Model*, London, Palgrave Macmillan, p. 129-144, https://doi.org/10.1057/9780230250680_9.
- Angeletti T. (2009), « (Se) rendre conforme. Les limites de la critique au Conseil d'analyse économique », *Tracés*, n° 17, p. 55-72, <https://doi.org/10.4000/traces.4204>.
- Ansaloni M., Smith A. (2017), « Des marchés au service de l'État ? », *Gouvernement et action publique*, vol. 6, n° 4, p. 9-28, <https://doi.org/10.3917/gap.174.0009>.
- Barlet M., Gaini M., Gonzalez L., Legal R. (2019), *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties. Édition 2019*, Panoramas de la Drees, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://bit.ly/3oQXhbU>.
- Batifoulier P. (2012), « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue française de socio-économie*, vol. 10, n° 2, p. 155-174, <https://doi.org/10.3917/rfse.010.0155>.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulier P. (2015a), « Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé », *L'Homme et la société*, vol. 197, n° 3, p. 79-103, <https://doi.org/10.3917/lhs.197.0079>.
- Batifoulier P. (2015b), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, n° 17, <https://doi.org/10.4000/regulation.11196>.
- Batifoulier P., Da Silva N., Domin J.-P. (2018), *Économie de la santé*, Paris, Armand Colin, <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88855458>.
- Batifoulier P., Da Silva N., Duchesne V. (2019), « The dynamics of conventions: The case of the French social security system », *Historical Social Research*, vol. 44, n° 1, p. 258-284, <https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.1.258-284>.
- Batifoulier P., Ginon A.-S. (2019), « Les marchés de l'assurance maladie complémentaire : logiques économiques et dispositifs juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02449979>.
- Beaussier A.-L. (2016), *La santé aux États-Unis : une histoire politique*, Paris, Presses de Sciences Po.

- Borgetto M. (2003), « L'évolution récente du système de Sécurité sociale en matière de redistribution », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 73, n° 1, p. 45-51, <https://doi.org/10.3406/caf.2003.2008>.
- Borgetto M., Lafore R. (2019), *Droit de la Sécurité sociale*, Paris, Dalloz.
- Chandra A., Gruber J., McKnight R. (2010), « Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly », *American Economic Review*, vol. 100, n° 1, p. 193-213, <https://doi.org/10.1257/aer.100.1.193>.
- Chevallier J. (2004), « L'État régulateur », *Revue française d'administration publique*, vol. 111, n° 3, p. 473-482, <https://doi.org/10.3917/rfap.111.0473>.
- Da Silva N. (2017), « Le mythe du "trou de la Sécu" à l'aune des débats parlementaires de 1949 », in Brunet C., Darcillon T., Rieucan G. (dir.), *Économie sociale et économie politique. Regards croisés sur l'histoire et sur les enjeux contemporains*, Louvain, Presses universitaires de Louvain, p. 75-92, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02306253>.
- Daniel C., Tuchsirer C. (1999), « Assurance, assistance, solidarité : quels fondements pour la protection sociale des salariés ? », *La Revue de l'ÉRES*, n° 30, p. 5-29, <https://bit.ly/2LpkH9V>.
- Dardot P., Laval C. (2010), *La nouvelle raison du monde : essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte.
- Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. (2014), « Refonder l'assurance-maladie », *Notes du Conseil d'analyse économique*, vol. 12, n° 2, p. 1-12, avril, <https://doi.org/10.3917/ncae.012.0001>.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012), « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie Publique/Public Economics*, n° 28-29, p. 123-147, <https://doi.org/10.4000/economiepublique.8851>.
- Duménil G., Lévy D. (2014), *La grande bifurcation : en finir avec le néolibéralisme*, Paris, La Découverte.
- Ewald F., Kessler D. (2000), « Les noces du risque et de la politique », *Le Débat*, n° 109, p. 55-72, <https://doi.org/10.3917/deba.109.0055>.
- Feldstein M., Friedman B. (1977), « Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis », *Journal of Public Economics*, vol. 7, n° 2, p. 155-178, [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(77\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0047-2727(77)90044-5).
- Gay R., Sauviat C. (2019), « Le système de santé étasunien, toujours au centre du débat public neuf ans après l'Affordable Care Act », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 829-840.
- Ginon A.-S. (2014), « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 831-846, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237323>.
- Ginon A.-S. (2017a), « Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, p. 456-468, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237580>.
- Ginon A.-S. (2017b), « Le glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires : vers une autre conception des dépenses de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, hors-série, p. 91-111, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237618>.

- Gladwell M. (2005), « The moral-hazard myth. The bad idea behind our failed health-care system », *The New Yorker*, June 22, <https://bit.ly/3oROE0Y>.
- Hacker J.S. (1998), « The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and US Medical Policy », *Studies in American Political Development*, vol. 12, n° 1, p. 57-130, <https://doi.org/10.1017/S0898588X98001308>.
- Hassenteufel P., Palier B. (2007), « Towards neo-bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in bismarckian welfare systems », *Social Policy & Administration*, vol. 41, n° 6, p. 574-596, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00573.x>.
- Hodgson G.M. (2008), « An institutional and evolutionary perspective on health economics », *Cambridge Journal of Economics*, vol. 32, n° 2, p. 235-256, <https://doi.org/10.1093/cje/bem033>.
- Jeancourt-Galignani A. (2014), « Le lancinant déficit de l'Assurance maladie », *Commentaire*, n° 145, p. 85-88, <https://doi.org/10.3917/comm.145.0085>.
- Juven P.-A. (2015), « Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes : l'hôpital public aux prises avec la Tarification à l'activité », *Revue de la régulation*, n° 17, <https://doi.org/10.4000/regulation.11219>.
- Laffont J.-J. (1998), « Le risque comme donnée économique », in Ewald F., Lorenzi J.-H. (dir.), *Encyclopédie de l'assurance*, Paris, Economica, p. 1487-1496.
- Lepont U. (2016), « Les conditions préalables au "tournant néo-libéral" : le cas de la protection maladie aux États-Unis », *Politix*, vol. 116, n° 4, p. 193-220, <https://doi.org/10.3917/pox.116.0195>.
- Maarse H. (2006), « The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n° 5, p. 981-1014, <https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014>.
- Newhouse J.P. (ed.) (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, Harvard University Press.
- Nyman J.A. (1999), « The value of health insurance: The access motive », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 2, p. 141-152, [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(98\)00049-6](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00049-6).
- Nyman J.A. (2007), « American health policy: Cracks in the foundation », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 32, n° 5, p. 759-783, <https://doi.org/10.1215/03616878-2007-029>.
- Nyman J.A. (2008), « Health insurance theory: The case of the missing welfare gain », *The European Journal of Health Economics*, vol. 9, n° 4, p. 369-380, <https://doi.org/10.1007/s10198-007-0084-z>.
- Palier B., Bonoli G. (1995), « Entre Bismarck et Beveridge : "Crises" de la sécurité sociale et politique(s) », *Revue française de science politique*, vol. 45, n° 4, p. 668-699, <https://doi.org/10.3406/rfsp.1995.403563>.
- Parel V. (2018), « L'accès aux soins aux États-Unis sous les mandatures de Barack Obama et Donald Trump », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36, n° 2, p. 91-108, <https://doi.org/10.3917/jgem.182.0091>.
- Pauly M.V. (1968), « The economics of moral hazard: Comment », *The American Economic Review*, vol. 58, n° 3, p. 531-537, <http://www.jstor.org/stable/1813785>.

- Pauly M.V., Danzon P., Feldstein P., Hoff J. (1991), « A plan for "Responsible National Health Insurance" », *Health Affairs*, vol. 10, n° 1, p. 5-25, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.1.5>.
- Pauly M.V., Goodman J.C., Feder J., Levitt L., Butler S.M., Cutler D.M., Wilensky G.R. (1995), « Tax credits for health insurance and medical savings accounts », *Health Affairs*, vol. 14, n° 1, p. 125-139, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.1.125>.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Pierru F., Rolland C. (2016), « *Bringing the health care state back in*: Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences régionales de santé », *Revue française de science politique*, vol. 66, n° 3, p. 483-506, <https://doi.org/10.3917/rfsp.663.0483>.
- Pierson P. (1994), *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805288>.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2011), *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, 3rd ed., New York, Oxford University Press.
- Saint-Paul G. (2012), « Réflexions sur l'organisation du système de santé », *Rapport*, n° 103, Conseil d'analyse économique, <https://bit.ly/3gO7va8>.
- Stone D. (2011), « Moral hazard », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 36, n° 5, p. 887-896, <https://doi.org/10.1215/03616878-1407676>.
- Streeck W. (2014), *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique*, Paris, Gallimard.
- Supiot A. (2010), *L'esprit de Philadelphie : la justice sociale face au marché total*, Paris, Éditions du Seuil.
- Tanti-Hardouin N. (2011), *Aux origines de l'économie de la santé*, Paris, Ellipses.
- Tinel B. (2016), *Dette publique : sortir du catastrophisme*, Paris, Raisons d'agir.

L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du *fiscal welfare*... *what's going wrong in France ?*

Marion DEL SOL et Pascale TURQUET¹

Cet article interroge à la fois la rationalité, la légitimité et l'équité des dépenses socio-fiscales conditionnées à la mise en œuvre de dispositifs collectifs d'assurance maladie complémentaire en entreprise. Ces dépenses sont relativement anciennes mais ont changé de nature au 1^{er} janvier 2016, date depuis laquelle les entreprises ont l'obligation de financer au moins à 50 % une couverture complémentaire maladie au bénéfice de leurs salariés. La logique d'incitation qui prévalait jusqu'alors a par conséquent fait place à celle du subventionnement à l'achat d'une assurance privée. Si le caractère incohérent et inégalitaire d'un tel subventionnement ainsi que l'inefficacité de la juxtaposition assurance maladie obligatoire (AMO)-assurance maladie complémentaire (AMC) font l'objet de nombreux questionnements et critiques, l'assurance privée semble cependant toujours constituer l'horizon indépassable des réformes dans le champ de l'assurance maladie.

Si l'assurance maladie privée est présente dans quasiment tous les pays, la place et le rôle qu'elle y occupe sont particulièrement variables (Sagan, Thomson, 2016 ; Benoît *et al.*, 2020). Il est toutefois une caractéristique assez largement partagée et souvent passée sous silence dans la plupart des travaux : l'existence d'incitations fiscales à la souscription d'une telle assurance privée. Ainsi, parmi les 34 pays européens qu'ils étudient, Sagan et Thomson relèvent que 19 d'entre eux proposent une forme d'incitation fiscale (2016:94). Ces dispositifs constituent ce qu'il convient d'appeler une

1. Professeure de droit, Université de Rennes 1, laboratoire IODE (UMR CNRS 6262) ; Maître de conférences HDR en sciences économiques, Université Rennes 2, laboratoire LIRIS (EA 7481).

dépense fiscale, c'est-à-dire une renonciation à des recettes dont l'incidence budgétaire devrait être comparable à celle de dépenses directes (Monnier, 1998). C'est au britannique Titmuss (1958) que l'on doit la division de la protection sociale en trois composantes : la composante sociale, la composante professionnelle et la composante fiscale ou *fiscal welfare*. Bien qu'il tende à accentuer et consolider les inégalités sociales (Titmuss, 1958:55), le *fiscal welfare*, que l'on qualifiera de dépenses fiscales dans ce qui suit, est une dimension couramment ignorée de la protection sociale (Sinfield, 2012:20 ; Morel *et al.*, 2018:124). Or, ces dépenses constituent des dérogations à la norme fiscale de référence et impliquent à la fois un manque à gagner pour l'État et une réduction de l'impôt à acquitter du point de vue du contribuable.

Compte tenu de l'ampleur du phénomène, non cantonné aux économies anglo-saxonnes ou aux systèmes libéraux de protection sociale, l'OCDE s'est elle-même intéressée à cette question, fournissant une typologie de ces dépenses fiscales composées de déductions, d'exonérations², de réductions de taux, de reports et de crédits d'impôts (OCDE, 2010). Les motivations d'ordre général qui guident l'adoption et la mise en œuvre de ces mesures sont elles aussi diverses. Elles ont trait à la volonté des pouvoirs publics de réduire le niveau des prélèvements obligatoires ainsi que celui des dépenses publiques³, mais également à la simplicité de mise en œuvre de ces mesures et à la recherche – dans une logique d'incitation – de la modification du comportement des contribuables (Barrios *et al.*, 2020). Ce troisième objectif concerne la fonction assignée à la dépense fiscale en tant que telle et non la stratégie fiscale ou budgétaire globale. Il rend particulièrement intéressant le recours au prisme de la dépense fiscale à des fins de repérage des orientations des pouvoirs publics et de mise en débat du coût, des objectifs, de l'efficacité ainsi que des effets de ces orientations.

Cette analyse en termes de dépense fiscale paraît particulièrement pertinente dans le champ de l'assurance maladie complémentaire (AMC) française, caractérisée par une préférence historique pour les couvertures collectives. Cette dernière se traduit en effet par l'existence assez ancienne d'incitations socio-fiscales encourageant la souscription par les entreprises de contrats d'assurance de groupe au bénéfice des salariés qu'elles emploient⁴.

2. Au sens du système fiscal français, on peut y ajouter les exemptions d'assiette, qui feront l'objet de notre analyse.

3. Prélèvements obligatoires et dépenses publiques font l'objet d'une évaluation et d'une médiation nettement plus importantes que les dépenses fiscales. Si, à l'échelle européenne et depuis le 1^{er} janvier 2014, ainsi que le souligne Kalyva (2016), les États membres sont tenus de rendre publiques leurs dépenses fiscales, il n'existe pas de procédure standardisée dans ce domaine, ce qui rend évidemment la comparaison difficile.

4. Les couvertures dites collectives correspondent à des contrats souscrits par une personne morale au bénéfice de personnes physiques qui ont un lien de même nature avec elle. En France, relèvent de cette catégorie les contrats d'assurance de groupe que les entreprises souscrivent au bénéfice de leurs salariés. Mais cela inclut également les couvertures des travailleurs non

Les dépenses fiscales qui nous intéressent ici peuvent être qualifiées de dépenses socio-fiscales car elles s'inscrivent dans le champ de la protection sociale et constituent des dérogations aux prélèvements fiscaux, mais aussi sociaux. Elles délivrent des quasi-prestations ou réduisent substantiellement les ressources des organismes sociaux (Zemmour, 2015). Qualifiées par l'OCDE de « réductions d'impôts à des fins sociales » (*tax breaks for social purposes*, TBSP), ces dépenses sont supposées remplir la même fonction que des prestations sociales ainsi que stimuler l'offre privée de prestations (Adema *et al.*, 2011:110). Ces TBSP incluent notamment les avantages fiscaux relatifs aux assurances privées en santé (Adema, Fron, 2019:33) qui constituent l'objet de cet article ⁵.

Sont étudiées dans ce qui suit les dépenses socio-fiscales conditionnées à la mise en œuvre de dispositifs de prévoyance complémentaire en entreprise et, plus précisément, à la souscription de contrats collectifs d'assurance maladie complémentaire. Dans la catégorisation effectuée par Zemmour, ces dispositions font partie des « dépenses fiscales conditionnelles à la réalisation d'une dépense privée » (2015:11). Dans le champ de l'AMC, l'orientation politique adoptée n'est pas spécifique à la France. Mais le maintien des incitations en faveur des couvertures souscrites *via* l'entreprise constitue une sorte de singularité. En effet, au niveau européen, ce maintien se situe en quelque sorte à contre-courant de la tendance générale, constatée ces vingt dernières années, à la réduction, voire la suppression, des incitations à la souscription de contrats d'assurance santé (Sagan, Thomson, 2016:94). À l'échelle hexagonale, ce maintien des avantages socio-fiscaux en faveur des couvertures collectives interroge fortement la cohérence des choix politiques. En effet, depuis une loi du 14 juin 2013, il existe une obligation pour les entreprises de financer, à hauteur d'au moins 50 %, une couverture complémentaire maladie au bénéfice de leurs salariés ; en d'autres termes, les employeurs doivent souscrire un contrat collectif d'assurance pour satisfaire à cette obligation ⁶. Inévitablement, c'est tout à la fois la rationalité, la légitimité et l'équité de ces avantages qui se trouvent posées.

salariés non agricoles (TNS) lorsqu'ils ont adhéré à une association *ad hoc* ayant souscrit un contrat d'assurance pour ses adhérents (ce que l'on appelle communément les contrats Madelin en faveur des TNS) ; ces contrats bénéficient eux aussi d'incitations socio-fiscales, le TNS pouvant, dans la limite d'un plafond, déduire sa prime d'assurance de son bénéfice imposable.

5. La place des dépenses fiscales dans la fourniture et le subventionnement de prestations sociales privées fait l'objet d'un intérêt tout particulier aux États-Unis depuis les années 1970 et a été mise en évidence par Hacker (2002) dans le cas des pensions et de la santé.
6. Pour autant, cette loi du 14 juin 2013 n'a pas bouleversé le paysage de l'assurance maladie complémentaire en France : le taux de couverture global n'a que très faiblement progressé entre 2014 et 2017, passant de 95 à 96 %. Ce sont seulement 5 % de personnes supplémentaires qui sont couvertes par un contrat d'entreprise en France métropolitaine en 2017 par rapport à 2014. Pour la plupart, ces personnes bénéficiaient déjà d'un contrat individuel.

L'article se penche sur une dimension de l'accès à l'AMC souvent occultée, celle des aides financières à la souscription. À cet effet, il fait le choix d'une approche historique des avantages socio-fiscaux en faveur de l'assurance collective et retient le *fiscal welfare* comme grille d'analyse. Dans un premier temps, il interroge la logique des dispositifs incitatifs mis en place dès 1979 et leur évolution (I). Dans un deuxième temps, l'article s'intéresse au basculement intervenu en 2013 : l'incitation devient subvention (II). Quoique discret, ce changement de nature des avantages socio-fiscaux n'en est pas moins profond. Le maintien et la concentration des avantages au bénéfice des couvertures collectives d'entreprise seront mis en débat dans un troisième temps. Si la cohérence de ce choix mérite d'être discutée, sa légitimité doit l'être tout autant, voire davantage, au regard du creusement des inégalités qu'il induit dans les conditions d'accès à la couverture et le fonctionnement global de l'assurance maladie (III).

I. À la recherche de la logique des incitations

Les mécanismes de faveur afférents au financement de couvertures collectives dans le secteur privé existent d'assez longue date. Ils concernent le financement tant des employeurs que des salariés. Ils présentent un volet « contributions sociales » ainsi qu'un volet fiscal. Mais les conditions de mise en œuvre de ces avantages socio-fiscaux ont beaucoup évolué depuis 1979, année d'apparition de la première mesure d'exemption de cotisations sociales dans le champ de la protection sociale complémentaire d'entreprise. Le caractère fluctuant et parfois circonstanciel des conditionnalités dont elles sont assorties traduit l'instabilité de ces mesures dont le périmètre et les objectifs ont varié au fil du temps sans que ceux-ci aient pour autant toujours été clairement explicités, voire même pensés, par leurs initiateurs. La chronologie simplifiée de ces évolutions permet de faire apparaître différents types de logique qui tendent à s'emboîter au fur et à mesure que les conditionnalités deviennent plus précises. Elles ont en commun l'incitation au recours à l'assurance privée. Ce constat vaut de 1979 à 2013, avec une inflexion en 2004, date à laquelle des conditions relatives au contenu de la couverture seront instituées (tableau 1).

1.1. Des incitations initialement peu contraintes et faiblement orientées

L'exemption d'assiette concernant les cotisations de sécurité sociale est aujourd'hui assortie de nombreuses conditionnalités concernant tant les caractéristiques du contrat que les conditions de sa mise en place (voir annexe). Mais tel n'était pas le cas initialement.

C'est dans une loi du 28 décembre 1979 que l'on trouve trace de la première mesure socio-fiscale concernant le champ de la protection sociale complémentaire d'entreprise. Pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, l'article 16 du texte institue une déduction de l'assiette des cotisations de sécurité sociale « pour la partie inférieure à un montant fixé par décret ». À cette époque, l'exemption d'assiette est inconditionnelle et ce, d'un double point de vue. D'une part, les caractéristiques des dispositifs de protection sociale complémentaire donnant lieu à financement de l'employeur sont indifférentes. D'autre part, l'exemption n'est pas subordonnée au champ d'application de la couverture ; en d'autres termes, peu importe le nombre et/ou les catégories de salariés couverts.

Ces mesures n'orientent pas non plus l'initiative des entreprises vers un segment particulier de la protection sociale complémentaire (par exemple la couverture santé) que les pouvoirs publics entendraient développer. Elles sont en ce sens indifférenciées. Le plafond d'exemption fixé par décret en 1985 doit dès lors être analysé comme créant un « disponible social » pour l'employeur, c'est-à-dire une somme théorique que l'employeur peut, en franchise de cotisations sociales, consacrer au financement de la protection sociale complémentaire. Les incitations inscrivent le financement patronal de la protection sociale complémentaire dans le champ des politiques de rémunération et « influencent fortement l'arbitrage entre salaire direct et protection sociale » au sein de l'entreprise (apRoberts, Reynaud, 1998:17).

La participation patronale s'apparente alors, comme dans le cas de l'intéressement, à un substitut de rémunération permettant à l'employeur d'échapper au versement des cotisations sociales⁷. Le coût de la participation à un dispositif de protection sociale étant inférieur à celui d'une augmentation salariale, on se situe manifestement dans l'évitement du salaire décrit par Chauchard (2011). Le recours à des régimes privés de protection sociale s'en trouve en conséquence favorisé, stimulant *de facto* l'offre de services privés dans le champ de la protection sociale (Zemmour, 2013).

1.2. La mise sous condition du champ d'application des couvertures à partir de 2003

La loi Fillon du 21 août 2003 portant réforme des retraites marque incontestablement un premier tournant en matière de mesures socio-

7. Les primes d'intéressement – comme de participation aux bénéfices – ne sont pas considérées comme du salaire et sont à ce titre exonérées de cotisations sociales, de taxes sur les salaires ainsi que déductibles de l'impôt. Cependant, sur la base d'une étude économétrique des liens entre intéressement et salaires de 1999 à 2007 en France, Delahaie et Duhautois (2013) mettent clairement en évidence un effet de substitution de ces primes aux salaires et l'existence d'une rente « fiscale » partagée par les employeurs et certains salariés.

fiscales portant sur la protection sociale complémentaire. Il en résulte deux principaux changements.

D'une part, la loi dissocie pour la première fois les plafonds selon que les garanties financées relèvent du segment de la retraite ou s'inscrivent dans le champ de la prévoyance (y compris la couverture santé). En raison même de l'objet de la loi Fillon, l'objectif est avant tout d'inciter au développement de toutes les formes de retraite supplémentaire, tout spécialement les dispositifs d'épargne salariale au sein de l'entreprise, et de créer « un deuxième pilier de protection sociale » en matière de retraite (Barthélémy, 2003:970). En ce sens, isoler un « disponible fiscal et social » pour ce segment de la protection sociale complémentaire participe pleinement de ce choix politique. Par ricochet, mais par ricochet seulement, cela emporte instauration d'un « disponible fiscal et social » propre à la prévoyance. Rétrospectivement (voir *infra*), on peut estimer que cette dissociation des plafonds a créé les conditions pour l'adoption de modalités et règles spécifiques au champ de la prévoyance.

D'autre part, et il s'agit là du second changement d'importance, le bénéfice de ces mesures n'est plus inconditionnel puisqu'il est dorénavant réservé aux financements de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance revêtant un caractère collectif et obligatoire. En particulier, cela exclut désormais de la mesure sociale de faveur les contributions patronales à des dispositifs rendant facultative l'adhésion des salariés. Les conditions posées orientent une des dimensions de la couverture, à savoir la délimitation et la détermination des bénéficiaires, mais non le contenu de celle-ci. Certains ont pu discerner dans les conditions posées la préférence du décideur public pour un modèle ayant « une plus grande proximité avec le modèle de "l'assurance sociale" qu'avec le modèle assurantiel "pur" » (Kerleau, 2012:186). Il convient toutefois d'être prudent quant aux intentions du législateur de l'époque et éviter l'écueil de la rationalisation ex-post des choix publics. En effet, la mise sous conditions de l'exemption d'assiette n'était pas inscrite dans le projet de loi ; elle est le résultat d'un article additionnel proposé à l'initiative de la commission des finances de l'Assemblée nationale. De plus, si les conditions posées s'appliquent uniformément à l'ensemble de la protection sociale complémentaire, il importe de garder à l'esprit que la loi Fillon avait pour seul objet la réforme des retraites, notamment des retraites d'entreprise. Ce n'est qu'incidemment, mais pas pour autant marginalement, que certaines dispositions produisent effet dans le champ de la prévoyance. Enfin, si l'exemption d'assiette suppose que tous les salariés soient couverts (sous réserve de cas de dispense d'adhésion), l'employeur conserve la latitude d'instituer des dispositifs différenciés selon la catégorie professionnelle de rattachement, c'est-à-dire des dispositifs

fonctionnant de façon autonome les uns par rapport aux autres (niveau de financement patronal, nature et niveau des garanties) ⁸.

1.3. La timide mise sous condition du contenu de la couverture en 2004

L'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie amorce un virage puisque, pour la première fois, le bénéfice des mesures socio-fiscales est subordonné à des conditions substantielles concernant la seule couverture complémentaire santé. Est ainsi enclenché le mouvement d'autonomisation de ce segment de la protection sociale complémentaire dont le contrat dit responsable constitue la première et emblématique étape. Ce contrat a pour ambition de « responsabiliser » les assurés sociaux afin qu'ils s'inscrivent dans le parcours de soins coordonné (désignation d'un médecin traitant, recours *a priori* au médecin traitant et accès direct aux médecins spécialistes donnant lieu, sauf pour certaines spécialités, à moindre remboursement par la Sécurité sociale). Comme l'a exprimé le secrétaire d'État à l'assurance maladie lors des débats parlementaires, « c'est un contrat dont le contenu non seulement ne neutralise pas, mais favorise les dispositifs d'incitation à une meilleure utilisation du système de soins ⁹ ».

À cet effet, le choix est fait de subordonner le bénéfice de diverses mesures socio-fiscales au respect par le contrat complémentaire d'un cahier des charges dont les grandes lignes sont dessinées par la loi de 2004 et seront précisées en 2005 par voie réglementaire (prise en charge complémentaire des dépenses de santé rattachables au parcours de soins coordonné, absence de compensation par la complémentaire du moindre remboursement de l'assuré par la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prise en charge d'actions de prévention). Sont concernées l'exemption d'assiette de cotisations sociales pour les contrats collectifs, mais aussi la déduction fiscale du revenu imposable du salarié bénéficiant d'un contrat collectif ainsi que l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance ¹⁰. Il s'agit *a priori* d'utiliser les couvertures collectives à des fins de régulation des dépenses de santé en réservant les avantages socio-fiscaux aux contrats responsables. Le développement d'une protection sociale privée est toujours encouragé, mais celle-ci semble mise au service des objectifs de maîtrise de la demande de soins contenus dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ¹¹. Cependant, ainsi que l'expliquent Amghar et Laloue (2010), à l'époque, les conditions du contrat responsable n'encadrent

8. En la matière, le cadre juridique est d'une grande complexité. Qui plus est, il a tardé à être stabilisé. Il l'a été principalement par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire dont les dispositions sont codifiées aux articles R. 242-1-1 et s. du Code de la sécurité sociale.

9. X. Bertrand – Sénat, séance du 27 juillet 2004.

10. Devenue ultérieurement, pour les contrats complémentaires santé, la taxe de solidarité additionnelle.

11. Sur ces évolutions, voir Kerleau *et alii* (2008).

que très peu les contrats en prévoyant uniquement une prise en charge minimale ainsi que l'exclusion de certains types de remboursements ¹². Mais le remboursement des dépassements d'honoraires ne fait l'objet d'aucune régulation et « certaines prises en charge particulièrement développées par les contrats collectifs vont à l'encontre des comportements que l'assurance maladie cherche à promouvoir afin de maîtriser la demande de soins en volume » (Amghar, Laloue, 2010:148). Il faudra attendre 2014 et la deuxième version des contrats responsables pour que soit par exemple encadrée la prise en charge des dépassements d'honoraires ou que soient fixées des combinaisons de planchers et plafonds de remboursement des dispositifs médicaux en matière d'optique.

Tableau 1. Présentation synthétique des avantages socio-fiscaux de 1979 à 2013

		1979-2003	2003-2004	2004-2013
Champ des avantages socio-fiscaux		<i>Avantages indifférenciés – prestations complémentaires de retraite et de prévoyance dans leur ensemble</i>	<i>Différenciation des plafonds – prestations complémentaires de retraite et de prévoyance</i>	<i>Mesures spécifiques à la couverture complémentaire santé</i>
Conditions	Exemption de l'assiette de cotisations	Absence de conditionnalité	Caractère collectif et obligatoire des prestations	Caractère collectif et obligatoire des prestations Contrat responsable (1 ^{er} version)
	Déductibilité de l'IRPP * (participation employeur et salarié)	Depuis 1985 Caractère collectif et obligatoire des prestations	Caractère collectif et obligatoire des prestations	Caractère collectif et obligatoire des prestations Contrat responsable (1 ^{er} version)
Objectifs/Effets		Incitation au recours à l'assurance privée		
		Substitut de rémunération/ « évitement du salaire »		<ul style="list-style-type: none"> ■ Substitut de rémunération/« évitement du salaire » ■ Incitation à une meilleure utilisation du système de soins

* Impôt sur le revenu des personnes physiques.

12. En sus du respect du cahier des charges, le contrat – pour être qualifié de « responsable » – ne doit pas couvrir la participation forfaitaire laissée à la charge du patient pour tout acte ou consultation réalisés par un médecin et pour les actes de biologie médicale.

Le caractère incitatif de ces conditionnalités ne gomme en rien la dimension « politique de rémunération » ou « évitement du salaire » déjà évoquée. Exemple chiffré à l'appui, Zemmour met notamment en évidence les termes de l'arbitrage entre salaire de base et éléments annexes de rémunération pour un employeur (Zemmour, 2015:24) ; la recherche d'une baisse du coût du travail est toujours bien présente et susceptible d'influencer les choix des employeurs.

II. De l'incitation à la subvention, une mue (trop) discrète

L'année 2013 marque incontestablement un tournant avec le recul de la dimension facultative de la couverture santé complémentaire pour une partie de la population. En effet, les employeurs du secteur privé ont désormais l'obligation de financer, au moins pour moitié, une couverture santé à leurs salariés, ce qui nécessite de souscrire un contrat collectif d'assurance. Pour autant, l'exemption d'assiette n'a pas été remise en cause. De fait, elle change néanmoins de nature : il ne s'agit plus d'une incitation à la souscription mais d'une subvention. À plusieurs égards, la mue est importante bien qu'elle se soit opérée très discrètement. *In fine*, pour des raisons assez éloignées de préoccupations sanitaires, la logique de baisse du coût du travail se voit pérennisée.

II.1. Retour sur un curieux processus de mue

Ce sont des négociations interprofessionnelles qui marquent le point de départ du processus de mue. Plus précisément, il s'agit des négociations ayant abouti à la conclusion de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. En effet, en matière de protection sociale complémentaire, l'ANI crée deux droits nouveaux au bénéfice des salariés à des fins annoncées de sécurisation des parcours professionnels : le droit à une couverture complémentaire santé financée au moins pour moitié par l'employeur (art. 1^{er}) et le droit à la portabilité des couvertures santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi (art. 2) ¹³. Ces droits nouveaux sont désormais inscrits dans le Code de la sécurité sociale puisque l'ANI a donné lieu à transposition législative par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Compte tenu du caractère dorénavant obligatoire de la couverture pour les salariés, la timide logique d'incitation attachée aux avantages socio-fiscaux depuis 2004 cède le pas à une politique de subventionnement de l'offre privée à compter du 1^{er} janvier 2016, date de prise d'effet de l'obligation de couverture. Les exemptions demeurent malgré l'obligation inscrite dans la loi. Les raisons de leur maintien sont clairement précisées dans l'ANI.

13. Sur ce point et comme l'exprime explicitement l'article 2, il s'agit principalement « d'améliorer l'effectivité de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi » prévue par l'ANI de 2008.

Au dernier alinéa de l'article 1^{er} de l'ANI, il est en effet mentionné que « les partenaires sociaux demandent aux pouvoirs publics à être consultés préalablement à tout projet d'évolution des conditions d'exonérations sociales attachées au financement des prestations de prévoyance prévues à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale. En cas de modification de ces conditions d'exonérations sociales, les parties signataires du présent accord conviennent de réexaminer ensemble les dispositions du présent article. » Le bénéfice des nouveaux droits pour les salariés est accordé sous condition d'un *statu quo* en matière d'exemption d'assiette des cotisations sociales du financement de l'employeur. D'un point de vue non juridique, les termes de l'ANI soulignent que les signataires patronaux ont concédé ces droits nouveaux sous réserve de « neutralité sociale »¹⁴ pour les entreprises. Une telle posture doit être interrogée en perspective du résultat global de la négociation et non seulement au prisme resserré des articles 1 et 2 de l'ANI. Ces droits constituent des contreparties aux nouveaux outils d'ajustement de leurs effectifs mis à disposition des entreprises dans un objectif de flexibilisation de la gestion de l'emploi (par exemple, le maintien de la couverture santé au titre de la portabilité est supposé rendre plus « supportable » le passage de l'emploi au chômage)¹⁵. Avec la conditionnalité exprimée dans l'ANI, le patronat entend bien disposer de cette « neutralité sociale » : les droits concédés aux salariés doivent coûter le moins cher possible aux entreprises.

Il est d'ailleurs intéressant de relever la façon dont le Medef a réagi à la suppression de l'avantage fiscal pour les salariés portant sur la part patronale de cotisations pour le financement des contrats « frais de santé ». Consécutivement à la loi de finances rectificative pour 2013, les salariés ne peuvent plus déduire de leurs revenus imposables la part acquittée par l'employeur au titre d'une couverture complémentaire santé à caractère collectif et obligatoire. Cette part est désormais soumise à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) en tant que complément de rémunération. Tout en soulignant le coût pour les salariés de cette fiscalisation, le Medef pointe également l'impact négatif que cela peut indirectement emporter dans le cadre de la négociation annuelle sur les salaires, ce qui confirme une approche essentiellement fondée sur la notion de coût salarial¹⁶. On est bien passé d'une logique d'incitation à une logique de subventionnement de l'assurance privée assortie d'une pérennisation des mesures

14. Cette expression est utilisée par les auteurs du présent article pour qualifier la réserve exprimée dans l'ANI.

15. À juste titre, Vincent souligne que « la "généralisation des complémentaires santé" apparaît comme l'introduction circonstancielle, au sein d'un accord portant sur l'emploi largement favorable au patronat, d'un dispositif offrant une garantie collective pour les salariés et une contrepartie pour les syndicats signataires » (Vincent, 2019:810).

16. Voir le bilan des accords nationaux interprofessionnels de 2008 et 2013 réalisés par le Medef en mars 2015, p. 16 : https://www.profilinfo.fr/doc_num.php?explnum_id=10141.

Encadré 1

Généralisation de la couverture complémentaire des salariés et contrat responsable

En rendant obligatoires les couvertures collectives pour une partie de la population, la loi de 2013 a créé les conditions pour de nouvelles articulations entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) que les pouvoirs publics n'ont pas tardé à « mettre à profit ». À l'occasion de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, il est en effet décidé une évolution du cahier des charges des contrats responsables (Ginon, 2017). Or, le respect de celui-ci a été rendu obligatoire pour les couvertures collectives par la loi de juin 2013 alors qu'il n'était jusqu'alors qu'une condition du bénéfice de l'exemption d'assiette. C'est donc un pan important de l'AMC qui se trouve instrumentalisé et réglementé (Del Sol, 2014) puisque satisfaire à la réglementation des contrats responsables pour les couvertures mises en place par l'entreprise devient une condition d'ordre public en lieu et place d'une condition d'éligibilité à un traitement fiscal et social de faveur.

permettant une baisse du coût du travail à la demande de la représentation patronale (voir annexe).

II.2. La contribution implicite aux politiques salariales des entreprises

Les avantages socio-fiscaux constituent en principe une incitation au recours à l'AMC dont ils font baisser le coût d'acquisition. Ils occasionnent une perte de recettes pour les finances sociales et le budget de l'État (voir *infra*) tout en favorisant la dépense privée aux dépens de la dépense publique. Ce phénomène d'assèchement des caisses publiques souligné par de nombreux auteurs demeure d'actualité malgré l'obligation de couverture des salariés instaurée en 2013. Si, à cette date, les avantages socio-fiscaux ont perdu leur caractère incitatif, ils n'ont pas pour autant disparu et les incitations se sont *de facto* transformées en subventions à l'achat d'assurances complémentaires santé auprès d'organismes privés¹⁷.

Si l'arbitrage à proprement parler entre augmentation de salaire et financement de la complémentaire santé n'est théoriquement plus de mise compte tenu de l'obligation légale, la participation financière à la

17. À titre de mise en perspective, l'exemption dont bénéficient les contributions des employeurs aux primes d'assurance maladie – sous forme de déduction de leur base imposable – constitue la première dépense fiscale de l'État fédéral américain pour un coût estimé à 288 milliards de dollars, soit 235 milliards d'euros, en 2018 (Gay, Sauviat, 2019). Rappelons cependant que, dans le cas étasunien, les assurances ainsi subventionnées fournissent une couverture de base et non complémentaire.

couverture santé s'avère cependant toujours plus avantageuse qu'une revalorisation salariale. La logique de substitution à l'augmentation de rémunération qui prévalait dès 1979 va de pair avec l'objectif de baisse du coût moyen du travail au cœur des politiques publiques d'emploi depuis bientôt trois décennies. Celles-ci induisent un « effet de second tour », explicité par Zemmour (2015:23) : le financement de l'employeur, lorsqu'il se substitue à une augmentation de salaire, peut permettre de bénéficier d'une exonération de cotisations plus importante compte tenu du caractère dégressif des allègements généraux en vigueur ¹⁸. Dans la trappe à bas salaires instituée par la dégressivité de ces allègements, le financement d'une assurance complémentaire peut constituer un élément d'une politique de rémunération visant à limiter les augmentations. La protestation des employeurs lors de la suppression de l'avantage fiscal relatif à leur participation financière en 2013 souligne bien le caractère de politique salariale toujours attachée au financement de l'assurance complémentaire malgré le nouveau cadre légal.

S'il tend à se substituer à du salaire, rappelons que le financement de l'employeur n'en possède cependant pas toutes les caractéristiques : à la différence d'une assiette exonérée, une assiette exemptée n'ouvre pas de droits sociaux contributifs aux salariés (notamment en matière d'indemnités journalières, de prestation d'invalidité ou de rente d'accident de travail, de chômage et, surtout, de retraite) (Igas, 2016). Ainsi, par le mécanisme d'exemption d'assiette, « le salarié bénéficie d'une subvention pour l'acquisition d'une couverture santé complémentaire privée, mais au prix d'une baisse partielle de la couverture du risque social chômage et vieillesse. Ce mécanisme relève bien d'un renoncement partiel aux droits contributifs obligatoires en échange de l'acquisition d'un contrat complémentaire » ¹⁹ (Zemmour, 2015:30).

II.3. Un coût déjà élevé pour les finances publiques malgré une évaluation partielle

L'un des fondements majeurs de la dépense fiscale réside dans la volonté des gouvernements de réduire le niveau des prélèvements obligatoires ainsi que celui des dépenses publiques. L'État choisit alors de se priver de recettes pour remplir des missions qui devraient normalement conduire à des dépenses (Haulotte, Valenduc, 2014). La faible visibilité des dépenses fiscales, qui représentent un moyen aisé de financer des mesures politiques « en dehors du budget » (Brixi *et al.*, 2003), constitue aux yeux des pouvoirs publics l'un des avantages majeurs de ces dispositifs. Ils échappent en effet généralement aux règles qui s'appliquent à la dépense budgétaire et dont le

18. Allègements généraux qui n'existaient pas en 1979 mais qui n'ont cessé depuis lors de monter en puissance.

19. Sans que ce choix du renoncement soit pour autant du ressort du seul salarié (Zemmour, 2015:27).

montant fait l'objet d'un vote, d'où le terme de Hidden Welfare State utilisé par Howard (1997). Contrairement aux dépenses budgétaires, le coût des dépenses fiscales n'est pas identifié *ex ante* et il n'existe pas de plafond pour leur octroi (Valenduc, 2004). Ainsi que le souligne Sinfield (2018:91), ces dépenses posent donc à la fois un problème de visibilité et de comptabilisation : « Lorsque les gouvernements dépensent les fonds qu'ils ont appelés, cela se retrouve dans la comptabilité nationale. Lorsqu'ils choisissent de ne pas prélever, mais d'utiliser des exonérations ou exemptions d'impôts, ces décisions et leur impact restent invisibles, notamment d'un point de vue comptable ²⁰. »

Compte tenu de leur développement et de l'importance des montants financiers mobilisés, les dépenses fiscales sont également l'objet d'un intérêt croissant en France, comme en témoignent par exemple le rapport publié en 2010 par le Conseil des prélèvements obligatoires (Conseil des prélèvements obligatoires, 2010) ainsi que les nombreuses publications de la Cour des comptes à ce sujet ²¹. CPO comme Cour des comptes soulignent les mêmes insuffisances concernant les dépenses fiscales françaises : coût élevé ²², complexité, illisibilité et difficile maîtrise pour reprendre les qualificatifs utilisés en 2010 par le CPO. Selon la Cour des comptes, les « niches sociales » soulèvent quant à elles à la fois des enjeux concernant « l'information du Parlement et des citoyens, l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés, leur correcte application par les entreprises, leur coût pour les finances publiques et, à montant donné de recettes, l'arbitrage souhaitable entre l'étendue de l'assiette et le niveau du taux de prélèvement, ainsi que les écarts acceptables de traitement entre entreprises et entre salariés » (Cour des comptes, 2019:97). L'absence de transparence budgétaire tient en partie au caractère délicat de l'évaluation des dépenses fiscales. Il n'existe pas de méthode directe d'évaluation du coût de cette dépense car ce dernier dépend du comportement du contribuable ²³. Au total, les méthodes dont on dispose sont insatisfaisantes et/ou difficiles à mettre en œuvre. C'est la raison pour laquelle les évaluations de la plupart des dépenses fiscales demeurent assez sommaires.

Concernant les dispositifs de faveur fiscaux et sociaux en vigueur dans le champ de la protection sociale d'entreprise en France, les chiffres annuels ne concernent que les pertes d'assiette et le coût d'exemptions de

20. « *When governments spend the funds they have collected, this shows in the national account. When they choose not to collect revenue but to use some special relief or exemption, these decisions and their impact nearly always remain invisible and so accountable.* »

21. Le dernier rapport de la Cour des comptes consacré à la sécurité sociale comporte un chapitre relatif aux « niches sociales » (Cour des comptes, 2019:95 et s.).

22. Contrairement aux allègements généraux de cotisations, les exemptions d'assiette ne font l'objet d'aucune compensation par le budget de l'État ou par l'affectation de nouvelles recettes.

23. La plus courante consiste à évaluer la perte initiale de recettes en supposant inchangé le comportement des bénéficiaires. Mais cette hypothèse de la stabilité du comportement du contribuable contredit l'objectif même de la dépense fiscale supposée l'infléchir.

cotisations sociales partiellement évalués en annexes 1 et 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Selon l'annexe 1 du PLFSS, la protection sociale complémentaire en entreprise (prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire et plan d'épargne retraite collective ²⁴) constitue la principale source de dérogation à l'assiette des cotisations et représentait une perte d'assiette de 20,8 milliards d'euros en 2018 (soit 40 % du total de ces dérogations ²⁵ et 3,5 % de la masse salariale). La prévoyance complémentaire à elle seule représentait une perte d'assiette de 17,1 milliards d'euros en 2018 (soit 2,9 % de la masse salariale). L'abondement de l'employeur a été estimé en supposant qu'il représentait environ 56 % du montant total des cotisations (hypothèse conforme à celle retenue par la Cour des comptes et aux travaux de l'Irdes ²⁶).

Quant à la perte de cotisations de sécurité sociale – autrement dit, le manque à gagner en termes de recettes pour les finances sociales – résultant de ces dispositifs d'exemption d'assiette (PLFSS, annexe 5), elle ne prend pas en compte l'adaptation des comportements qui serait observée si le droit commun était appliqué. La méthode utilisée vise à tenir compte des taux effectifs qui s'appliqueraient aux assiettes exemptées si elles étaient assujetties comme du salaire. Afin d'estimer la perte de cotisations et de contributions sociales, est également pris en considération le produit des contributions spécifiques (telles que le forfait social) prélevées sur les sommes exclues de l'assiette des cotisations (encadré 2). Un montant brut et un montant net des pertes de cotisations sont estimés. Le montant brut correspond à la perte totale de cotisations résultant à la fois des exemptions d'assiette et des dispositifs d'exonération de droit commun (allègements généraux et taux réduits de cotisations famille et maladie). Le montant net correspond uniquement à l'effet des exemptions d'assiette sur les cotisations effectivement dues (après application des dispositifs généraux). Sur cette base, le coût total de ces exemptions d'assiette (perte de cotisations de sécurité sociale) concernant la prévoyance complémentaire est estimé à 4,26 milliards d'euros (montant brut) et 3,37 milliards d'euros (montant net). Même sous-estimée comme on va le voir ci-dessous, cette dépense fiscale représente donc un pourcentage non négligeable des 26,3 milliards d'euros de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) pris en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) en 2017 (Drees, 2019a).

24. Mais les montants correspondant à ces deux derniers dispositifs sont nettement plus faibles que ceux qui se rapportent à la prévoyance complémentaire.

25. Quatre types de dispositifs sont pris en compte : participation financière et actionnariat salarié, protection sociale complémentaire en entreprise, aides directes consenties aux salariés et indemnités de rupture.

26. *Questions d'économie de la santé*, n° 181, 2012. Cette participation se monte actuellement à 59 % (Drees, 2019a).

Encadré 2

Exemption d'assiette au titre du financement de la prévoyance et forfait social

Dans le cadre du plan Juppé, l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale a institué un prélèvement à la charge des entreprises d'au moins 10 salariés, assis sur la part patronale, des contrats complémentaires de prévoyance (taxe prévoyance). Ce faisant, les entreprises bénéficiaires de l'exemption d'assiette au titre de cette part patronale sont mises à contribution pour participer à l'effort de redressement des comptes sociaux. Cette taxe n'a pas été remise en question lors de la création du forfait social en 2009 alors même que celui-ci porte sur les rémunérations ou gains exonérés de cotisations de sécurité sociale et vise à compenser partiellement les pertes de recettes subies par les régimes sociaux en réduisant l'impact des « niches sociales »¹. C'est seulement lorsque le taux du forfait social a atteint 8 %, soit le même taux que la taxe prévoyance, que cette dernière a été supprimée (LFSS pour 2012) et que le financement de l'employeur a été intégré dans l'assiette du forfait social. Cet alignement a toutefois été mis à mal en 2012 lorsque le taux de droit commun du forfait social a été porté à 20 %. En effet, il a été décidé d'appliquer un taux dérogatoire réduit (8 %) au bénéfice du financement patronal de prestations complémentaires de prévoyance financées par les entreprises d'au moins 11 salariés. C'est la nature particulière de cet élément de rémunération qui a servi à l'époque de justification, élément présenté comme une aide destinée à faciliter l'accès des salariés à une couverture complémentaire maladie dans le cadre de contrats collectifs. L'obligation désormais faite à l'employeur de financer une telle couverture n'a pas rebattu les cartes en matière d'exemption d'assiette. Il aurait pu en aller différemment en matière de forfait social, la justification du taux réduit ayant disparu. Mais, là également, le *statu quo* est de mise !

1. La logique initiale du forfait social était de permettre au prélèvement social patronal de ne pas se concentrer sur les seuls salaires et de tenir compte du développement des accessoires de rémunération.

Mais, ainsi que le souligne la Cour des comptes, ces évaluations sont à la fois insatisfaisantes et incomplètes. Insatisfaisantes car elles ne sont pas en mesure de prendre en compte l'effet sur les comportements ainsi que déjà souligné ; incomplètes car le PLFSS évalue uniquement les effets des exemptions d'assiette sur les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement. Or, les éléments de rémunération exemptés de cotisations de sécurité sociale ne sont pas non plus soumis aux cotisations de l'assurance chômage, des organismes de retraite complémentaire ou des organismes de formation. Ces pertes ne sont pas chiffrées (sur cette « part cachée », voir Zemmour, 2015) ; la Cour des comptes elle-même

estime qu'« une information sur le coût des “niches sociales” pour les régimes de retraite complémentaire et d'assurance chômage des salariés pourrait être utilement retracée dans une rubrique spécifique, à créer à l'annexe 5 » (Cour des comptes, 2019:112). Ne donne en conséquence lieu à évaluation qu'une partie des exemptions sociales ²⁷.

III. Généralisation de la couverture ou des inégalités ?

Malgré les difficultés d'évaluation, l'exemption d'assiette en faveur des entreprises représente donc un important manque à gagner pour la Sécurité sociale. Sa légitimité est en outre devenue très discutable depuis le changement opéré en 2013, sans compter que le maintien d'une telle subvention tend à creuser les inégalités aux dépens des assurés en contrat individuel. Ce sont le rôle et la place même de l'AMC dans le système de financement des dépenses de santé qui sont en définitive à mettre en débat.

III.1. Le caractère collectif des couvertures d'entreprise, un alibi qui ne tient plus

En instaurant une obligation de négocier sur les modalités d'un régime de prévoyance maladie, la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) marque la préférence des pouvoirs publics pour déployer la couverture complémentaire santé dans le cadre de l'entreprise. Depuis 1999, l'évolution de l'environnement juridique n'a non seulement pas démenti ce choix mais l'a renforcé.

Parfois implicite, cette préférence s'explique assez largement par l'histoire de la construction de garanties sociales adossées à l'emploi. Celle-ci confère une légitimité aux partenaires sociaux en matière de protection sociale complémentaire ²⁸ que les pouvoirs publics semblent relayer en faisant des couvertures collectives le vecteur stratégique de la politique de déploiement de l'assurance maladie complémentaire. La démocratie sociale et les solidarités qui peuvent s'exprimer sur ce segment de l'AMC sont autant de justifications *a priori* recevables d'une telle politique... que les conditions de mise en œuvre du droit à la complémentaire santé semblent toutefois très largement démentir.

Certes, par un mécanisme à tiroirs, la loi du 14 juin 2013 a privilégié – conformément aux termes de l'ANI – la mise en place par voie

27. La mesure du coût des avantages fiscaux relatifs à la déductibilité de l'IRPP suppose quant à elle de faire des hypothèses concernant le taux moyen d'imposition des salariés bénéficiaires. Ceci a été fait en 2013 par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la base des données disponibles en 2010, chiffrant à l'époque la réduction d'IRPP à 1,6 milliard d'euros. Mais la législation a changé depuis lors (généralisation de la couverture et fin de la déductibilité concernant la participation financière de l'employeur).

28. Dans un contexte socio-historique différent, il en va de même aux États-Unis. Depuis une vingtaine d'années, l'assurance maladie constitue un thème majeur de négociation tant au niveau de l'entreprise que de la branche (Gay, Sauviat, 2019).

conventionnelle plutôt que le recours à la décision unilatérale de l'employeur et par accord de branche plutôt qu'accord d'entreprise. De prime abord, ce schéma était à même de permettre une diffusion de la complémentaire santé collective au bénéfice des salariés qui en étaient jusqu'alors dépourvus dans des conditions répondant aux aspirations implicites des pouvoirs publics et justifiant leur préférence. Mais il s'est heurté à l'inadéquation de l'environnement juridique dont certains éléments peuvent être considérés comme antinomiques avec les « attentes » placées dans les couvertures collectives... à tel point qu'il est légitime de s'interroger sur ce qui justifie le maintien des mesures socio-fiscales en faveur des entreprises qui redeviennent *in fine* des subventions à l'appui de leur politique salariale (voir *supra*).

Deux principales causes d'inadéquation peuvent être soulignées. La première est la suppression de la possibilité pour les accords collectifs de branche de stipuler une clause de désignation de l'assureur. Par cette clause, était octroyé à l'assureur désigné le marché de la branche, les entreprises du secteur d'activité étant contraintes de souscrire un contrat auprès de cet assureur. Ainsi, par l'effet de la désignation, l'assureur bénéficiait d'un monopole de gestion de la couverture complémentaire santé des salariés de la branche et était fixé un tarif collectif par le jeu de la mutualisation entre toutes les entreprises d'un même secteur, quelles que soient leur taille et leur sinistralité. Pour les petites et moyennes entreprises, c'est donc le coût de la complémentaire santé qui dépendait du maintien du système de la désignation ; pour les salariés de ces entreprises, si l'enjeu est également économique, il ne se réduit pas à cela puisque la désignation emporte également l'instauration de mécanismes de solidarité (par exemple, octroi de droits gratuits, accès à des aides sociales). Mais, à l'occasion du contrôle de constitutionnalité de la loi du 14 juin 2013, le Conseil constitutionnel a invalidé les clauses de désignation, les jugeant contraires tant à la liberté d'entreprendre qu'à la liberté contractuelle ²⁹. L'impossibilité d'accorder désormais un monopole de gestion à un assureur et l'absence d'incitation pour les entreprises à recourir à l'assureur éventuellement recommandé par la branche n'encouragent pas, voire sapent, la négociation d'éléments de solidarité. « À défaut de pouvoir contraindre toutes les entreprises à alimenter le pot commun, [des] droits non contributifs ne peuvent être concrétisés » (Barthélémy, 2013:877).

La seconde cause d'inadéquation réside dans le « décentrage » vers l'entreprise. Comme l'analyse Vincent, « couplées avec l'interdiction de la désignation, vécue comme un "accident industriel" par les organisations syndicales, les conditions de la mise en place de la complémentaire santé semblent désormais déterminées au niveau des entreprises pour répondre à

29. Conseil constitutionnel, décision n° 2013-672 du 13 juin 2013. Voir Rousseau et Rigaud (2013).

des choix managériaux » (2019). Ce mouvement emporte recul de la régulation sectorielle dont on sait qu'il conduit à une forme de dé-collectivisation (Laulom, 2017). En matière de protection sociale, la décentralisation porte en germe des menaces sur les périmètres mais aussi le degré de solidarité et ce quand bien même une négociation collective s'engagerait au niveau de l'entreprise. Il en va *a fortiori* ainsi lorsque la mise en place de la couverture complémentaire s'opère, non par voie d'accord collectif, mais par décision unilatérale de l'employeur comme le permet le droit français.

La loi du 14 juin 2013 a institué un droit à la couverture complémentaire pour les salariés du secteur privé. Ce droit est en réalité un moyen de redistribuer la charge du financement public et privé de la couverture santé pour une large part de la population. En ce sens, la place ambiguë reconnue à la négociation collective n'est sans doute pas aussi paradoxale qu'il n'y paraît de prime abord. Ce n'est pas un objet de négociation professionnelle que l'on a entendu promouvoir et il ne s'est pas agi de « contrarier » le jeu du marché de l'assurance en faisant réellement primer la demande d'assurance de la part de collectivités élargies. Par voie de conséquence, l'absence de remise en cause des mesures socio-fiscales en faveur des couvertures d'entreprise peine à se justifier. En effet, contrairement à ce que certaines organisations syndicales escomptaient, l'ANI de 2013 n'a pas contribué à « consolider un second pilier professionnel de branche où la mutualisation s'exercerait sous leur contrôle par la désignation d'organismes paritaires » (Vincent, 2019).

III.2. Des inégalités d'accès à la couverture santé exacerbées

À l'instar de la situation antérieure à la loi du 14 juin 2013, les assurés à titre collectif bénéficient à la fois de contrats de meilleur niveau et à moindre coût. Dès lors, comme souligné dès 2010, « le dispositif des exemptions de cotisations sociales pour les contrats de prévoyance a pour effet de concentrer l'aide publique sur les contrats qui sont déjà les plus favorables aux ménages et qui profitent davantage aux salariés aisés » (Amghar, Laloue, 2010:148). Les mêmes auteurs faisaient déjà remarquer que « l'exemption de la contribution des employeurs aux contrats collectifs de prévoyance se cumule avec d'autres dispositifs fiscaux pour atteindre un niveau d'aide tout à fait exceptionnel » (Amghar, Laloue, 2010:170). La réforme de 2013 peut *a priori* être considérée comme positive puisqu'elle accroît la part de salariés couverts par une couverture collective compte tenu du transfert de salariés couverts par une couverture complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Entre 2014 et 2017, la part des individus protégés par un contrat d'entreprise est en effet passée de 33 à 38 % et celle des personnes couvertes par un contrat individuel de 55 à

51 % (Drees, 2019a)³⁰. Cette même enquête de la Drees montre cependant que la plupart des salariés les plus précaires ne bénéficient pas d'une complémentaire collective. Ainsi, en 2017, seulement la moitié des salariés en contrat court et 30 % des salariés à temps partiel effectuant moins de 10 heures hebdomadaires de travail étaient couverts par l'intermédiaire de leur entreprise (Drees, 2019a).

Par ailleurs, l'obligation légale de couverture complémentaire se limite aux salariés du secteur privé. Pour les autres catégories de la population (fonctionnaires et agents des collectivités publiques, travailleurs indépendants, retraités, autres inactifs et chômeurs³¹), la souscription d'une assurance maladie complémentaire demeure facultative³². À l'exception des travailleurs non salariés non agricoles, elle se fait dans le cadre d'un contrat individuel. Or, les assurés couverts à titre individuel bénéficient en moyenne de garanties de moins bon niveau à des tarifs plus élevés, croissants avec l'âge, sans pour autant être éligibles à quelque avantage fiscal. Par ailleurs, malgré la légère augmentation du taux de couverture de la population, les personnes non couvertes demeurent surreprésentées dans les catégories les plus modestes. Le taux de non-couverture est de 13 % parmi les chômeurs, de 9 % parmi les inactifs en âge de travailler et de 11 % au sein du premier décile de niveau de vie contre 4 % en moyenne dans la population. Le niveau de vie mensuel moyen des personnes non couvertes est inférieur de 440 euros à la moyenne française, lequel s'établit à 1 993 euros en 2017 selon l'Insee (Fouquet, 2020). Les dispositifs socio-fiscaux réservés aux couvertures collectives sont clairement régressifs : ils alimentent de fait une redistribution des plus modestes vers les plus aisés. Ces mesures n'échappent donc pas à l'une des critiques les plus courantes à l'égard de la dépense fiscale dont le caractère potentiellement inégalitaire³³ et régressif³⁴ est régulièrement mis en évidence : « la majorité des dispositifs sociaux-fiscaux sont conçus pour bénéficier surtout aux citoyens les plus aisés³⁵ » (Faricy, 2011:11).

On peut arguer du fait que les personnes aux revenus les plus modestes peuvent bénéficier, sous condition de ressources, de dispositifs spécifiques

30. La Drees souligne cependant que le niveau des garanties collectives est moins élevé en moyenne dans les entreprises nouvellement couvertes que dans les autres. Le taux de participation des employeurs y est également plus faible : il se situe généralement au niveau du minimum légal contre 58 % en moyenne pour la totalité des entreprises.

31. Sauf dans l'hypothèse où ils bénéficient du maintien de la couverture d'entreprise au titre du dispositif de la portabilité.

32. Comme tel était le cas aux États-Unis avant l'Obamacare. Aujourd'hui, ces catégories initialement hors champ de la dépense fiscale se voient également subventionnées. Sur les subventions en faveur des assurances individuelles aux États-Unis, voir notamment Beaussier (dans ce numéro).

33. Déjà souligné par Titmuss, voir *supra*.

34. Ainsi que l'explique Sinfield (2016), Surrey a pour sa part décrit les avantages fiscaux comme « inversés » pour illustrer leur ciblage généralement régressif (Surrey, 1973:37).

35. « *The majority of social tax expenditure programs are designed to provide the largest benefits to the wealthiest citizens.* »

de couverture soit à titre gratuit, soit avec une participation financière limitée³⁶. Outre les différences en matière de niveau de garanties, on voit clairement que ces différentes modalités d'accès à la couverture complémentaire maladie mettent en œuvre deux logiques distinctes mais tout à fait caractéristiques d'un État social de type libéral : d'une part, l'usage de la dépense fiscale afin de subventionner le recours à l'assurance privée pour les salariés du secteur privé ; d'autre part, l'utilisation de mécanismes d'assistance afin de permettre l'accès à la complémentaire santé pour les plus modestes.

Pour conclure : l'assurance privée comme seul horizon ?

Les articles ou chroniques consacrés à la prise en charge des soins de santé en France postulent généralement que l'AMC est devenue indispensable à un bon accès aux soins, d'où sa nécessaire généralisation à l'ensemble de la population. Celle-ci a été partiellement réalisée par le biais de l'ANI de 2013. Pour autant, la « géographie » schématique de l'assurance complémentaire santé est aujourd'hui polarisée : d'une part, des contrats collectifs subventionnés dans le secteur privé et, d'autre part, des dispositifs individuels, aidés pour les personnes à bas revenus. Les fonctionnaires, inactifs (notamment les retraités) et chômeurs ne bénéficiant pas de la portabilité supportent la totalité, ou une large part³⁷, du coût de couvertures individuelles moins avantageuses et souvent de moins bonne qualité que les contrats dits « de groupe ». En pérennisant les avantages socio-fiscaux afférents à l'assurance collective, cette « généralisation en trompe-l'œil » de 2013 (Del Sol, 2014) a contribué à figer les inégalités existantes³⁸.

Les débats relatifs à la généralisation de l'AMC et à l'usage de la dépense socio-fiscale sont anciens (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2003) et régulièrement réactivés (Igas, 2016), y compris au plus haut niveau de l'État³⁹. Le plus souvent, est proposé le passage de l'avantage socio-fiscal attaché au contrat collectif à une aide individuelle sous condition de ressources qui favoriserait une « articulation » AMO/AMC, l'articulation

36. Depuis le 1^{er} novembre 2019, le dispositif de la Complémentaire santé solidaire a remplacé le CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

37. Voir IGF *et alii* (2019), rendu public en octobre 2020.

38. Cependant, par une ordonnance du 17 février 2021, une réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics a été engagée. Par une forme de convergence avec la « généralisation », les employeurs publics devront à terme participer au financement des couvertures santé de leurs agents.

39. Dans son discours au Congrès de la Mutualité en 2012, François Hollande, alors président de la République, a souligné le caractère inégalitaire des avantages socio-fiscaux dont il souhaitait la réorientation : « L'État 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 le nombre des bénéficiaires ». Voir <http://bit.ly/3sXpTmO>.

s'entendant ici comme la participation des Ocam à la maîtrise des dépenses de santé. Sous couvert de lutte contre les inégalités, le caractère libéral d'un tel raisonnement est manifeste : il revient à l'assurance privée de suppléer les insuffisances d'une AMO sous-financée, quitte à en subventionner l'achat pour les plus modestes, c'est-à-dire à développer l'assistance.

L'efficacité du recours à l'assurance privée généralisée est en revanche assez peu questionnée malgré l'importance du montant des cotisations collectées par les Ocam qui atteint environ 37 milliards d'euros en 2017 (Drees, 2018:13)⁴⁰. Mais seules 79 % des cotisations sont reversées sous forme de prestations et le rapport prestations/cotisations diminue depuis 2014. Les contrats collectifs s'avèrent moins désavantageux : 85 % des cotisations reversées en prestations en 2017 contre seulement 73 % en individuel⁴¹ (Drees, 2018:23-24). Alors que, selon la Drees (2019b), les coûts de gestion des régimes de base ont légèrement baissé entre 2009 et 2018 (passant de 7,7 à 7,3 milliards d'euros), ceux des Ocam sont passés de 5,1 à 7,5 milliards d'euros sur la même période, atteignant un niveau comparable à ceux de la Sécurité sociale ! Il paraît donc pertinent « de s'interroger sérieusement sur la question de savoir si, étant acquis qu'une couverture donnée doit profiter à l'ensemble de la population (ou à une large partie de celle-ci), il est efficient, ou non, économiquement de segmenter les périmètres de mutualisation. La pluralité d'organismes assureurs et l'existence d'un marché de l'assurance a un sens aussi longtemps que la souscription d'assurance n'est pas obligatoire ; en revanche, dès lors que celle-ci devient obligatoire, à un niveau de garantie donnée, une mutualisation globale paraît plus efficace » (Roulet, 2013).

Mais la question de l'amélioration de la prise en charge par l'assurance de base se voit la plupart du temps évacuée au motif que la suppression de l'AMC serait « illusoire », pour reprendre les termes du rapport Chadelat (Turquet, 2004). Une telle option conduirait en effet à la disparition des Ocam et à l'intégration des cotisations qui leur sont versées dans les prélèvements obligatoires, ce qui « placerait la France en difficulté en matière de niveau de prélèvements obligatoires, par rapport à ses partenaires européens » (Commission des comptes de la sécurité sociale, 2003:19). D'où le double « avantage » d'une dépense fiscale qui, à la fois, fait baisser le niveau des prélèvements obligatoires et pérennise l'existence des Ocam⁴².

40. Selon l'UFC-Que choisir (2018), ce marché a progressé de plus de 55 % depuis 2006. Les Ocam ont pris en charge 13,2 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2017 (Drees, 2019a).

41. Toujours selon l'UFC-Que choisir (2018), les frais de gestion s'élèvent à 21,5 % en individuel et à 18,3 % en collectif.

42. Le régime local d'Alsace-Moselle, qui propose une couverture complémentaire obligatoire financée par une cotisation sur les revenus, n'a-t-il d'ailleurs pas été écarté de la réforme récente du 100 % santé afin de préserver le marché de ces mêmes assureurs privés (Mouzon, 2020) ?

Tant en matière de dépense socio-fiscale que d'importance des Ocam dans la prise en charge de dépenses de santé, les évolutions des dernières décennies sont donc présentées comme irréversibles alors même que le ratio prestations/cotisations – moins de 80 % en matière de couverture privée – est très largement inférieur à celui de la Sécurité sociale et que l'intervention de deux types d'assureurs de nature différente complique la régulation. Le manque d'efficacité lié à cette double prise en charge pour un même bien ou service s'ajoute aux nombreuses critiques que l'on peut formuler à l'égard des avantages socio-fiscaux facilitant le recours à l'assurance maladie complémentaire : complexité, manque de transparence et caractère régressif. Entrent aussi dans cette liste constituée de longue date par les auteurs anglo-saxons précédemment cités des effets d'aubaine ainsi qu'une forte sensibilité à des comportements de *lobbying* et de recherche de rente, d'où leur persistance lorsque leur raison d'être a disparu (Barrios *et al.*, 2020 ; Kalyva, 2016). En contribuant à l'assèchement des ressources des régimes publics, cette allocation de ressources favorise en outre le recours à l'assurance privée, générant ainsi un cercle vicieux⁴³. Cercle vicieux dont l'irréversibilité est d'autant plus forte en France que la complémentaire santé solidaire pour les personnes ayant les plus faibles revenus (et, avant elle, la CMU-C) est financée exclusivement par le produit d'une contribution – la taxe de solidarité additionnelle – qui est assise sur les primes des contrats d'assurance santé !

Or, dans la réalité, « ce n'est pas tant la couverture complémentaire qui est nécessaire qu'un meilleur taux de remboursement, que celui-ci soit obtenu par le biais d'une couverture complémentaire ou d'une exonération de ticket modérateur ; beaucoup de pays ont une meilleure prise en charge pour les personnes à bas revenus, sans pour autant que celle-ci soit obtenue par le truchement d'une assurance privée » (Paris, Polton, 2016). Mais paradoxalement, alors que la plupart des économistes de la santé se montrent très attachés à la maîtrise des dépenses et au sacro-saint calcul coûts-avantages en matière de soins de santé, celui-ci ne semble pas de mise dans le champ assurantiel. Cependant, selon Pichet (2016), si l'on suit ce mode de raisonnement, le maintien d'une dépense socio-fiscale se justifie à condition de n'être pas substituable par une dépense budgétaire plus efficace, c'est-à-dire qui réaliserait l'objectif final non fiscal (ici, la prise en charge des soins de santé) à moindre coût global. Le chiffrage précis du coût attaché aux dépenses socio-fiscales, que même la Cour des comptes appelle de ses vœux (2019:112), ne permet cependant pas de mener à bien cette comparaison. De même, le coût de l'articulation AMO-AMC ne fait

43. Zemmour évoque très justement en la matière un système de « vases communicants » (2015:30).

l'objet d'aucune évaluation. La comparaison sommaire des frais de gestion de l'assurance maladie et des Ocam fournit cependant plus que des indices...

Malgré tout, le recours à l'assurance privée semble demeurer le seul horizon des décideurs publics, la réforme du 100 % Santé en constituant la dernière illustration. En effet, pour améliorer la prise en charge de certains biens médicaux et soins courants, le choix a été fait de réglementer fortement l'assurance complémentaire⁴⁴ et non de revoir à la hausse le remboursement par la Sécurité sociale. La crise sanitaire, économique et sociale que nous traversons met pourtant plus que jamais en évidence le besoin de solidarité face à la maladie, besoin que seule l'assurance de base, à même de traiter les individus « à égalité de droits et de devoirs », peut remplir.

Un « renversement de tendance » ne paraît toutefois pas à l'ordre du jour. Le consensus qui semble exister au sein des économistes, *mainstream* ou non, sur le caractère paradoxal des subventions accordées à des dispositifs obligatoires d'assurance ainsi que sur l'inefficacité de la juxtaposition AMO-AMC justifierait pourtant à lui seul d'exercer à tout le moins un droit d'inventaire des aides à la souscription d'une assurance complémentaire maladie. À l'incongruité, la France ajoute parfois l'incohérence comme l'illustrent les discussions autour de la « dette Covid ». En effet, les recettes de la Sécurité sociale sont amoindries par les avantages socio-fiscaux en faveur des assurances maladie collectives et, dans le même temps, les pouvoirs publics instrumentalisent la taxation des Ocam pour contribuer à cette dette. En d'autres termes, l'assurance santé privée est subventionnée par la Sécurité sociale pour pouvoir ensuite venir en soutien à la Sécurité sociale. *What's going wrong in France?*

44. Sur la régulation de l'AMC, voir Batifoulier *et al.*, dans ce numéro ; voir aussi Ginon (2017).

Références bibliographiques

- Adema W., Fron P. (2019), *The OECD SOCX Manual – 2019 Edition. A Guide to the OECD Social Expenditure Database*, OECD, http://www.oecd.org/social/soc/SOCX_Manuel_2019.pdf.
- Adema W., Fron P., Ladaique M. (2011), « Is the European welfare state really more expensive? Indicators on social spending, 1980-2012 », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 124, <https://doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en>.
- Amghar Y.-G., Laloue F. (2010), *Les dispositifs dérogatoires en matière de prélèvements sociaux*, Rapport particulier, Conseil des prélèvements obligatoires, juillet, <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/21530>.
- apRoberts L., Reynaud E. (1998), *Un panorama de la protection sociale complémentaire*, Rapport réalisé pour la Mission interministérielle Recherche Expérimentation, <http://bit.ly/3r4XNV9>.
- Barrios S., Coda Moscarola F., Figari F., Gandullia L., Riscado S. (2020), « The fiscal and equity impact of social tax expenditures in the EU », *Journal of European Social Policy*, vol. 30, n° 3, p. 355-369, <https://doi.org/10.1177/0958928719891341>.
- Barthélémy J. (2003), « Réforme des retraites et protection sociale complémentaire », *Droit social*, n° 11, p. 970.
- Barthélémy J. (2013), « Les fondamentaux du droit de la "PSC" », *Droit social*, n° 11, p. 873-879.
- Benoît C., Del Sol M., Martin P. (eds.) (2020), *Private Health Insurance and the European Union*, London, Palgrave Macmillan.
- Brix H.P., Valenduc C.M.A., Swift Z.L. (eds.) (2003), *Tax Expenditures – Shedding Light on Government Spending through the Tax System: Lessons from Developed and Transition Economies*, The World Bank, Washington DC, <https://doi.org/10.1596/0-8213-5601-1>.
- Chauchard J.-P. (2011), « L'évitement du salaire », *Droit social*, n° 1, p. 32-41.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale (2003), *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, <https://bit.ly/39iRxD3>.
- Conseil des prélèvements obligatoires (2010), *Entreprises et « niches » fiscales et sociales. Des dispositifs dérogatoires nombreux*, octobre, <https://bit.ly/3ohPEdZ>.
- Cour des comptes (2019), *Sécurité sociale 2019*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>.
- Del Sol M. (2014), « Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse », *Droit social*, n° 2, p. 165-173.
- Delahaie N., Duhautois R. (2013), « L'effet de l'intéressement sur l'évolution des salaires », *Connaissance de l'emploi*, n° 108, CEE, novembre, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00979657>.
- Drees (2018), *Rapport 2018 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, <https://bit.ly/3a4CIIS>.

- Drees (2019a), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*, Panoramas de la Drees, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://bit.ly/3oQXhbU>.
- Drees (2019b), « Les dépenses de santé en 2018 : résultats des comptes de la santé – Édition 2019 », *Panoramas de la Drees*, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>.
- Faricy C.G. (2011), « The politics of private social welfare in America: Political parties and tax expenditures », Western Political Science Association 2011 Annual Meeting Paper, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1766893.
- Fouquet M. (2020), « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », *Études & Résultats*, n° 1166, Drees, octobre, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>.
- Gay R., Sauviat C. (2019), « Le système de santé étasunien, toujours au centre du débat public neuf ans après l'Affordable Care Act », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 829-840.
- Ginon A.-S. (2017), « Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, p. 456-468, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237580>.
- Hacker J.S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, New York, Cambridge University Press.
- Haulotte S., Valenduc C. (2014), « Réduire les dépenses fiscales : une voie de réforme ? », *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(1), p. 31-47, <https://doi.org/10.3917/rpve.531.0031>.
- Howard C. (1997), *The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton, Princeton University Press.
- Igas (2016), « Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé », *Rapport No. 2015-143R*, Igas, avril, <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-143RDEF.pdf>.
- IGF, IGA, Igas (2019), *Protection sociale complémentaire des agents publics*, Rapport, juin, <https://bit.ly/3r69kUb>.
- Kalyva A. (2016), « Political economy of tax expenditures », in Princen S. (ed.), « Political Economy of Tax Reforms. Workshop Proceedings », *European Economy Discussion Paper*, n° 025, p. 46-50, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/dp025_en.pdf.
- Kerleau M. (2012), « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire : diversité des modèles et des protections », *Revue française de socio-économie*, vol. 9, n° 1, p. 171-189, <https://doi.org/10.3917/rfse.009.0171>.
- Kerleau M., Durand F., Fretel A., Hirtzlin I. (2008), *Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise*, Rapport pour la MiRe, tome I, <https://bit.ly/39gZcBN>.
- Laulom S. (2017), « From decentralisation of collective bargaining to de-collectivisation of industrial relations systems ? », *Bulletin of Comparative Labour Relations*, n° 99, p. 15-28, <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-01698588>.

- Monnier J.-M. (1998), *Les prélèvements obligatoires*, Paris, Economica.
- Morel N., Touzet C., Zemmour M. (2018), « Fiscal welfare : le rôle des niches socio-fiscales dans la protection sociale en Europe », *Revue française de Socio-Économie*, vol. 20, n° 1, p. 123-141, <https://doi.org/10.3917/rfse.020.0123>.
- Mouzon C. (2020), « Le 100 % santé ne tient pas 100 % de ses promesses », *Alternatives économiques*, n° 402, 12 février, <http://bit.ly/3pkBWSb>.
- OCDE (2010), *Les dépenses fiscales dans les pays de l'OCDE*, Paris, Éditions de l'OCDE, <https://doi.org/10.1787/9789264076921-fr>
- Paris V., Polton D. (2016), « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? », *Regards*, vol. 49, n° 1, p. 69-79, <https://doi.org/10.3917/regar.049.0069>.
- Pichet É. (2016), « Théorie générale des dépenses socio-fiscales et propositions de refonte du système français des "niches" fiscales », *Revue de Droit fiscal*, n° 36, p. 1-17, <https://bit.ly/3ofVDQp>.
- Roulet V. (2013), *Protection sociale des entreprises. État des lieux et perspectives*, Agence d'Objectifs de l'IRES pour la CFE-CGC, septembre, <http://bit.ly/3a3rWgs>.
- Rousseau D., Rigaud D. (2013), « Généralisation de la prévoyance complémentaire, Loi et Constitution », *Droit social*, n° 9, p. 680-686.
- Sagan A., Thomson S. (2016), « Voluntary health insurance in Europe. Role and regulation », *Observatory Studies Series*, n° 43, World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies, <https://bit.ly/2YivbLI>.
- Sinfield A. (2012), « Fiscal welfare », in Greve B. (ed.), *The Routledge Handbook of the Welfare State*, London, Routledge, p. 20-29, <https://doi.org/10.4324/9780203084229.ch3>.
- Sinfield A. (2016), « The distributional effects of social tax expenditures. Tax benefits and their impact on the social division of welfare », *Fiscal Welfare in Europe*, Paris, May 26-27.
- Sinfield A. (2018), « Fiscal welfare and its contribution to inequality », in Needham C., Heins E., Rees J. (eds.), *Social Policy Review 30: Analysis and Debate in Social Policy*, Bristol, Policy Press, p. 91-110, <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447349990.003.0005>.
- Surrey S.S. (1973), *Pathways to tax reform: The concept of tax expenditures*, Cambridge, Harvard University Press.
- Titmuss R.M. (1958), *Essays on the Welfare State*, London, Allen and Unwin.
- Turquet P. (2004), « A stronger role for the private sector in France's health insurance? », *International Social Security Review*, vol. 57, n° 4, p. 67-89, <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2004.00203.x>.
- UFC-Que choisir (2018), *Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive*, juin.
- Valenduc C. (2004), « Les dépenses fiscales », *Reflets et perspectives de la vie économique*, XLIII(1), p. 87-104, <https://doi.org/10.3917/rpve.431.0087>.
- Vincent C. (2019), « La reconfiguration du marché du risque santé par la négociation : de l'interprofessionnel à l'entreprise et du contrat individuel au collectif », *Revue de droit sanitaire et social*, p. 810-818.

Zemmour M. (2013), « Les dépenses socio-fiscales ayant trait à la protection sociale : état des lieux », *Liepp Policy Paper*, n° 2, décembre, <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01064750/document>.

Zemmour M. (2015), « Exonérations, exemptions et dépenses fiscales : quels coûts pour la protection sociale ? », *La Revue de l'IREs*, n° 87, p. 3-34, <http://bit.ly/3cdqDy7>.

Annexe.
**Les avantages sociaux et fiscaux en vigueur afférents
aux contrats d'assurance maladie complémentaire en entreprise**

Cotisations de sécurité sociale

Cible	Contribution de l'employeur destinée au financement de prestations de protection sociale complémentaire (CSS, art. L. 242-1-II-4°)
Nature de la mesure	Exemption d'assiette
Niveau de l'exemption	Par an et par salarié (santé et/ou prévoyance) – fraction n'excédant pas un montant égal à 6 % PASS et 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations sans que le total puisse excéder 12 % PASS (CSS, art. D. 242-1-I)
Conditions de l'exemption	<ul style="list-style-type: none"> ■ Caractère collectif ■ Caractère obligatoire ■ Contrat solidaire et responsable ■ Prestations uniformes ■ Non-substitution à des éléments de rémunération soumis à cotisations et versés au cours des 12 derniers mois ■ Mise en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale ■ Souscription auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou une société d'assurance
Remarque	<i>Nombreuses évolutions portant principalement sur les conditions de l'exemption (constat de la conditionnalité croissante) : 1985 (instauration d'un plafonnement) – 2003 (caractère collectif et obligatoire + plafonnement séparé retraite/prévoyance-santé) – 2004 (1^{re} version des contrats responsables) – 2014 (2^e version des contrats responsables) – 2019 (100 % santé) ¹.</i>

1. Sur les conditions relatives au contenu de la prise en charge et des garanties (contrats « responsables), voir Batifoulier *et alii* (dans ce numéro).

Impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP)

Cible	Contribution du salarié au financement des prestations complémentaires de prévoyance (CGI, art. 83-1° quater)
Nature de la mesure	Déduction du revenu imposable
Niveau de la réduction	Déduction dans la limite d'un montant égal à la somme de 5 % PASS et de 2 % de la rémunération annuelle brute sans que le total puisse excéder 2 % de 8 PASS
Conditions	<ul style="list-style-type: none"> ■ Caractère collectif ■ Caractère obligatoire ■ Contrat solidaire et responsable ■ Prestations uniformes ■ Non-substitution à des éléments de rémunération soumis à cotisations et versés au cours des 12 derniers mois ■ Mise en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale ■ Souscription auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou une société d'assurance
Remarque	<p><i>Depuis 2014, suppression de la déduction relative à la part de financement prise en charge par l'employeur (loi de finances pour 2014 du 29 déc. 2013) → somme devant être ajoutée à la rémunération imposable du salarié.</i></p> <p><i>À noter que la condition relative aux caractères collectif et obligatoire est posée en matière d'IRPP depuis 1985.</i></p>

L'assurance sociale confiée à des assureurs privés : Medicare Advantage aux États-Unis

Lucy apROBERTS¹

Unique assurance sociale pour la santé aux États-Unis, Medicare couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus. Comme la couverture de Medicare n'exclut pas des restes à charge importants, ses bénéficiaires souscrivent généralement une assurance complémentaire privée. Toutefois, un autre dispositif en pleine émergence peut être souscrit par les bénéficiaires de Medicare : un contrat dit « Medicare Advantage » offert par un assureur privé qui gère un réseau de soins. Ce type de contrat est financé par Medicare et couvre les mêmes garanties, à ceci près qu'il offre en plus une couverture complémentaire. La proportion d'affiliés à Medicare qui choisissent Medicare Advantage – 40 % actuellement – augmente chaque année. Pour les assurés sociaux, les réseaux restreignent le choix des soignants mais ils réalisent des économies telles que les assurés obtiennent une meilleure couverture que Medicare sans payer davantage. Mais la concurrence entre assureurs privés impose des contrats qui réduisent la solidarité entre malades et bien portants.

Depuis son instauration en 1965, Medicare finance des soins médicaux pour les Américains âgés de 65 ans ou plus. Medicare peut être considéré comme une assurance sociale car, en effet, il est financé en partie par des cotisations sociales prélevées sur les revenus du travail, cotisations obligatoires pour les travailleurs et les employeurs sur l'ensemble du territoire national. L'accès à ses prestations est réservé aux travailleurs qui ont cotisé pendant au moins dix ans. Les soins auxquels il donne droit sont les mêmes dans tout le pays, sans distinction liée au niveau de revenus des bénéficiaires. Le dispositif est régi par l'État fédéral – la Chambre des représentants et le Sénat, plus exactement – qui définissent son financement et ses

1. Chercheure associée à l'Ires.

prestations. Par rapport à d'autres assurances sociales existant de par le monde, Medicare présente la spécificité de ne pas être universelle car réservée aux personnes âgées.

Lors de l'instauration de Medicare, les *leaders* politiques qui prônaient une assurance santé nationale pensaient que la limite d'âge pourrait être progressivement abaissée pour couvrir l'ensemble de la population. Leur projet était de remplacer la multitude de contrats privés liés à l'emploi qui couvraient la population âgée de moins de 65 ans, avec cependant des lacunes béantes pour certains groupes : les chômeurs, les travailleurs indépendants, les salariés de petites entreprises, ceux qui changent d'employeur, etc. Aujourd'hui, le mot d'ordre « Medicare for all » est employé par les partisans d'une assurance sociale universelle pour les frais médicaux.

L'âge pour bénéficier de Medicare n'a jamais été abaissé. Tout comme la Sécurité sociale en France, Medicare n'a offert qu'une couverture partielle, ce qui a favorisé l'émergence d'assurances privées complémentaires, souscrites par presque tous ses bénéficiaires. Mais à la différence de la Sécurité sociale, Medicare a changé de nature, une mutation initiée au milieu des années 1980. Les assurés de Medicare ont alors pu choisir de souscrire un contrat auprès d'un assureur privé, qui remplace l'assurance sociale et l'assurance complémentaire. Cette forme d'assurance est appelée « Medicare Advantage ». Les contrats Medicare Advantage sont fortement réglementés, aussi bien en ce qui concerne leurs prestations que leur prix. L'assureur reçoit un paiement forfaitaire – une capitation – de Medicare pour chaque personne qui souscrit un contrat Medicare Advantage. L'assureur assume tout le risque associé aux frais médicaux de ses assurés. Une proportion croissante des personnes éligibles à Medicare – plus du tiers aujourd'hui – ont choisi Medicare Advantage à la place de l'assurance publique Medicare.

Dans les années 1980, Medicare Advantage était destiné à faire profiter les retraités d'un nouveau mode d'organisation de l'assurance qui était en train de devenir prépondérant parmi les assurances de groupe de salariés : les « Health Maintenance Organizations » (HMO). Les HMO intègrent les fonctions d'assurance et de soins dans un seul organisme, ce qui implique la mise en place d'un réseau de fournisseurs de soins. Alors que les assurances santé classiques, dont Medicare, remboursent les soins prescrits par les professionnels de santé à l'acte, sans en contrôler la pertinence, les HMO sont censés faire du « *managed care* » en contrôlant la qualité et la quantité des soins de leurs assurés. Au départ, Medicare Advantage devait ouvrir aux personnes âgées l'accès aux HMO, à l'instar des salariés. Dans ce but, il fallait que les assurés soient couverts par un contrat unique, englobant à la fois les prestations de Medicare et les prestations complémentaires. Mais Medicare Advantage fait muter Medicare vers une sorte d'hybride : une assurance sociale gérée par des compagnies privées.

Cet article vise à décrire et analyser cette transformation de l'assurance sociale. Nous ne traiterons pas de l'histoire politique de Medicare qui nécessiterait une analyse à part entière, car les différentes administrations démocrates et républicaines ont modifié cette institution au fil du temps, en réponse à des pressions diverses et complexes émanant de toutes parts.

Le développement de Medicare est décrit dans une première partie en regard des autres formes d'assurance santé aux États-Unis, notamment les contrats de groupe liés à l'emploi et Medicaid, un dispositif d'assistance accordé à certaines personnes démunies. Nous montrons que Medicare est loin de rembourser tous les frais médicaux des bénéficiaires, car il exige des franchises et des copaiements. Nous analysons enfin la couverture qu'offre Medicare, selon que son bénéficiaire a souscrit ou non une assurance complémentaire. Plusieurs exemples illustrent cette analyse.

Medicare Advantage est analysé dans la seconde partie. L'engouement pour le *managed care* et en particulier pour les HMO chez les salariés a été marqué dans les années 1970 et 1980. Dans ce contexte, Medicare Advantage a été conçu pour donner l'accès au *managed care* aux bénéficiaires de Medicare. Nous examinons le financement de Medicare Advantage, en particulier le calcul du montant versé par Medicare aux assureurs privés. Nous terminons avec une analyse critique de la couverture offerte par Medicare Advantage, illustrée encore par plusieurs exemples. Dans cette analyse, nous nous interrogeons sur l'impact de cette délégation de l'assurance publique à des acteurs privés sur les mécanismes de solidarité à l'œuvre dans Medicare.

I. Création et positionnement de Medicare

Dans le paysage politique des États-Unis, Medicare, l'assurance santé publique des personnes âgées, jouit d'une popularité extraordinaire. Elle est apparue dans un paysage dominé par des contrats souscrits par des employeurs pour des groupes de salariés et leurs familles. On peut associer ce modèle d'assurance de groupe hérité du paternalisme patronal à un concept d'« entreprise-providence », en référence à l'État-providence. Cette prise en charge des salariés par leurs employeurs concerne aussi bien les administrations du secteur public que les entreprises du secteur privé. Aux États-Unis, l'entreprise-providence fournit aux salariés non seulement l'assurance santé, mais aussi une partie de leurs revenus de retraite.

Jusqu'à la réforme de l'assurance santé votée en 2010 sous la présidence de Barack Obama, l'Affordable Care Act (ACA), les employeurs n'étaient pas obligés d'assurer leurs salariés. Cependant, la plupart des administrations publiques et des grandes entreprises accordaient une couverture à leurs salariés, tout au moins à ceux qui travaillaient à temps plein. Par

ailleurs, les syndicats exigeaient généralement une couverture pour les salariés qu'ils représentaient. Les travailleurs indépendants, ainsi que les autres non-salariés, pouvaient souscrire un contrat individuel, mais les assureurs pouvaient refuser les personnes souffrant d'un problème de santé ou fixer pour eux une prime d'un montant rédhitoire. Après la deuxième guerre mondiale, les assurances de groupe de salariés se sont étendues au point de couvrir un peu plus de la moitié de la population en dessous de 65 ans. Ce système comportait une lacune majeure : il ne couvrait pas les retraités. Medicare est venu colmater cette brèche.

1.1. Medicare et Medicaid : des assurances publiques qui complètent les assurances privées

Le texte de loi qui a instauré une assurance santé pour les personnes âgées en 1965 a pris la forme d'amendements au Social Security Act, qui avait créé une assurance retraite nationale en 1935 sous Roosevelt (encadré 1.) La même législation de 1965 a créé un second système d'assurance santé public appelé Medicaid. Celui-ci est accordé sous condition de ressources à certaines catégories de personnes démunies : les familles avec enfant, les personnes handicapées et les personnes âgées de 65 ans ou plus. Prises ensemble, les deux institutions publiques – Medicare et Medicaid – ont été délimitées pour maintenir le périmètre du système d'assurance santé liée à l'emploi, bien en place en 1965.

Avant la création de Medicare, certains employeurs finançaient une assurance santé pour leurs anciens salariés, mais un tel système ne pouvait pas être pérennisé, ni généralisé à l'ensemble des retraités. En effet, la démographie d'un groupe restreint – tel les salariés d'une entreprise ou même d'une branche – est bien plus imprévisible et fluctuante que la population d'un pays entier. Avant 1965, des employeurs, des assureurs et des *leaders* politiques ont tenté de créer des assurances santé viables pour les personnes âgées, souscrites volontairement par les intéressés ou leurs employeurs. Mais la plupart des personnes âgées elles-mêmes n'ont pas pu financer une assurance santé dans une période de la vie où les besoins en soins sont plus importants et les revenus souvent moindres que pour les plus jeunes. Les tentatives ont inévitablement échoué car des compagnies privées ne pouvaient rendre cette activité lucrative (Chapin, 2015 ; Hacker, 2002). Il fallait que la population plus jeune participe au financement d'une assurance santé pour les retraités.

Des assurances publiques pour les personnes âgées et aussi pour les personnes à bas revenus ont permis de rendre socialement acceptable le système d'assurances liées à l'emploi. Afin d'aider les enfants et les parents de familles pauvres, Medicaid a pris le relais de dispositifs locaux d'assistance gérés par les États et les collectivités locales. Pour les personnes

âgées, Medicare et Medicaid sont coordonnés depuis leur instauration. Les assurés de Medicare qui ont peu de ressources bénéficient à la fois de Medicare et Medicaid ; dans ce cas, le second complète la couverture fournie par le premier pour couvrir les copaiements qui peuvent être importants avec Medicare.

Depuis 1973, Medicare couvre aussi les personnes âgées de moins de 65 ans qui touchent une pension d'invalidité de la Social Security. C'est le seul groupe pour lequel l'âge d'éligibilité à Medicare a été abaissé. Par ailleurs, l'ACA a étendu Medicaid aux personnes pauvres âgées de moins de 65 ans sans enfant à charge. Au départ, cette extension du droit devait s'appliquer à travers tout le pays, mais les États ont été autorisés à ne pas la respecter, option qu'ont choisie certains d'entre eux. Ainsi, dans certains États, les individus pauvres sans enfant n'ont pas accès à une assurance santé.

Le tableau 1 montre la répartition des dépenses nationales de santé en 2019 par source de financement. Medicare et Medicaid sont responsables d'une part importante de l'ensemble. Sur les 3 800 milliards de dollars (3 150 milliards d'euros) de dépenses en 2019 (CMS, 2019a), 10,7 % correspondent aux dépenses directes des ménages, 31,5 % relèvent d'assurances privées, aussi bien celles souscrites individuellement que celles liées à l'emploi, et 37,3 % relèvent de Medicare et Medicaid : 21,1 % pour Medicare et 16,2 % pour Medicaid. Les dépenses de ces deux dispositifs publics dépassent celles de l'ensemble des assurances privées.

Tableau 1. Dépenses nationales de santé par source de financement en 2019

Source de financement	En % de la dépense
Paiement direct des ménages	10,7
Assurances privées, individuelles ou de salariés	31,5
Medicare	21,1
Medicaid	16,2
Autres assurances, dont militaires et anciens combattants	3,8
Divers programmes, notamment de santé publique	11,4
Investissements	5,3
Total	100,0

Source : CMS (nd), National Health Expenditures Accounts, Historical Data, Tableau 03, « National Health Expenditures, by Source of Funds », <https://bit.ly/31cF3Yy>.

Encadré 1

Chronologie des principales lois touchant Medicare

La première année citée pour chaque loi est celle de son adoption. Parfois l'année d'entrée en vigueur des mesures est précisée.

1935 : Social Security Act :

- instaure le régime national de retraite, couvrant l'ensemble des salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants ;
- instaure un système d'assistance pour les personnes âgées démunies ;
- instaure des systèmes d'assurance chômage au niveau de chaque État.

1956 : Amendements au Social Security Act – Ajoutent une assurance invalidité à l'assurance retraite nationale.

1965 : Amendements au Social Security Act – Instaurent Medicare pour la population âgée de 65 ans ou plus et Medicaid pour certaines personnes à revenu faible.

1972 : Amendements au Social Security Act – Étendent Medicare aux invalides.

1973 : HMO Act – Encourage la création et l'extension de HMO, surtout pour les groupes de salariés.

1982 : Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) – Autorise des contrats avec des HMO pour fournir les prestations de Medicare (appelé Medicare Part C). Mesure entrée en vigueur en 1985.

1988 : Medicare Catastrophic Coverage Act, abrogé en 1989 :

- instaurait un plafond sur les restes à charge de Medicare ;
- instaurait une couverture de médicaments prescrits en ville ;
- prévoyait un financement des augmentations des prestations de Medicare par les affiliés, sans contribution supplémentaire de la population plus jeune.

1990 : Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA), entré en vigueur en 1992 – Réglemente les assurances Medigap, complémentaires à Medicare.

1997 : Balanced Budget Act – Instaure une compensation des risques selon la santé individuelle pour Medicare Advantage, mesure appliquée progressivement entre 2000 et 2004.

2003 : Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) :

- adopte le nom « Medicare Advantage » ;
- instaure Part D de Medicare, une couverture optionnelle de médicaments prescrits en ville, effective en 2006 ;



- limite les périodes pendant lesquelles les assurés peuvent changer d'assureur entre Medicare et Medicare Advantage ou entre contrats Medicare Advantage ; limites appliquées en 2006 ;
- augmente la prime pour Medicare pour les bénéficiaires selon le montant de leur revenu imposable, mesure appliquée en 2007.

2010 : Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) – application de la plupart des mesures entre 2010 et 2014 :

- réglementations nouvelles pour Medicare Advantage et pour les assurances de groupe de salariés ;
- instaure des marchés régulés pour l'achat d'assurance pour les individus et pour les petits groupes de salariés ;
- étend Medicaid aux personnes à bas revenus âgés de moins de 65 ans sans enfant à charge.

Le tableau 2 montre la couverture de la population des États-Unis par type d'assurance en 2019. L'assurance privée – de groupe ou individuelle – sans autre couverture, concerne 55,5 % de la population. Medicaid et Medicare ensemble couvrent 33,9 % de la population, 3,4 % étant couverts par les deux en même temps. Au total, Medicaid couvre 19,8 % et Medicare 17,5 %. Notons que 9,2 % de la population n'a aucune assurance santé.

Tableau 2. Assurance santé de la population des États-Unis par type d'assurance en 2019

Type d'assurance	En % de la population
Assurance pour militaires et anciens combattants	1,4
Assurance privée de groupes de salariés	49,6
Assurance privée individuelle	5,9
Medicaid sans Medicare	16,4
Medicaid + Medicare	3,4
Medicare sans Medicaid	14,1
Sans assurance	9,2
Total	100,0

Source : KFF (nd) ; « Health Insurance Coverage of the Total Population, Multiple Sources of Coverage », <https://bit.ly/3cjPEHP>.

1.2. Le financement de Medicare

Medicare est un dispositif fédéral d'envergure nationale, tout comme le régime de retraite de la Social Security. Le financement de Medicare provient en partie de cotisations prélevées sur les revenus du travail : les salaires et les revenus des travailleurs indépendants. La couverture de Medicare est liée à l'activité professionnelle. Les personnes qui ont cotisé pendant au moins 40 trimestres – soit l'équivalent de 10 années – en bénéficient pleinement ². En raison de ses liens avec le salariat, Medicare peut être considéré comme une assurance sociale, même s'il est réservé à un groupe d'âge. À notre connaissance, les États-Unis sont le seul pays à avoir une assurance sociale santé spécifique aux retraités. Comme nous l'avons dit, la raison principale de cette délimitation est la volonté de préserver les assurances privées de groupe pour les salariés. Ceci a pour conséquence des aberrations comme la possibilité que certains travailleurs cotisent pour la couverture des retraités sans avoir d'assurance santé eux-mêmes.

À ses débuts, Medicare comprenait deux volets distincts avec des financements séparés : une pour l'hospitalisation (appelée « Part A ») et une pour les soins ambulatoires (appelée « Part B »). Les dépenses de chacune des deux parties sont actuellement d'un montant proche : en 2018, 306,6 milliards de dollars (253,7 milliards d'euros) pour l'hospitalisation et 353,7 milliards de dollars (292,7 milliards d'euros) pour les soins ambulatoires (Cubanski *et al.*, 2019).

L'assurance hospitalisation est financée par les cotisations. En 2020, le taux global des cotisations sociales est de 15,3 % du salaire : 12,4 % pour la Social Security (retraite et invalidité) et 2,9 % pour Medicare. Les cotisations sont payées pour moitié par les salariés et pour moitié par les employeurs. Les travailleurs indépendants paient l'équivalent de la part patronale et la part salariale sur leurs revenus. Pour la retraite et l'invalidité, le salaire sujet à cotisation a toujours été plafonné (avec un plafond de 137 700 dollars, soit 113 935 euros par an en 2020). En contraste, depuis 1994, les cotisations pour Medicare ne sont plus plafonnées. En outre, depuis 2013, les personnes dont les revenus du travail déclarés dépassent un plafond sont sujettes à une cotisation supplémentaire de 0,9 % ³.

En théorie, la souscription de l'assurance ambulatoire est facultative, mais la quasi-totalité des bénéficiaires de l'assurance hospitalisation la prennent. Ce volet de Medicare est financé aux trois quarts par le budget de l'État fédéral, le quart restant étant payé par les bénéficiaires sous la

2. Les personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont cotisé pendant moins de 40 trimestres peuvent bénéficier de Medicare moyennant le paiement d'une prime augmentée.

3. Le plafond est de 200 000 dollars par an (165 480 euros) pour une personne seule : Social Security Administration (SSA), « Annual Statistical Supplement, 2019, Social Security Bulletin », November 2019, table 2.A3, <https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2019/index.html>.

forme d'une prime, que les adhérents doivent consentir à payer. En 2020, la prime est de 144,60 dollars (119,65 euros) par mois. Depuis 2007, elle est majorée pour les bénéficiaires dont les revenus dépassent un plafond (87 000 dollars, soit 71 989 euros de revenus annuels en 2020) ; en 2020, 7 % des assurés étaient concernés par cette majoration (CMS, 2019b).

Au total, en 2018, 43 % des revenus de Medicare viennent du budget de l'État, 36 % de cotisations sociales et 15 % de primes payées par les bénéficiaires⁴ (Cubanski *et al.*, 2019). Nous incluons dans ce total l'assurance hospitalisation, l'assurance des soins en ville et la couverture de médicaments prescrits en ville instaurée en 2006.

Dès les premières années de son fonctionnement, certains ont prédit la disparition de Medicare du fait de la croissance rapide de ses dépenses. Son budget a toujours augmenté plus vite que le PIB et en conséquence son poids dans le PIB a crû continuellement, une évolution qui n'est pas spécifique à Medicare mais qui est observée dans les systèmes de santé de tous les pays. Il y a eu diverses tentatives de limiter cette croissance. Par exemple, dans les années 1980, Medicare a été pionnier dans l'invention et l'application d'une tarification par pathologie basée sur des groupes homogènes de malades pour rémunérer les hôpitaux, système qui a inspiré la tarification T2A (tarification à l'activité) appliquée en France depuis les années 2000. En outre, Medicare applique des barèmes de prix pour les actes médicaux, barèmes qui déterminent les paiements versés aux fournisseurs de soins : médecins en ville, laboratoires, kinésithérapeutes, ambulances, etc. Ils varient selon la région, suivant les tarifs demandés par les professionnels soignants. Les prix utilisés dans les barèmes de Medicare sont inférieurs aux paiements pratiqués par les assureurs privés. Ces barèmes ne s'appliquent pas aux médicaments prescrits en ville qui, pendant longtemps, n'étaient pas remboursés.

1.3. Les lacunes de la couverture de Medicare et la nécessité d'une assurance complémentaire

Medicare n'a jamais couvert complètement les frais médicaux de ses bénéficiaires (tableau 3). Comme le régime général de la Sécurité sociale française, il ne rembourse qu'une partie du coût des soins, avec le but explicite de limiter ses dépenses. Des franchises font que les assurés doivent payer la totalité de leurs soins avant d'atteindre leurs montants. Au-delà, la couverture est partielle : Medicare ne rembourse qu'une partie du coût des différents services. Sans assurance complémentaire, l'assuré doit payer de sa poche, soit un pourcentage du prix – équivalent du « ticket modérateur » en France –, soit un forfait par service. En outre, jusqu'à 2006, alors que

4. Ces revenus sont complétés par trois autres sources : des intérêts sur les réserves des caisses, un impôt sur les pensions du régime national de retraite et une participation des États au financement de la couverture de médicaments prescrits en ambulatoire pour les bénéficiaires de Medicaid couverts par Medicare.

les médicaments donnés à l'hôpital étaient pris en charge, ceux prescrits en ville n'étaient pas remboursés. Ajoutons que Medicare ne prend pas en charge les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives.

Tableau 3. Les frais non pris en charge par Medicare en 2020

Type de soins	Frais à la charge du patient
Franchise pour soins en ville	198 dollars par an
Hospitalisation , premiers 90 jours	Jours 1 à 60 : franchise de 1408 dollars Jours 61 à 90 : forfait par jour : 352 dollars
Médicaments prescrits en ville	Pas couverts
Exemples de copaiements	
■ Consultation à l'hôpital en ambulatoire	20 % du coût
■ Consultation de généraliste	20 % du coût
■ Consultation de spécialiste	20 % du coût
■ Tests diagnostiques, tests de laboratoire, examens divers	20 % du coût

Hospitalisation : Pour un séjour à l'hôpital, un assuré couvert par Medicare sans complémentaire doit payer les 1408 premiers dollars de frais. Au-delà de cette franchise, Medicare finance le séjour pendant 60 jours. Si un séjour à l'hôpital se prolonge au-delà de 60 jours, le patient doit payer un forfait journalier de 352 dollars.

Copaiements : Pour la médecine ambulatoire, Medicare exige généralement un copaiement sous forme d'un ticket modérateur de 20 % du prix de l'acte.

Sources : Site Medicare, rubrique « Medicare plan finder », <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?lang=fr&year=2021>, et CMS (2019b).

La participation financière des assurés de Medicare à leurs frais médicaux n'est pas plafonnée. Notons que l'assurance santé en France, aussi bien la Sécurité sociale que les complémentaires, ne limitent pas non plus les restes à charge, ce qui fait que certains assurés supportent des dépenses médicales très élevées (Dormont *et al.*, 2014). L'encadré 2 donne des informations supplémentaires sur les plafonds applicables aux restes à charge dans les assurances santé aux États-Unis.

Les lacunes de Medicare ont conduit à la mise en place d'assurances complémentaires. Celles-ci ressemblent par certains aspects aux assurances complémentaires à la Sécurité sociale en France. Comme nous le verrons, les personnes couvertes par Medicare Advantage disposent des garanties de Medicare et de garanties complémentaires, donc elles n'ont pas besoin d'une assurance complémentaire. Parmi les assurés de Medicare sans Medicare Advantage, une minorité – environ 19 % en 2016 – n'ont pas de couverture complémentaire (KFF, 2019). Une assurance complémentaire peut être obtenue de plusieurs façons : par une police achetée individuellement, appelée couramment Medigap (29 % des bénéficiaires de Medicare) ; par un contrat collectif qui fournit une

Encadré 2

Les plafonds sur les restes à charge aux États-Unis

Contrairement à Medicare, certaines assurances santé aux États-Unis fixent un plafond annuel pour les frais médicaux à la charge des patients. Les sommes prises en compte pour calculer les frais supportés directement par le patient comprennent les franchises et les copaiements (forfaits, tickets modérateurs). Une fois le plafond atteint, les frais supplémentaires sont pris en charge entièrement par l'assurance.

Aujourd'hui, en 2019, la quasi-totalité – 99 % – des salariés couverts par un contrat de groupe sont protégés par un plafond. Le pourcentage était déjà de 81 % en 2010, à la veille du vote de l'ACA (KFF/HRET, 2019).

La loi ACA impose un plafond pour les contrats souscrits par les individus et les groupes de salariés (à condition toutefois que ces contrats aient été conclus après le vote de la loi). En 2020, le plafond annuel maximum est de 8 150 dollars (6 758 euros).

L'ACA a également établi un plafond pour les contrats Medicare Advantage. En 2020, il est de 6 700 dollars (5 555 euros) par an pour un HMO. Ce plafond s'applique aux soins délivrés par des professionnels de santé du réseau. Si un patient recourt à des soins en dehors du réseau, l'assureur ne couvre pas les frais encourus et ils ne sont pas comptés dans les restes à charge valant pour le plafond. L'ACA définit un second plafond plus élevé de 10 000 dollars (8 292 euros) par an pour des soins fournis à la fois par un réseau et en dehors d'un réseau dans le cadre d'un Preferred Provider Organization (PPO, voir *infra* ; Freed *et al.*, 2021).

Le projet d'instaurer une protection des assurés de Medicare avec un plafond sur les restes à charge était contenu dans le Medicare Catastrophic Coverage Act, loi votée en 1988 dont l'essentiel des dispositions a été abrogé l'année suivante. Le terme « *catastrophic* » fait référence à l'idée que plafonner les restes à charge protège les ménages de dépenses catastrophiques. Cette loi prévoyait d'autres améliorations de Medicare, notamment une couverture des médicaments prescrits en ville. Les garanties nouvelles devaient être financées entièrement par les affiliés de Medicare. Leurs primes devaient augmenter et ils devaient payer un supplément d'impôt sur leurs revenus, sans que la population plus jeune ne voie augmenter ses cotisations ou ses impôts. Ce financement centré exclusivement sur les personnes âgées a été très controversé et a sans doute largement contribué à l'abrogation rapide de cette loi (Day, 1993).

assurance complémentaire à un groupe d'anciens salariés d'une entreprise ou d'une branche, financé en tout ou en partie par l'ex-employeur (30 % des bénéficiaires de Medicare) ; enfin, Medicaid prend en charge les frais non couverts par Medicare pour les bénéficiaires à bas revenus (22 % des bénéficiaires de Medicare), ce qui correspond à une assurance complémentaire gratuite pour les bas revenus, comme la CMU-C en France (devenue la complémentaire santé solidaire en 2019).

Les assurances complémentaires Medigap, vendues directement aux individus, font l'objet d'une réglementation assez contraignante avec l'application en 1992 de l'Omnibus Budget Reconciliation Act. Celle-ci a été mise en place en réaction à des abus allant d'un manque de transparence sur les garanties qui empêchait les acheteurs potentiels de comparer les contrats à la vente de polices à des personnes déjà assurées (Atherly, 2014). Plusieurs éléments de cette réglementation sont intéressants à examiner car c'était la première fois que le législateur fédéral réglementait la concurrence entre assureurs de la santé. Les pouvoirs publics ont ainsi acquis une première expérience qui fut utile pour la préparation de l'ACA et la réglementation des assurances Medicare Advantage.

La réglementation de Medigap, c'est-à-dire des assurances complémentaires à Medicare, interdit la vente de couvertures doubles, impose une information pour guider les achats et limite les commissions des courtiers. Pour les nouveaux bénéficiaires de Medicare, elle fixe une période de six mois pendant laquelle les assureurs sont tenus d'accepter chaque client au même prix quel que soit son état de santé. La loi oblige les assureurs à se conformer aux contrats standards. Les assureurs affichent un prix pour un contrat standard donné, donc avec un contenu entièrement prédéfini, ce qui permet à l'acheteur de comparer facilement leurs tarifs ⁵. D'une manière générale, une standardisation des contrats est essentielle pour éviter que les assureurs ne définissent les garanties de façon à cibler des publics particuliers, ce qui conduit à une segmentation des risques, contraire à la mutualisation. Notons qu'en France il n'existe pas de contrats standards pour les complémentaires santé.

Les contrats complémentaires sont tous tenus de couvrir certains copaiements : les forfaits journaliers pour l'hospitalisation entre 61 et 150 jours, une partie des frais pour 365 jours d'hospitalisation au-delà de 150 jours, les copaiements de 20 % pour les consultations en ambulatoire, les trois premières poches de sang en transfusion dans l'année, etc. (Atherly, 2014). Au-delà de ces garanties minimales imposées dans le contrat de base, les contrats standard intègrent des garanties additionnelles. Par exemple, certains couvrent les frais médicaux pendant un voyage à l'étranger. Ou encore, d'autres prennent en charge des dépassements d'honoraires pour des soins ambulatoires. Certains plafonnent les restes à charge annuels.

Jusqu'à récemment, la plupart des contrats vendus couvraient les franchises requises par Medicare : en 2020, 1 408 dollars (1 168 euros) pour un séjour à l'hôpital et 198 dollars (164 euros) par an pour les soins

5. La réglementation définit une dizaine de contrats standards. Leur contenu est décrit sur le site national de Medicare (Medicare.gov) sous la rubrique « Medicare plan finder » : <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?lang=fr&year=2021>. Pour une zone géographique donnée, correspondant à un code postal, le site montre les compagnies qui proposent chaque contrat standard.

ambulatoires. La prise en charge de la franchise pour les soins ambulatoires est interdite pour les nouveaux assurés depuis 2020. Le législateur a introduit cette mesure pour que les assurés paient des frais avant de commencer à bénéficier des remboursements de Medicare, afin d'éviter un recours excessif aux soins.

La réglementation des contrats Medigap va plus loin qu'une intervention sur le contenu des contrats et les conditions de la concurrence : elle instaure une limite aux marges des assureurs, une innovation qui a été appliquée par la suite dans le cadre de l'ACA. En pratique, la loi oblige les assureurs qui gèrent des contrats Medigap à déclarer annuellement leur « taux de sinistralité », c'est-à-dire le ratio des remboursements de frais médicaux versés aux clients (plus les frais de gestion) rapporté aux primes encaissées. Les assureurs français parlent du ratio sinistres/primes. Dans le domaine de l'assurance santé, les Américains appellent cet indicateur le « Medical Loss Ratio ». La loi limite ce ratio à un plancher de 65 % pour Medigap. Si le ratio est inférieur à ce pourcentage, l'assureur doit rembourser la différence à ses clients. Cette disposition dépasse une régulation de la concurrence, qui laisserait le marché fixer les prix (et les marges) par le jeu de l'offre et la demande.

Pendant les décennies suivant l'instauration de Medicare, les assureurs complémentaires remboursaient souvent les médicaments prescrits en ville, qui n'étaient pas couverts par Medicare. Depuis 2006, Medicare propose une couverture de médicaments en ville selon une formule inédite⁶. Contrairement aux autres garanties de Medicare, celle-ci est portée exclusivement par des assureurs privés qui vendent cette couverture aux bénéficiaires de Medicare. Ces assureurs négocient les prix des médicaments directement avec les compagnies pharmaceutiques, sans intervention des pouvoirs publics. Le remboursement des médicaments prescrits en ville est financé pour environ trois quarts par le budget fédéral et un quart par des primes payées par les bénéficiaires. Les Américains appellent cette garantie « Medicare Part D », nom que nous utilisons par commodité dans les tableaux. Les bénéficiaires de Medicare qui souhaitent souscrire cette garantie choisissent un contrat avec une compagnie d'assurance privée et paient une prime additionnelle pour cette couverture. Notons qu'à partir de la création de « Part D », les complémentaires Medigap ont été dessaisies de la couverture des médicaments. La prime mensuelle moyenne pour les contrats couvrant les médicaments prescrits en ville est estimée à 42 dollars (35 euros) en 2020 (Cubanski, Damico, 2019).

6. La loi qui a établi la couverture de médicaments prescrits en ville – le Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act – a été votée en 2003 sous la présidence de George W. Bush.

Les bénéficiaires de Medicare qui sont couverts en même temps par Medicaid bénéficient gratuitement d'un remboursement de médicaments prescrits en ville sans démarche particulière. Les autres bénéficiaires de Medicare peuvent souscrire cette garantie *via* un contrat spécifique, séparé des autres éléments de Medicare. La couverture de médicaments en ville peut aussi figurer dans les garanties d'une assurance de groupe de salariés retraités. Mais surtout, la couverture de médicaments en ville peut être comprise dans un contrat Medicare Advantage. Dans la deuxième partie de cet article, nous décrirons l'histoire et le fonctionnement de cette mutation de l'assurance sociale.

1.4. La couverture offerte par Medicare

Pour illustrer la protection que donne Medicare, nous utilisons des informations publiées par l'administration fédérale pour aider les bénéficiaires à choisir leur couverture ⁷. Ils peuvent consulter un site internet national (Medicare.gov) où figurent des informations sur la couverture de Medicare, sur les différents contrats complémentaires et les différents contrats couvrant les médicaments prescrits hors de l'hôpital. Pour chaque contrat, le site décrit les caractéristiques de la couverture : les garanties, les paiements dus par l'assuré (primes, franchises, copaiements et le plafond des restes à charge s'il y en a un).

Les informations sont spécifiques à une région donnée, puisque les compagnies d'assurance ne sont pas présentes dans tout le pays et les contrats varient selon la zone géographique. Les informations présentées ici à titre d'exemple concernent la zone correspondant au code postal 94610, situé dans la ville d'Oakland, dans le comté d'Alameda en Californie. Cette région a une population dense et un grand choix d'assureurs. Elle est également la région d'origine de Kaiser, la plus grande HMO du pays et une des plus anciennes. Le site a été consulté en septembre 2020 et les informations relevées concernent l'année 2020. Cet exemple permet de comprendre la logique des contrats mais il est important de noter que l'offre d'assurance peut être très différente dans d'autres comtés ou États.

Pour décrire la couverture de Medicare avec et sans complémentaire, nous avons choisi le contrat Medigap avec la prime la plus faible dans la localité sélectionnée. La prime pour ce contrat est de 20,83 dollars (17,27 euros) par mois. Rappelons que les assurés de Medicare paient une prime de 144,60 dollars (119,89 euros) par mois en 2020. La prime totale pour

7. L'administration en charge de Medicare est le CMS ou Centers for Medicare and Medicaid Services. Avant 1977, Medicare était sous l'égide de la Social Security Administration, qui est responsable du régime de retraite national, tandis que Medicaid relevait d'une administration séparée. En 1977, Medicare et Medicaid ont été regroupés sous la responsabilité d'un seul organisme, la Health Care Financing Administration, devenue le CMS en 2001.

Medicare avec le contrat Medigap le moins cher est donc de 165,43 dollars (137,16 euros) par mois.

Tableau 4. Medicare avec ou sans Medigap : les frais médicaux non pris en charge en 2020

	Medicare seul	Medicare + Medigap avec prime faible
Prime annuelle	1 735 dollars	1 985 dollars
Franchise pour soins en ville	198 dollars par an	198 dollars
Hospitalisation 90 premiers jours	Jours 1 à 60 : franchise de 1 408 dollars Jours 61 à 90 : forfait par jour 352 dollars	Jours 1 à 90 : Zéro
Medicaments prescrits en ville	Pas couverts	Pas couverts
Exemples de copaiements		
■ Consultation à l'hôpital en ambulatoire	20 % du coût	Zéro
■ Consultation de généraliste	20 % du coût	Zéro
■ Consultation de spécialiste	20 % du coût	Zéro
■ Tests diagnostiques et de laboratoire, examens divers	20 % du coût	Zéro

Hospitalisation : Pour un séjour à l'hôpital, un assuré couvert par Medicare sans complémentaire doit payer les 1 408 premiers dollars de frais. Au-delà de cette franchise, Medicare finance le séjour pendant 60 jours. Si le séjour se prolonge, le patient doit payer un forfait journalier de 352 dollars. Avec une assurance Medigap, 90 jours d'hospitalisation sont pris entièrement en charge.

Copaiements : Pour la médecine ambulatoire, Medicare exige généralement un copaiement sous forme d'un ticket modérateur de 20 % du prix de l'acte. Les assurances complémentaires Medigap prennent en charge ces copaiements.

Sources : Site Medicare, rubriques « Medicare OOP estimator » et « Medicare plan finder » pour le code postal 94610, situé à Oakland en Californie, consulté le 01/09/2020.

Pour aider les individus à la décision, l'administration de Medicare indique, pour chaque contrat, une évaluation des dépenses annuelles totales que les assurés peuvent s'attendre à payer de leur poche. Cette espérance, au sens mathématique du terme, est calculée sur la base des dépenses de soins observées dans un échantillon d'assurés (CMS, 2017). Pour l'année 2020, les estimations sont présentées sur le site internet selon l'état de santé déclaré par les assurés dans l'échantillon, regroupés en trois catégories : ceux qui s'estiment en « bonne » santé, en « excellente » santé et en « mauvaise » santé ⁸.

8. Les assurés sont invités à se classer dans cinq catégories : *poor, fair, good, very good, excellent*.

Les chiffres publiés sur le site additionnent le montant des primes et l'estimation des dépenses liées aux franchises et copaiements. Une prime faible, par exemple, va de pair avec une couverture faible et donc des montants à verser par l'assuré de sa poche – c'est-à-dire des restes à charge – élevés. À l'inverse, une prime élevée est associée à une couverture généreuse et des restes à charge faibles. Ainsi, un seul chiffre additionnant primes et restes à charge donne une idée juste du montant qu'un individu peut s'attendre à dépenser en un an pour sa santé ⁹. Sur le site internet, l'administration mentionne également le montant de l'estimation des restes à charge hors prime.

Il y a bien sûr une différence importante entre une prime et des frais à payer directement : une prime doit être payée régulièrement de façon certaine, quels que soient les soins utilisés, tandis que la participation financière d'un assuré dépend de ses problèmes de santé. Le choix d'un contrat d'assurance santé sur la base d'un menu de contrats constitue une sorte de pari sur l'importance de ses frais médicaux. Un individu qui pense qu'il sera en bonne santé pendant la période du contrat a intérêt à payer une prime faible. Quelqu'un qui pense être en mauvaise santé a intérêt à payer une prime forte pour avoir des copaiements faibles. Ainsi, le choix entre différents contrats d'assurance santé dépend dans une large mesure de l'évaluation que font les individus de leur état de santé.

Le tableau 5 ne présente pas le détail des règles pour les paiements mais résume la totalité des dépenses à la charge de l'individu : primes et participation aux frais. Sont présentées les primes et les estimations de dépenses pour trois types de couverture : Medicare seul ; Medicare avec une complémentaire Medigap ; Medicare avec une complémentaire Medigap et une couverture de médicaments prescrits en ville (Part D). Les contrats sélectionnés pour Medigap et les médicaments sont ceux dont les primes sont les plus faibles dans la localité. Ainsi, comme ci-dessus, la prime pour le contrat Medigap est de 20,83 dollars par mois. Celle pour les médicaments (Part D) est de 13,20 dollars (11,07 euros) par mois. Rappelons que la prime pour Medicare seul est de 144,60 dollars par mois. Un assuré de Medicare vivant dans la localité en question qui souscrit l'assurance complémentaire la moins chère et le contrat pour les médicaments le moins cher doit payer un total de 178,63 dollars, soit 149,88 euros par mois (144,60 + 20,83 + 13,20).

9. En France, les administrations définissent les restes à charge sans tenir compte des primes payées par les assurés pour les complémentaires, primes qui diffèrent selon l'assureur, le contrat choisi et l'âge de l'assuré.

**Tableau 5. Primes et estimation des restes à charge :
Medicare, Medicare + Medigap, Medicare + Medigap + Part D en 2020**

En dollars

	Medicare seul	Medicare + Medigap, prime minimum*	Medicare + Medigap + Part D, primes minima*
Prime totale annuelle	1 735	1 985	2 139
Estimation des restes à charge, y compris primes			
■ Mauvaise santé	14 071	13 493***	6 567**
■ Excellente santé	4 567	4 625	3 963
Estimation des restes à charge, hors primes			
■ Mauvaise santé	12 336	11 508	4 428
■ Excellente santé	2 832	2 640	1 824

* Les contrats Medigap et Part D (couverture de médicaments prescrits en ville) figurant dans le tableau sont ceux avec les primes les plus faibles parmi ceux proposés dans cette localité.

** Les personnes qui s'estiment en mauvaise santé qui sont couverts par Medicare et les contrats Medigap et Part D peuvent s'attendre à dépenser en moyenne 6 567 dollars (5 509 euros) pour leur santé en 2020 : 2 139 dollars (1 794 euros) en primes et 4 428 dollars (3 714 euros) en restes à charge, c'est-à-dire pour la part non remboursée des soins.

*** Les personnes qui s'estiment en mauvaise santé ayant le contrat Medigap sans couverture Part D peuvent s'attendre à dépenser 13 493 dollars (11 318 euros) pour leur santé en 2020 : 1 985 dollars (1 645 euros) en primes et 11 508 dollars (9 653 euros) en restes à charge.

Sources : site internet Medicare.gov : « Medicare OOP estimator » & « Medicare plan finder » pour le code postal 94610 à Oakland en Californie, consulté le 01/09/2020.

La première ligne du tableau 5 montre le total des primes annuelles pour les différentes couvertures. L'estimation des restes à charge publiée par Medicare sur son site additionne les primes et les frais que paieraient directement les assurés, selon leur estimation de leur état de santé. Pour les assurés couverts seulement par Medicare, ceux qui s'estiment en mauvaise santé devraient payer en moyenne 14 071 dollars (11 590 euros) par an, dont 1 735 dollars (1 429 euros) pour la prime Medicare. Ceux qui s'estiment en excellente santé peuvent s'attendre à payer au total 4 567 dollars, soit 3 762 euros, par an.

Un contrat complémentaire ne change pas beaucoup la donne. Pour les assurés qui s'estiment en mauvaise santé, l'estimation du coût total des soins – restes à charge + primes – diminue un peu, passant de 14 071 à 13 493 dollars, soit une baisse de 578 dollars ou 4 %. Pour ceux qui s'estiment en excellente santé, le contrat complémentaire augmente légèrement le coût total des soins, le faisant passer de 4 567 à 4 625 dollars, soit une hausse d'environ 1 %, en raison de la prime totale légèrement plus élevée que pour Medicare seul.

En revanche, la couverture de médicaments prescrits en ville (Part D), même avec une prime relativement faible, diminue fortement les sommes à payer pour les soins, surtout pour les assurés qui s'estiment en mauvaise santé, mais même pour ceux qui s'estiment en excellente santé. Pour les personnes en mauvaise santé, le coût total – primes + restes à charge – passe en 13 493 à 6 567 dollars, soit une réduction de moitié. Pour les personnes en excellente santé, le coût total passe de 4 625 à 3 963 dollars, soit une réduction de 14 %.

Les données du tableau 5 montrent que les restes à charge sont élevés pour les personnes en mauvaise santé, même avec une assurance complémentaire et une garantie couvrant les médicaments. En somme, on peut dire que la solidarité mise en œuvre par Medicare conjointement avec les assurances complémentaires est limitée. Les personnes ayant des problèmes de santé paient beaucoup plus pour leurs soins que ceux qui ont peu de problèmes de santé¹⁰.

II. Medicare Advantage : des assurances privées qui portent l'assurance sociale

Les contrats Medicare Advantage permettent aux bénéficiaires de Medicare d'avoir un seul contrat qui englobe tous les éléments de l'assurance santé : les prestations de Medicare, les prestations complémentaires et la couverture de médicaments. Cette forme d'assurance était destinée au départ à ouvrir aux retraités l'accès aux HMO. Une coordination des soins et la maîtrise de leur coût n'est possible que sous l'égide d'un organisme unique, tel un HMO.

II.1. L'avènement du managed care dans les contrats collectifs de salariés

Les années 1980 ont vu émerger une transformation importante des assurances collectives de salariés. Auparavant, ces assurances remboursaient aux assurés chaque acte médical, système qualifié en anglais de *indemnity insurance* ou *fee-for-service*. Les assurances santé classiques remboursent les soins sur la base de tarifs prédéfinis, alors que ce sont les médecins qui décident des traitements. Cette forme d'assurance va de pair avec une rémunération pour les soignants basée sur le paiement à l'acte. Aux États-Unis, ce système d'assurance et de paiement des soins fait régulièrement l'objet de critiques sur la base de l'idée qu'il encourage les soignants à multiplier

10. La différence du niveau des dépenses selon l'état de santé est sans doute surestimée dans ces exemples car en principe les personnes en moins bonne santé prennent des contrats plus chers et plus couvrants. Notons aussi que les nouvelles grilles publiées par l'administration en 2021 sur le site internet de Medicare ne donnent plus d'estimation des dépenses espérées pour différents états de santé. N'y figurent que les estimations pour les personnes qui se considèrent en bonne santé.

le nombre et l'intensité des actes afin de maximiser leurs revenus. De nouvelles modalités d'organisation de l'assurance et du paiement des soignants ont alors vu le jour avec l'apparition de ce que les Américains appellent le *managed care*. Il s'agit d'une organisation du financement des soins destinée à limiter leur coût en contrôlant leur quantité et leur qualité.

Ce sont les assureurs privés offrant des assurances de groupe pour les salariés qui ont promu le *managed care*. Sa première forme aux États-Unis a été le Health Maintenance Organization (HMO). Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, un HMO intègre à la fois l'assurance et la fourniture de soins. L'organisme met en place un réseau de soignants prêts à recevoir ses clients. Pour ce faire, il conclut avec des hôpitaux, des médecins et d'autres professionnels de santé des contrats qui spécifient le montant et la forme de leur rémunération et les protocoles de soins. Les soignants sont tenus de suivre les protocoles définis par l'organisme assureur. En retour, l'organisme s'engage à envoyer sa clientèle aux soignants membres de son réseau. Parfois même les soignants contrôlent l'organisme assureur. C'est le cas du plus grand HMO des États-Unis, Kaiser Permanente, qui regroupe des médecins à la fois salariés et partenaires de l'organisme.

Un individu assuré auprès d'un HMO se fait soigner par les professionnels de santé du réseau du HMO et son parcours de soins doit respecter certaines règles. Par exemple, il ne peut en général consulter un spécialiste que s'il est envoyé par son médecin généraliste traitant. Ou encore, l'organisme assureur définit des normes qui gouvernent le recours à tel ou tel soin, médicament, examen ou intervention.

Notons que, pour fonctionner, un HMO doit posséder un réseau suffisamment étendu pour fournir l'ensemble des soins dont les assurés ont besoin dans un rayon géographique accessible. Sous cette condition, il est possible pour l'assureur de coordonner les soins et d'en contrôler le coût. Par exemple, une personne ayant besoin d'une prothèse de hanche doit être opérée dans une clinique et, souvent, elle a besoin de séjourner dans un centre de soins de suite. Si ces deux structures relèvent du même réseau, l'organisme assureur peut maîtriser la totalité des coûts occasionnés par l'intervention.

Un contrat d'assurance avec un HMO offre une couverture partielle avec des copaiements. Si l'assuré consulte un médecin qui n'appartient pas au réseau, il doit payer les soins entièrement de sa poche, sans être remboursé. Au fil du temps, le *managed care* est devenu plus souple aux États-Unis avec l'apparition d'organismes assureurs ayant un réseau de soignants mais qui permettent à leurs assurés de consulter en dehors de ce réseau, même si dans ce cas leurs restes à charge seront plus élevés que lorsqu'ils consultent dans le réseau. Cette forme de *managed care*, plus souple qu'un HMO, est appelée un Preferred Provider Organization (PPO).

En se faisant couvrir par un HMO, un assuré accepte les contraintes du réseau, c'est-à-dire qu'il ne consulte que des soignants appartenant au réseau et il respecte les consignes du parcours de soins. Moyennant quoi, normalement, le coût des soins sera inférieur au coût des soins dans le cadre d'une assurance traditionnelle. À couverture identique, la prime demandée par un HMO sera inférieure à celle demandée par un assureur classique. À soins équivalents, la personne assurée par un HMO paie moins de sa poche : les franchises sont inexistantes ou réduites ; les autres restes à charge – tickets modérateurs, forfaits – sont inférieurs à ceux exigés par une assurance classique. En somme, dans le cadre d'un réseau de soins HMO, l'assuré obtient des soins à moindre coût, si on additionne la prime et les restes à charge. De plus, les HMO américains fixent un plafond annuel pour les restes à charge ; au-delà de ce plafond, l'organisme assureur prend en charge à 100 % les frais médicaux de l'assuré.

Au début des années 1980, presque tous les salariés couverts dans le cadre de leur emploi relevaient d'une assurance santé classique qui remboursait les soins reçus sans chercher à jouer sur l'organisation de l'offre de soins. En 1993, moins de la moitié des salariés assurés relevait d'une assurance santé classique et cette proportion n'a cessé de diminuer. En 2008, ils n'étaient plus que 2 % (KFF/HRET, 2008).

L'État fédéral a commencé à promouvoir les HMO avec une loi votée en 1973 (« HMO Act »). Celle-ci a accordé des subventions pour aider à la création et l'extension de HMO. Surtout, elle a exigé que les entreprises qui proposent une assurance santé à leur personnel incluent comme option un HMO, à condition toutefois que l'entreprise emploie au moins 25 personnes et qu'un HMO adéquat existe dans la région. Dans les années 1970 et 1980, de nombreux experts américains voyaient dans les HMO la solution pour limiter les dépenses de santé, y compris celles de Medicare.

II.2. Le managed care appliqué à Medicare : Medicare Advantage

C'est à partir de 1985 que certains bénéficiaires de Medicare se sont vus proposer l'accès à un HMO porté par un assureur privé ¹¹. Depuis cette année-là, ceux qui habitent une région où existe un HMO habilité par l'administration fédérale peuvent choisir de passer par cet assureur privé pour bénéficier de l'assurance sociale offerte par Medicare.

En pratique, ce dispositif d'accès à un HMO, appelé « Medicare Advantage », est organisé de la façon suivante ¹². L'administration fédérale en charge de Medicare négocie des accords avec des assureurs privés.

11. La loi ouvrant cette possibilité a été votée en 1982 (voir encadré 1 sur la législation).

12. L'assurance privée qui se substitue à Medicare est également appelée « Medicare Part C ». Après 1997, l'appellation « Medicare+Choice » était utilisée. Le nom « Medicare Advantage », le plus courant aujourd'hui, a été adopté en 2003.

L'administration verse une somme annuelle – une capitation – aux assureurs pour chaque personne qu'ils prennent en charge. La capitation est calculée en référence aux dépenses de santé moyennes des assurés de Medicare. L'assureur privé s'engage à garantir aux assurés au moins les mêmes prestations que Medicare. En contrepartie, les assurés d'un HMO Medicare Advantage doivent consulter au sein de son réseau de soins, alors que l'assurance sociale Medicare rembourse les soins dispensés par la grande majorité des soignants – hôpitaux, cliniques, médecins indépendants, etc. – à travers tout le pays.

Comme pour les contrats de groupe de salariés, les HMO de Medicare Advantage ont été partiellement remplacés par des PPO. En 2020, 38 % des assurés de Medicare Advantage relevaient d'un PPO, alors que 61 % étaient couverts par un HMO (Freed *et al.*, 2021).

Comparés à l'assurance sociale Medicare, les contrats Medicare Advantage offrent plusieurs avantages. Ils fournissent non seulement la couverture de Medicare mais une couverture complémentaire à l'instar de Medigap. De ce fait, les assurés qui choisissent Medicare Advantage paient moins de leur poche pour leurs soins que les assurés de Medicare. De plus, contrairement à Medicare, les contrats Medicare Advantage définissent un plafond pour la somme totale des restes à charge à payer par un assuré, à condition de se faire soigner dans le réseau. En outre, l'assureur peut offrir des services supplémentaires non pris en charge par Medicare, tels les soins dentaires, des soins d'urgence pendant un séjour à l'étranger, la possibilité de devenir membre d'un club de sports à prix réduit, etc. Enfin, ces assureurs privés qui se substituent à Medicare proposent une couverture de médicaments prescrits en ville.

Comme nous l'avons vu, ces médicaments n'étaient pas pris en charge par Medicare avant 2006. Auparavant, ils pouvaient être couverts par les contrats Medicare Advantage ou par les complémentaires Medigap. Lorsque la couverture de médicaments a été ajoutée à Medicare, les assureurs de Medicare Advantage ont été obligés de proposer cette garantie en option dans au moins un de leurs contrats dans une région donnée (un assureur peut proposer plusieurs contrats). Comme pour tout assureur privé qui prend en charge les médicaments prescrits en ville, l'administration fédérale verse à l'organisme Medicare Advantage ce que paierait Medicare pour cette couverture. À ce moment-là, cette garantie est intégrée aux prestations prises en charge par Medicare Advantage.

Comme d'autres systèmes publics d'assurance santé, dont la Sécurité sociale française, Medicare a initialement limité les remboursements de soins afin d'en limiter la consommation. Mais les assurés pouvaient souscrire une assurance complémentaire pour couvrir leur participation aux frais médicaux. De telles assurances complémentaires annulent l'effet de

modération des dépenses attendu des franchises ou copaiements. Les contrats Medicare Advantage couvrent généralement l'ensemble des médicaments, prescrits aussi bien en ville qu'à l'hôpital, ainsi que l'ensemble des soins. Cette intégration de l'assurance de « base » et de l'assurance complémentaire facilite les négociations en vue de la maîtrise des coûts avec les offreurs de soins et les producteurs de médicaments.

Les avantages pour les bénéficiaires sont évidents. Une personne couverte par Medicare seul risque d'avoir à payer des restes à charge importants et doit financer ses médicaments prescrits en ville. Pour se protéger contre ces restes à charge, les assurés de Medicare doivent souscrire deux autres contrats : une assurance complémentaire et un contrat séparé pour les médicaments. Pour les personnes habituées à l'informatique, les démarches sont largement facilitées par des sites internet qui renseignent sur les différents contrats possibles et les comparent. Néanmoins, les assurés sont face à des décisions complexes et multiples. Medicare Advantage leur simplifie grandement la tâche, car ils peuvent désigner un seul organisme qui prend en charge tous leurs soins.

Aujourd'hui, plus du tiers des bénéficiaires de Medicare – 39 % en 2020 – ont choisi Medicare Advantage (Freed *et al.*, 2021). Ce dispositif est devenu tellement courant qu'un certain flottement apparaît désormais dans l'appellation de l'assurance publique. Aujourd'hui, les Américains la qualifient de « Traditional Medicare » ou parfois « Original Medicare » ou encore « Medicare Fee-for-service ».

II.3. Le fonctionnement de Medicare Advantage

La somme versée par l'administration fédérale à l'assureur privé au titre de Medicare Advantage est calculée sur la base des dépenses de soins observées par l'assurance sociale Medicare sur ses affiliés. En 1985, la capitation était fixée à 95 % d'un prix de référence égal à la dépense moyenne par assuré de Medicare dans une région donnée, généralement un comté. Le calcul est spécifique à une région en raison de fortes variations géographiques des prix de soins. Le versement était légèrement inférieur à ce prix de référence parce qu'un HMO était censé obtenir des économies par rapport à l'assurance publique. Une capitation légèrement inférieure aux dépenses de Medicare devait permettre aux HMO de couvrir leurs frais tout en obtenant une marge et, en même temps, permettre à Medicare de réaliser des économies.

En réalité, les personnes qui choisissaient Medicare Advantage au lieu de l'assurance sociale traditionnelle étaient généralement en meilleure santé que les assurés de Medicare. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. Les personnes les plus âgées ont tendance à rester dans l'ancien système par habitude. De plus, les personnes qui souffrent de problèmes de santé

chroniques ont l'habitude de consulter certains soignants ; ceux-ci peuvent devenir inaccessibles s'ils ne relèvent pas du réseau d'un HMO Medicare Advantage. Ensuite, les assureurs privés visent à recruter une clientèle plutôt en bonne santé. Il est possible aussi que les HMO poussent leurs assurés en mauvaise santé à rejoindre Medicare. Enfin, un assuré de HMO qui commence à bénéficier de Medicaid, l'assurance accordée sous condition de ressources, en raison d'une baisse de revenus, peut connaître des difficultés administratives à rester dans le HMO. En tout cas, le coût pour les HMO des prestations qu'ils couvrent sont généralement inférieurs aux dépenses moyennes enregistrées par Medicare. Malgré le fait que la capitation versée aux HMO était inférieure à la dépense moyenne de Medicare, de nombreux experts américains considèrent que, pendant ses premières années de fonctionnement, Medicare Advantage a coûté plus cher à Medicare que l'assurance sociale traditionnelle parce que ce sont les assurés en plutôt bonne santé qui y souscrivaient et que donc leurs dépenses de soins étaient inférieures à la capitation de 95 % payée par Medicare, alors que les personnes qui restaient dans Medicare coûtaient plus cher.

Le fait que les assureurs essaient de sélectionner les risques, c'est-à-dire de recruter une clientèle qui occasionne le moins possible de dépenses, est bien connu des économistes. La façon la plus facile pour un assureur de réduire ses coûts est de choisir comme clients les personnes qui occasionnent le moins de dépenses : les conducteurs qui ont peu d'accidents pour l'assurance automobile, les personnes en bonne santé pour l'assurance santé. Or, dans un système public d'assurance santé, les législateurs souhaitent que tout le monde accède à l'assurance, y compris les individus ayant des problèmes de santé. La manière la plus simple de garantir cela est d'avoir un assureur unique pour tout le monde, tel la Sécurité sociale française ou Medicare avant l'avènement de Medicare Advantage.

En présence de multiples assureurs, il est possible en théorie de résoudre le problème en instaurant une péréquation financière entre les assureurs, calculée selon les caractéristiques de leurs assurés, de manière à transférer des fonds des assureurs dont la clientèle est en relativement bonne santé vers ceux dont la clientèle est en relativement mauvaise santé. Cette pratique est appelée « compensation des risques » (*risk adjustment*). Si la compensation des risques est parfaite, les assureurs n'ont pas d'intérêt financier à sélectionner les risques. Dans ce cas, un assureur n'augmente pas ses marges si ses clients sont plutôt en bonne santé.

L'État fédéral effectue une compensation des risques entre les assureurs privés qui se substituent à l'assurance sociale Medicare. Les règles gouvernant cet ajustement ont évolué au fil du temps. Au départ, en 1985, les seules caractéristiques des assurés prises en compte étaient leur sexe, leur âge, s'ils étaient éligibles à Medicaid ou pas, s'ils vivaient dans une

résidence pour personnes dépendantes (*nursing home*) ou pas (McClellan, 2000). Cette compensation des risques fruste ne suffisait certainement pas pour empêcher une sélection des personnes en relativement bonne santé par les assureurs de Medicare Advantage. Au début des années 2000, l'État fédéral a commencé à ajuster la capitation selon les problèmes de santé diagnostiqués pour chaque assuré, en plus des caractéristiques mentionnées plus haut (*ibid.*:27)¹³. Un assureur touche une somme plus élevée pour un individu qui occasionnera probablement davantage de dépenses. Ainsi les risques entre les différents assureurs privés chargés par l'administration d'assurer les bénéficiaires de Medicare sont censés être mutualisés en quelque sorte. Si la compensation des risques est parfaite, ce système imite l'effet d'une caisse unique. Pour fonctionner dans l'intérêt des assurés, la concurrence entre les assureurs privés qui gèrent Medicare Advantage doit être fondée non sur une sélection des clients mais sur leur efficacité en tant que gestionnaire de soins, c'est-à-dire leur capacité à fournir une gamme complète de soins de bonne qualité tout en minimisant leur coût.

En 2006, les règles concernant la capitation ont été modifiées. Les procédures de fixation de la capitation ont été affinées afin de minimiser les marges des assureurs. La loi ACA n'a pas modifié ce système mais elle a réduit les prix de référence tout en ajoutant des bonus pour les contrats Medicare Advantage qui satisfont à certains critères de qualité (Gruber, 2017). De plus, l'ACA a réglementé le taux de sinistralité des contrats Medicare Advantage, comme pour les contrats Medigap. Depuis 2014, le ratio sinistres/primes ne doit pas être inférieur à un plancher de 85 %, bien plus que les 65 % requis pour Medigap. Si le ratio est inférieur à ce pourcentage, l'assureur Medicare Advantage doit rembourser la différence à Medicare¹⁴.

La prime que paient les assurés de Medicare est généralement déduite directement de leur pension de retraite de la Social Security. Ainsi, la prime prend la forme d'une réduction de pension, sans que le bénéficiaire n'ait à faire de démarche. La prime que paient les assurés de Medicare Advantage peut être inférieure, égale ou supérieure à celle due à Medicare. Si celle-ci est inférieure, l'État fédéral déduit un moindre montant de la pension de la Social Security. Si la prime est égale à celle de l'assurance sociale, l'assuré ne voit pas de changement : l'État prélève la prime comme avant mais la verse à l'organisme assureur au lieu de l'attribuer à la caisse nationale d'assurance sociale. Si la prime est supérieure à celle de l'assurance sociale, l'assuré doit

13. La compensation des risques selon la santé individuelle a été appliquée à Medicare Advantage progressivement entre 2000 et 2004. Dans le cadre de la loi ACA, l'État fédéral applique une compensation des risques selon la santé individuelle aux contrats individuels et de petits groupes de salariés vendus sur les marchés établis par cette réforme.

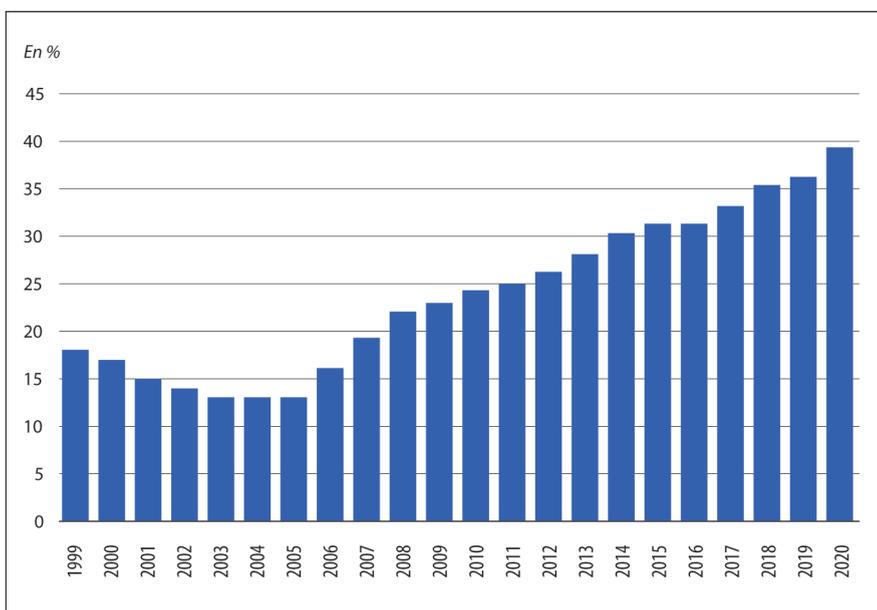
14. L'ACA a défini des planchers pour le ratio sinistres/primes pour l'assurance santé plus généralement : 85 % pour les contrats de groupe de salariés et 80 % pour les contrats vendus aux individus et petits groupes sur les marchés réglementés.

payer la différence directement à l'organisme assureur privé, ce qui fait que les suppléments de prime sont particulièrement visibles pour les assurés.

En réalité, la plupart des assurés Medicare Advantage souscrivent un contrat avec une prime exactement égale à celle de l'assurance sociale (Newhouse, McGuire, 2014). En 2020, 60 % des personnes ayant souscrit Medicare Advantage avec une couverture des médicaments ne payaient aucune prime hormis celle de 144,60 dollars par mois due pour Medicare lui-même (Freed *et al.*, 2021). Du point de vue des assurés, Medicare Advantage offre, souvent pour le même « prix » que Medicare, toutes les garanties de l'assurance sociale avec, en plus, des garanties complémentaires, dont une couverture de médicaments prescrits en ville, et parfois des garanties supplémentaires, au-delà des prestations de Medicare. Pour beaucoup d'assurés, tout se passe comme si Medicare Advantage offrait une couverture complémentaire gratuite et même parfois une couverture gratuite de médicaments en ville.

Les salariés couverts par un contrat de groupe ont souvent le choix entre différents contrats. Dans ce cas, ils n'ont généralement le droit de changer de contrat qu'une fois par an, pendant une certaine durée. Pendant longtemps, les assurés de Medicare pouvaient changer d'organisme assureur librement, passant d'un assureur privé à un autre ou passant de

Graphique 1. Bénéficiaires de Medicare inscrits à Medicare Advantage (1999-2020)



Source : adapté par nos soins de Freed *et al.* (2021), graphique 1.

Medicare Advantage à Medicare ou l'inverse. Ce choix a été restreint progressivement à partir de 2006 (Newhouse, McGuire, 2014). Les assurés peuvent toujours changer d'assureur sans pénalité financière mais seulement pendant une période de quelques semaines en début d'année.

Le graphique 1 montre la croissance de la proportion des personnes inscrites à Medicare Advantage parmi les bénéficiaires de Medicare depuis 1999. Le pourcentage est de presque 40 % aujourd'hui. Les inscriptions à Medicare Advantage se sont développées de façon continue, sauf au début des années 2000. Pendant cette période, le législateur a restreint le montant de la capitation versée aux assureurs privés, donc les assureurs hésitaient à proposer des contrats (McClellan, 2000).

II.4. La couverture offerte par Medicare Advantage

Afin d'illustrer la couverture de Medicare Advantage, nous utilisons de nouveau le site internet de Medicare, qui donne des informations sur tous les contrats Medicare Advantage dans une zone géographique donnée. De nouveau, nous avons consulté les informations pour la région correspondant au code postal 94610 dans la ville d'Oakland en Californie. Pour les résidents de cette zone, le site propose en 2020 20 contrats Medicare Advantage : 19 pour des HMO et un pour un PPO.

Comme exemples, nous avons choisi deux contrats Medicare Advantage : celui avec la prime la plus faible et celui avec la prime la plus élevée. Les deux contrats comprennent une couverture de médicaments prescrits en ville (Part D). La prime la plus faible est égale à zéro : l'assuré ne paie que la prime pour Medicare, soit 144,60 dollars par mois en 2020. La prime la plus élevée est de 126,00 dollars par mois en plus de la prime Medicare, ce qui fait un total de 270,60 dollars par mois (144,60 dollars + 126,00 dollars). L'assureur le moins cher est un HMO, ce qui signifie que les soins en dehors du réseau ne sont pas remboursés. L'assureur le plus cher est un PPO : les soins en dehors du réseau sont remboursés mais dans une moindre mesure que ceux dans le réseau.

Le PPO rembourse les soins en dehors de son réseau, mais les restes à charge sont plus importants en dehors du réseau que dans le réseau. Par exemple, le PPO exige une franchise pour les soins ambulatoires en dehors du réseau : l'assuré doit payer de sa poche les 750 premiers dollars dans l'année. En revanche, les soins dans le réseau sont pris en charge dès le premier dollar. Notons que les copaiements exigés par le PPO pour une hospitalisation hors réseau sont rédhibitoires, sauf pour un séjour très court (tableau 6).

**Tableau 6. Deux contrats Medicare Advantage :
les frais médicaux non pris en charge**

	Medicare Advantage avec Part D, prime minimum (HMO)	Medicare Advantage avec Part D, prime maximum (PPO)
Prime annuelle	1 735,20 dollars	3 247,20 dollars
Plafond annuel sur restes à charge	4 000 dollars dans réseau	Dans réseau 6 700 dollars Dans réseau + hors réseau 10 000 dollars
Hospitalisation 90 premiers jours	Jours 1 à 5 : forfait journalier 100 dollars Jours 6 à 90 : Zéro	Dans réseau Jours 1 à 7 : forfait journalier 175 dollars Après jour 7 : Zéro Hors réseau 40 % du coût du séjour
Franchises annuelles		
■ Pour soins en ville	Zéro	Dans réseau, pas de franchise Hors réseau, franchise 750 dollars
■ Pour médicaments	Zéro	400 dollars
Exemples de copaiements		
■ Consultation à l'hôpital en ambulatoire	Zéro	Dans réseau 250 dollars Hors réseau 40 % du coût
■ Consultation de généraliste	Zéro	Dans réseau 10 dollars Hors réseau 40 % du coût
■ Consultation de spécialiste	Zéro	Dans réseau 35 dollars Hors réseau 40 % du coût
■ Tests diagnostiques, tests laboratoire, examens divers	Zéro	Dans réseau 40 dollars par test Hors réseau 40 % du coût

Plafond sur restes à charge – Le HMO plafonne les restes à charge à 4 000 dollars par an ; au-delà de ce montant, tous les soins délivrés par des professionnels de santé du réseau du HMO sont couverts à 100 %. Le PPO limite les restes à charge pour les soins délivrés dans son réseau à 6 700 dollars par an ; il fixe un deuxième plafond plus élevé, de 10 000 dollars par an, pour les soins délivrés dans son réseau ou en dehors.

Hospitalisation – Les assurés du HMO paient un forfait journalier de 100 dollars pendant les 5 premiers jours d'hospitalisation. Si le séjour se prolonge, les jours supplémentaires sont entièrement pris en charge. Les assurés du PPO paient un forfait journalier de 175 dollars pendant les 7 premiers jours d'hospitalisation dans un hôpital appartenant au réseau du PPO ; si le séjour se prolonge, les jours supplémentaires sont entièrement pris en charge. Les assurés du PPO hospitalisés dans un hôpital qui ne relève pas du réseau du PPO doivent payer 40 % du coût de l'hospitalisation.

Franchises pour soins en ville – Aussi bien le PPO que le HMO n'exigent aucune franchise pour les soins délivrés par des professionnels qui relèvent de son réseau. Le PPO exige que les assurés qui ont recours à des professionnels qui ne relèvent pas de son réseau paient les 750 premiers dollars de frais encourus dans une année ; au-delà de cette franchise, le PPO rembourse une partie des frais.

Copaiements – Le HMO n'exige aucun copaiement pour les soins délivrés par des professionnels de son réseau. Le PPO fixe des copaiements pour tous les soins en ambulatoire. Par exemple, l'assuré doit payer 10 dollars pour consulter un généraliste du réseau et 40 % du coût de la consultation pour consulter un généraliste hors réseau.

Sources : Site Medicare, « Medicare OOP estimator » & « Medicare plan finder », code postal 94610 situé à Oakland, Californie, consulté le 01/09/2020.

Le tableau 7 montre les primes et les estimations de restes à charge publiées par l'administration américaine pour les deux contrats Medicare Advantage dont nous avons décrit la couverture dans le tableau 6. Comme dans le tableau 5, nous avons retenu à titre d'illustration les estimations de restes à charge concernant deux groupes d'assurés : ceux qui se considèrent en mauvaise santé et ceux qui se considèrent en excellente santé. En première ligne du tableau figurent les primes annuelles pour les deux contrats. La prime la plus faible est égale à celle que paient les bénéficiaires de Medicare : 144,60 dollars par mois. La prime la plus élevée est de 270,60 dollars par mois ; l'assuré paie 126,00 dollars de plus que la prime pour Medicare.

Tableau 7. Primes et estimations des restes à charge : deux contrats Medicare Advantage en 2020

En dollars

	Medicare Advantage avec Part D, prime faible *, HMO	Medicare Advantage avec Part D, prime élevée *, PPO
Prime annuelle	1 735	3 247
Estimation restes à charge, y compris primes		
■ Mauvaise santé	6 103***	8 611**
■ Excellente santé	2 803	5 299
Estimation restes à charge, hors primes		
■ Mauvaise santé	4 368	5 364
■ Excellente santé	1 068	2 052

* Le contrat Medicare Advantage qui figure dans la deuxième colonne est celui avec la prime la plus faible parmi ceux proposés dans cette localité. Le contrat dans la troisième colonne est celui avec la prime la plus élevée.

** Les assurés qui s'estiment en mauvaise santé qui souscrivent le contrat Medicare Advantage avec la prime la plus élevée peuvent s'attendre à dépenser 8 611 dollars pour leur santé pendant une année : 3 247 dollars pour les primes et 5 364 dollars en restes à charge.

*** Les assurés qui s'estiment en mauvaise santé qui souscrivent le contrat Medicare Advantage avec la prime la plus faible peuvent s'attendre à dépenser 6 103 dollars pour leur santé pendant une année : 1 735 dollars pour les primes et 4 368 dollars en restes à charge.

Source : site Medicare, « Medicare OOP estimator » & « Medicare plan finder », code postal 94610 à Oakland en Californie, consulté le 01/09/2020.

Les estimations de ce que les individus peuvent s'attendre à payer selon leur état de santé sont censées les guider dans leur choix. Les personnes qui s'estiment en excellente santé ont tout intérêt à choisir le contrat avec la prime la plus faible. Ils peuvent s'attendre à payer en tout une moyenne de 2 803 dollars dans l'année. Les personnes en mauvaise santé paieront

beaucoup plus, quel que soit leur choix de contrat : 6 103 dollars par an avec le contrat le moins cher et 8 611 dollars avec le contrat le plus cher. Il faut prendre en compte également la différence entre un HMO et un PPO. Le second offre plus de choix dans les soignants, ce qui peut être important pour quelqu'un qui a des problèmes de santé.

Conclusion

Les partisans d'une assurance santé nationale ont vu dans Medicare à ses débuts un modèle qui pouvait s'étendre à toute la population. Même récemment, le slogan « Medicare for all » a été utilisé dans la campagne pour l'investiture présidentielle du Parti démocrate de 2020. Cependant ce slogan est ambigu. De quel Medicare s'agit-il ? De l'assurance sociale ? Des assurances privées Medicare Advantage avec des prix et des prestations réglementés ?

Nous avons vu que la mutualisation effectuée par Medicare est défaillante. Malgré la contribution des travailleurs et employeurs et du budget de l'État, les personnes âgées supportent d'importants frais médicaux, même ceux d'entre eux qui ont peu de problèmes de santé. De plus, Medicare ne répartit pas les frais de façon égale parmi les bénéficiaires : ceux qui se portent relativement bien paient beaucoup moins que ceux qui ont des problèmes de santé. La socialisation des dépenses de soins effectuée par Medicare est limitée, à cause des copaiements et du coût des complémentaires Medigap.

Medicare Advantage corrige partiellement les lacunes dans la couverture de Medicare mais en même temps il introduit de nouvelles sources d'inégalités. Désormais, des organismes privés garantissent les soins couverts par Medicare dans des termes plus favorables aux assurés : la prime pour Medicare Advantage est souvent égale à celle de Medicare et les bénéficiaires ont des franchises et copaiements réduits par rapport à Medicare, des prestations supplémentaires, un plafond à leurs restes à charge. En retour, les assurés acceptent les limites d'un HMO : un choix limité de soignants et des restrictions sur le nombre et la fréquence de soins.

Du point de vue des bénéficiaires, l'un des atouts d'un contrat Medicare Advantage est qu'il couvre l'ensemble des frais médicaux : les mêmes garanties que Medicare et les assurances complémentaires, ainsi que le remboursement de médicaments prescrits en dehors de l'hôpital. En contraste, les personnes qui choisissent Medicare tout court doivent souscrire trois assurances séparées pour obtenir une couverture adéquate : Medicare, plus un contrat Medigap, plus un contrat pour les médicaments prescrits en ville. De fait, Medicare Advantage fait disparaître les assurances complémentaires en instaurant un seul contrat.

Cependant, la mutualisation effectuée parmi ses bénéficiaires par Medicare à l'origine s'est éclatée en une multitude de groupes distincts. Medicare est passé d'une caisse unique à un système fragmenté. Les bénéficiaires choisissent individuellement entre Medicare et Medicare Advantage et, s'ils prennent Medicare Advantage, ils choisissent l'assureur et le contrat. Les individus choisissent parmi un menu de contrats, arbitrant entre le niveau des copaiements et les restrictions à leurs soins et à leur choix de soignants. En général, les personnes en mauvaise santé prennent les contrats avec des primes élevées et une couverture large, alors que ceux en bonne santé choisissent des primes réduites et une couverture restreinte. En fin de compte, ce processus scinde la population des bénéficiaires en groupes distincts selon leur état de santé, ce qui génère des coûts élevés pour les malades et des coûts faibles pour les bien portants.

Nous n'avons pas abordé dans cet article la question des inégalités territoriales de l'offre de soins, qui sont importantes aux États-Unis. Medicare Advantage ne résout pas ce problème. Nous avons choisi pour illustrer les possibilités offertes aux assurés dans la ville d'Oakland en Californie, région avec une population dense, beaucoup de services médicaux et beaucoup de HMO. Dans de nombreuses régions moins peuplées, il n'existe pas suffisamment de soignants ou d'infrastructures pour créer un réseau de soins.

Les partisans des HMO à l'origine de Medicare Advantage dans les années 1980 prétendaient qu'il n'y avait que des avantages à rejoindre un HMO plutôt qu'une assurance basée sur le paiement à l'acte des fournisseurs de soins, comme Medicare. En théorie, un HMO a intérêt à « maintenir » ses assurés en bonne santé. Au départ, le transfert de l'assurance sociale vers des assureurs privés était censé participer au mouvement en faveur des HMO, une forme de *managed care*.

On peut se demander si Medicare lui-même aurait pu mettre en place un tel contrôle. Un des blocages est le fait que ses soins médicaux sont remboursés par deux entités, l'assurance sociale et une assurance complémentaire. Cette double couverture enlève à l'assureur public la possibilité d'ajuster les remboursements pour limiter le volume des soins, puisque les assurances complémentaires prennent en charge la part non remboursée. Plus profondément, un contrôle accru des soins par le gouvernement fédéral rencontrerait sans doute une résistance de la part des professionnels de la santé et de l'industrie pharmaceutique. Enfin, on peut penser que les bénéficiaires de Medicare y verraient une mainmise inadmissible du pouvoir étatique sur leurs soins médicaux. Peut-être qu'un certain contrôle exercé par des assureurs privés serait mieux toléré par les assurés ? Pourtant, on ne peut ignorer que dans les années 1990 est apparue une certaine méfiance

vis-à-vis des HMO. Aussi bien les retraités que la population plus jeune les soupçonnaient de rationner les soins pour limiter leurs dépenses.

En tout cas, Medicare Advantage repose dans une large mesure sur le marché et le choix individuel, plutôt que sur le choix collectif. Son marché est pourtant très réglementé. L'État fédéral agréé les compagnies qui peuvent s'y présenter et contrôle étroitement le contenu des contrats : primes, garanties, plafond annuel, marges des compagnies. En plus, l'État fédéral effectue une compensation des risques entre les compagnies qui participent à Medicare Advantage en fonction de l'état de santé de chaque assuré.

Cette concurrence régulée est censée obtenir de meilleurs résultats qu'un dispositif purement public. Cependant, elle produit des inégalités selon l'état de santé des individus. Elles vont à l'encontre de la mutualisation que devrait mettre en œuvre une assurance sociale, dont le but est de partager le coût des soins afin de permettre un égal accès à tous.

Références bibliographiques

- Atherly A. J. (2014), « Supplementary private insurance in national systems and the USA », in Culyer A. J. (ed.), *Encyclopedia of Health Economics*, Paris, Elsevier, p. 366-370, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00917-2>.
- Chapin C. F. (2015), *Ensuring America's Health – The Public Creation of the Corporate Health Care System*, New York, Cambridge University Press.
- CMS (2017), *CY 2018 Medicare Plan Finder Out-of-Pocket Cost Estimates Methodology*, Centers for Medicare and Medicaid Services, November 20, https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-07/oopec_specs.pdf.
- CMS (2019a), « National Health expenditures 2019 highlights », Centers for Medicare and Medicaid Services, <https://www.cms.gov/files/document/highlights.pdf>.
- CMS (2019b), « 2020 Medicare Parts A & B premiums and deductibles », *Fact Sheet*, Centers for Medicare and Medicaid Services, November 8, <https://go.cms.gov/2P31ME7>.
- Cubanski J., Damico A. (2019), « Medicare Part D: A first look at Prescription Drug Plans in 2020 », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, November 14, <https://bit.ly/2P0RnbW>.
- Cubanski J., Neuman T., Freed M. (2019), « The facts on Medicare spending and financing », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, August 20, <https://bit.ly/3tOQkKV>.
- Day C. L. (1993), « Older Americans' attitudes toward the Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 », *The Journal of Politics*, vol. 55, n° 1, p. 167-177, <https://doi.org/10.2307/2132234>.
- Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. (2014), « Refonder l'assurance-maladie », *Notes du Conseil d'analyse économique*, vol. 12, n° 2, p. 1-12, avril, <https://doi.org/10.3917/ncae.012.0001>.
- Freed M., Damico A., Neuman T. (2021), « A dozen facts about Medicare Advantage in 2020 », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, January 13, <https://bit.ly/3d4bVbv>.
- Gruber J. (2017), « Delivering public health insurance through private plan choice in the United States », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 31, n° 4, p. 3-22, <https://doi.org/10.1257/jep.31.4.3>.
- Hacker J. S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, New York, Cambridge University Press.
- KFF (2019), « An overview of Medicare », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, February 13, <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/an-overview-of-medicare/>.
- KFF/HRET (2008), *Employer Health Benefits. 2008 Annual Survey*, Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/04/7790.pdf>.
- KFF/HRET (2019), *Employer Health Benefits. 2019 Annual Survey*, Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, <https://bit.ly/3INbgPF>.

- McClellan M. (2000), « Medicare reform: Fundamental problems, incremental steps », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 14, n° 2, p. 21-44, <https://doi.org/10.1257/jep.14.2.21>.
- Newhouse J. P., McGuire T. G. (2014), « How successful is Medicare Advantage? », *Milbank Quarterly*, vol. 92, n° 2, p. 351-394, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12061>.

Le gouvernement fédéral américain au chevet de l'assurance santé

Anne-Laure BEAUSSIER¹

Pour beaucoup d'observateurs des politiques de santé des États-Unis, les 28 millions de personnes restant privées d'assurance maladie en 2020, dix ans après l'adoption de l'Obamacare, la réforme du système de santé emblématique du premier mandat de Barack Obama, constituent une démonstration d'échec, appelant à une réforme de la réforme. L'Affordable Care Act (ACA) avait pourtant fait le pari qu'il était possible, avec les bons instruments réglementaires et incitatifs, non seulement de soutenir et de reconstruire un marché des assurances santé qui semblait au bord de l'explosion mais également de l'inciter à endosser des objectifs de service public et de bien commun. Dix ans plus tard cependant, les limites de la réforme, à la fois en termes de couverture de la population et en termes de maîtrise des dépenses de santé alimentent de nombreuses critiques. Cette contribution revient sur la stratégie suivie par l'ACA. Elle explicite ses principaux instruments, analyse les difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre et discute les alternatives envisagées aujourd'hui tant du côté démocrate que du côté républicain.

Lorsque l'on pense au système d'assurance santé américain, on a surtout à l'esprit un système privé dans lequel le rôle de l'État est minimal, intervenant au mieux ponctuellement lorsque le secteur privé n'est pas en mesure de prendre en charge le risque maladie de certains groupes de population. Si les assurances privées constituent la forme dominante de protection maladie², l'État américain y occupe néanmoins, et de plus en plus, un rôle de premier plan. Ce rôle est double : il tient d'abord à la prise en charge

1. Chargée de recherche au CNRS, Centre de sociologie des organisations, Sciences Po Paris. Je souhaite remercier chaleureusement Catherine Sauviat pour ses commentaires et suggestions de modifications qui ont considérablement amélioré cet article et ma perspective sur ce sujet.
2. Elles représentent aujourd'hui encore 55 % de couverture de la population, soit environ 177 millions de personnes.

directe de la population au travers de programmes fédéraux dont les plus importants sont Medicare et Medicaid³ – couvrant aujourd'hui environ 122 millions de personnes, soit un Américain sur trois (Congressional Research Service, 2021)⁴. Ensuite, plus indirectement, le gouvernement fournit un soutien à la fois financier et réglementaire au marché des assurances santé afin d'étendre et d'améliorer la couverture maladie proposée par le secteur privé et améliorer les conditions de la compétition entre opérateurs privés. Pour reprendre une expression de Howard (1997), ce dernier volet, qui est monté en puissance au cours des dernières décennies, s'inscrit dans une logique d'« État-providence invisible ».

Les premières politiques ciblées sur le marché des assurances privées remontent aux années 1950 sous la présidence d'Eisenhower. L'administration républicaine initie alors une politique d'exonérations fiscales à destination des employeurs proposant des assurances santé collectives à leurs salariés et à destination des salariés eux-mêmes qui peuvent déduire de leur déclaration de revenus leur contribution à leur police d'assurance professionnelle. Visant à encourager la croissance des assurances privées, jusque-là peu répandues, ces mesures fiscales, renforcées en 1974 sous la présidence de Nixon par la loi Employee Retirement Income Security Act (ERISA), ont un impact considérable sur le développement des assurances santé, en particulier le segment des assurances collectives professionnelles. Alors que seulement 10 % de la population a une assurance santé dans les années 1950, cette proportion atteint 80 % dans les années 1970 et les assurances collectives professionnelles constituent un peu plus de 90 % de ce total.

Les actions de soutien et d'encadrement du marché des assurances deviennent progressivement une dimension essentielle de l'action publique dans le secteur de la santé. D'autant plus essentielle qu'à partir des années 1980 et surtout 1990, le marché des assurances santé commence à montrer des signes d'essoufflement. Une conjoncture économique plus difficile couplée à une explosion des dépenses de santé⁵ entraîne un repli des assurances santé en particulier collectives proposées par les sociétés américaines⁶. Entre 1980 et 1995, le prix moyen d'une assurance santé augmente de plus du double. Les employeurs sont moins nombreux à

3. Medicare assure l'ensemble des Étatsuniens de plus de 65 ans – soit en 2019, 18 % de la population (58 millions de personnes ; Congressional Research Service, 2021), sur la base de cotisations sociales versées au cours de la vie professionnelle. Medicaid est une couverture santé ciblée sur les plus pauvres, financée par l'impôt au niveau fédéral et gérée concrètement par chacun des 50 États fédérés. En 2018, cette politique couvrait près de 65 millions de personnes, soit 20 % de la population des États-Unis.

4. Il faut ajouter à ces programmes 4,5 millions de vétérans des armées couverts par les assurances maladies de la Veteran Administration.

5. Celles-ci passent de 4 % dans les années 1950 à 17 % du PIB en 2009, avec des taux de croissance annuels entre 4 et 5 %.

6. Le taux de couverture de la population des assurances professionnelles chute, passant de 72 % de la population en 1980 à 49 % en 2018.

proposer des assurances santé à leurs salariés, surtout chez les petites et moyennes entreprises pour qui ces bénéfices constituent une charge financière importante. Plus chères et moins répandues que les assurances collectives, les assurances individuelles ne parviennent pas à compenser le repli des assurances santé professionnelles et les programmes publics, tels que Medicaid, connaissent une croissance importante sans pour autant absorber le flot d'individus ayant perdu leur accès aux soins *via* leur employeur. Ces années voient ainsi la proportion de personnes sans assurance santé augmenter à un rythme soutenu de 3 % par an. Au début des années 2010, au moment où l'Obamacare est votée, près de 50 millions de personnes n'ont plus de protection maladie, auxquels s'ajoutent 20 millions de personnes « mal assurées ».

L'Affordable Care Act de 2010, aussi appelée Obamacare, cherche à transformer en profondeur le secteur des assurances santé pour en corriger les dysfonctionnements les plus importants, les rendre plus abordables, plus disponibles et de meilleure qualité pour les Américains et ainsi pour mener le pays sur la voie d'une couverture maladie universelle. En plus d'étendre Medicaid à un nombre croissant d'Américains aux revenus modestes, la réforme renforce les subventions et exonérations fiscales destinées aux personnes rencontrant le plus de difficultés pour s'assurer : les travailleurs indépendants, les petites et moyennes entreprises ainsi que les individus ne bénéficiant pas d'une assurance santé liée à leur emploi et contraints de s'assurer individuellement. Selon les calculs du Congressional Budget Office (CBO, 2019), l'ensemble des exonérations fiscales liées aux assurances collectives et à l'Obamacare représentent en 2019 un total de 350 milliards de dollars (soit 289 milliards d'euros ; respectivement 287 milliards de dollars, ou 238 milliards d'euros, pour l'ERISA et 62 milliards de dollars, soit 51 milliards d'euros, pour l'Obamacare), faisant de ces actions le troisième poste de dépenses du gouvernement fédéral en matière de santé après Medicare et Medicaid. Au-delà d'incitations financières ciblées sur la demande d'assurances, l'Obamacare cherche à assigner au marché des assurances des objectifs de solidarité ou d'intérêt général en réglementant l'offre d'assurance : encadrant les pratiques des assureurs privés, créant des standards de qualité minimaux, restreignant la possibilité d'une tarification au risque et prohibant les pratiques de discrimination sur la base d'antécédents médicaux.

Ces ambitions se sont-elles réalisées aujourd'hui ? Cette conjonction entre subventions et réglementation a-t-elle permis aux Américains privés d'accès aux soins de bénéficier d'une protection maladie accessible et de qualité ? Dix ans après sa mise en place, aux termes du mandat de Donald Trump, chaotique et ouvertement hostile à l'Obamacare, quel a été l'impact de la réforme sur les assurances privées ? Comme nous le montrons

plus bas, ce bilan est en demi-teinte. Si des gains de couverture importants ont été obtenus, une assurance universelle de la population est toujours un horizon lointain. En dépit des régulations et subventions, le prix des polices d'assurance continue d'augmenter à un rythme soutenu et la qualité des couvertures proposées demeure hétérogène. La suite de cet article détaille les mécanismes de soutien au marché introduits par l'Obamacare et leur place dans l'architecture plus générale de la réforme. Il en montre ses avancées et limites, avant de discuter les propositions soutenues par le nouveau Président démocrate Joe Biden pour prolonger la réforme et en corriger les faiblesses.

I. L'ambition d'Obamacare : un meilleur accès aux soins et des objectifs de santé publique

Comme évoqué ci-dessus, l'Obamacare a été plus loin par sa portée et par son ambition qu'aucune autre réforme avant elle dans la régulation, l'encadrement et le soutien au secteur des assurances maladies et à l'assurance privée. Ce n'est pas la première proposition pour réformer le système d'assurance santé du pays et si on la compare à d'autres tentatives comme la réforme Clinton de 1993-1994, ce n'est pas non plus la plus ambitieuse. Elle puise ainsi certaines de ses idées les plus structurantes dans un répertoire de réformes conservateur. Par exemple, le cœur de l'Obamacare, une obligation individuelle d'assurance faisant peser sur chaque individu la responsabilité de souscrire une assurance santé ou d'être financièrement pénalisé, trouve ses origines dans un *think tank* américain appartenant à la droite conservatrice, la Heritage Foundation, qui formule le premier cette proposition dans les années 1990 (Butler, Haislmaier, 1989) comme alternative aux propositions démocrates plus ambitieuses visant à renforcer la responsabilité collective des entreprises en créant une obligation pour les employeurs d'assurer leurs salariés. L'Obamacare adopte une approche plus consensuelle et de fait, de toutes les propositions pour créer une assurance santé universelle qui voient le jour dans les années 1990 et 2000, elle est la seule qui ait su rassembler suffisamment de soutien politique et de soutien dans le monde économique pour être votée (Beaussier, 2016) ⁷.

Cette réforme est très complexe et ses dispositions impactent la plupart des aspects du système de santé étasunien, qu'il s'agisse de l'organisation de l'offre de soins, du contrôle de la qualité et des dépenses de santé, des soins de prévention, de fin de vie, bien sûr de l'accès aux soins. Il serait trop

7. Avant elle, Bill Clinton tente sans succès en 1993-1994 d'initier une réforme ambitieuse qui aurait obligé tous les employeurs à fournir une assurance santé à leurs salariés, rapprochant le système de santé américain d'un système plus unifié et fondé sur l'emploi et les contributions des employeurs et salariés. Cette obligation est censée être couplée à des subventions supplémentaires notamment pour les petites et moyennes entreprises et à des mesures de contrôle et de limitation des prix des polices d'assurance et des tarifs des professionnels de santé.

long ici d'en synthétiser l'ensemble des mesures, nous nous contenterons de rappeler les principales mesures sur ce dernier aspect – améliorer l'accès aux soins de la population et parvenir à une couverture presque universelle de la population. Ce volet repose sur trois piliers principaux qui ensemble doivent améliorer l'accès de la population à l'assurance maladie, limiter la croissance des dépenses de santé et améliorer la qualité des soins médicaux proposés.

Le premier pilier est un pilier public. Il élargit assez considérablement l'accès au programme Medicaid aux foyers à revenus modestes (jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté fédéral⁸) et harmonise les critères d'éligibilité et garanties de couverture entre les États ayant choisi de participer au dispositif. Ce programme, géré par les États fédérés, était jusque-là très hétérogène selon les territoires et si des États comme New York ou le Massachusetts proposaient une couverture relativement ouverte et généreuse aux personnes à faibles revenus, un grand nombre d'États avait mis en œuvre des conditions d'éligibilité très restrictives, excluant de fait les personnes seules et sans enfant quel que soit leur niveau de revenu.

Le deuxième pilier concerne la demande de soins et crée une double obligation d'assurance qui vise à faire en sorte que le plus grand nombre ait accès et souscrive effectivement une assurance santé. Il s'agit tout d'abord, comme évoqué précédemment, d'une obligation pour l'ensemble des Américains de bénéficier d'une assurance santé sous une forme ou sous une autre (publique, privée, collective ou individuelle) répondant à des critères de qualité minima et couvrant un ensemble de soins jugés essentiels⁹. La seconde, moins connue, est une obligation pour les entreprises de plus de 50 salariés de proposer à l'ensemble de leurs salariés à temps plein une assurance devant également répondre à des standards minima de qualité et d'accessibilité¹⁰. Dans les deux cas, le non-respect de ces obligations entraîne des pénalités financières (de l'ordre de 2 000 dollars, soit 1 652 euros, par salarié pour une entreprise et de 700 dollars, soit 578 euros, par adulte

8. Soit un peu plus de 17 000 dollars annuels (14 043 euros) pour une personne seule. Cela représente un peu moins de 50 % du revenu médian fédéral qui est de 36 000 dollars par an pour un individu (29 894 euros). Pour plus d'informations, voir : <https://www.census.gov/library/publications/2020/demo/p60-270.html>.

9. Ces assurances doivent couvrir un panier de soins minimal, appelé « *essential health benefits* » et incluant obligatoirement une couverture hospitalière, une couverture des soins médicaux de ville, de services pédiatriques et obstétriques, de médecine préventive, de soins de psychiatrie, de remboursement des médicaments et d'analyses médicales, de soins d'urgence. Elles doivent en outre répondre à des critères d'accessibilité, fixant des limites dans les frais non pris en charge et frais administratifs facturés par les assureurs. Seuls les individus de moins de 30 ans sont exemptés de ce type d'assurance et peuvent souscrire des contrats ne couvrant que les frais très élevés (« *catastrophic care* »).

10. Ces standards minima sont identiques à ceux pour les individus. Les entreprises toutefois ont également l'obligation de proposer des assurances abordables économiquement à leurs salariés, c'est-à-dire que la part restant à charge du salarié ne doit pas dépasser 9,8 % de ses revenus annuels. Toutefois, certains contrats existant avant l'entrée en vigueur de l'Obamacare (« *grandfather plans* ») et ne respectant pas l'ensemble de ces exigences sont autorisés par la loi. Pour plus de détails voir : <https://www.kff.org/infographic/employer-responsibility-under-the-affordable-care-act/>.

dans le cas de l'obligation individuelle d'assurance¹¹). En contrepartie de ces obligations, l'Obamacare crée un régime de subventions et d'exemptions fiscales généreux s'ajoutant au régime d'exemptions existant sous la loi ERISA de 1974. Ces subventions et crédits d'impôts s'adressent aux individus souhaitant s'assurer sur le segment des assurances individuelles et dont les revenus se situent entre 130 et 400 % du seuil de pauvreté fédéral. En outre, les travailleurs indépendants et les petites et moyennes entreprises de moins de 25 salariés exemptés de l'obligation d'assurance bénéficient également de réductions fiscales s'ils souhaitent proposer une assurance à leurs salariés, pouvant atteindre 50 % du coût de la contribution de l'employeur afin de les inciter à offrir une couverture santé à leurs salariés.

Le troisième pilier enfin est dirigé sur l'offre d'assurance. Il régleme et impose des standards de qualité et d'accessibilité aux assurances santé, limitant les pratiques d'évitement du risque, de tarification en fonction de l'état de santé des individus, et impose des limites sur les montants engagés dans le remboursement des soins de leurs assurés. Ces réglementations couvrent à la fois les assurances souscrites par les entreprises de plus de 50 salariés et celles souscrites par les individus et les PME de moins de 25 salariés percevant les subventions et exemptions fiscales prévues par l'Obamacare. Ces derniers sont en outre encouragés à souscrire leur assurance au sein de centrales d'achats mettant en compétition différentes assurances certifiées par les pouvoirs publics, les Health Insurance Marketplaces du côté des individus et les Small Business Health Options Program Marketplaces (SHOP Exchanges) pour les travailleurs indépendants et les PME. Les assurances proposées au sein de ces *marketplaces* sont encadrées par les pouvoirs publics. Elles répondent à des garanties minimales de couverture et ne peuvent refuser de couvrir les personnes présentant des antécédents médicaux ou leur proposer des tarifs prohibitifs (*community rating*).

Ensemble, ces trois piliers mêlant des instruments de nature réglementaire et des incitations financières et économiques ont permis d'améliorer considérablement l'accès aux soins et le taux de personnes bénéficiant d'une assurance santé (Glied *et al.*, 2020).

Dix ans après l'adoption de l'Obamacare, 20 millions de personnes ont gagné une assurance santé (Tolbert *et al.*, 2020) en dépit des nombreuses tentatives républicaines et de l'administration Trump d'abroger la réforme. Dans le détail, ces gains de couverture sont d'abord liés à l'expansion de Medicaid et, dans une moindre mesure, aux dispositifs de soutien et de

11. Comme nous l'expliquons dans la suite de cet article, la majorité républicaine a supprimé en 2017 la pénalité pesant sur les individus en cas de non-respect de l'obligation individuelle d'assurance. En revanche la pénalité pesant sur les entreprises de plus de 50 salariés subsiste.

Tableau 1. Principales mesures de l'Obamacare encadrant et facilitant l'accès aux assurances santé *

Type de mesures	
Obligation d'assurance	Obligation individuelle de bénéficier d'une assurance santé (publique, privée, collective ou individuelle) répondant à des standards minima de qualité, hors exemptions ou de s'acquitter d'une pénalité financière.
	Entreprises de plus de 50 salariés : obligation de proposer une couverture répondant à des standards de qualité et dont le reste à charge pour le salarié ne doit pas dépasser 9,8 % de ses revenus annuels et couvrir au minimum 60 % des frais médicaux encourus.
Mesures financières et incitatives	Individus : subventions fondées sur les revenus et dégressives à destination des individus jusqu'à 400 % du seuil de pauvreté (soit 52 000 \$, ou 42 933 euros, pour un individu et 80 000 \$, ou 66 051 euros, pour une famille avec deux enfants.
	PME de moins de 25 salariés et travailleurs indépendants : réductions fiscales couvrant jusqu'à 50 % du coût de l'assurance santé.
	Expansion de Medicaid à l'ensemble des individus jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté fédéral dans les États participant au dispositif.
Mesures réglementaires	Création de centrales d'achats pour aider les individus à se procurer une couverture santé et inciter les PME à en proposer une à leurs salariés.
	Création d'un panier de soins essentiels incluant hospitalisation et visite médicale, soins préventifs, grossesse et maternité, santé mentale, médicaments prescrits, soins liés à la toxicomanie, analyses en laboratoire.
	Instauration d'une limite sur les frais administratifs perçus par les assureurs.
	Interdiction de limiter le montant des dépenses de soins (annuellement ou à vie) et la durée de la couverture santé.
	Interdiction de refuser une couverture santé à des personnes avec des antécédents médicaux et limitation de la tarification au risque.
	Instauration de limites à l'augmentation annuelle du prix des polices d'assurance.
	Possibilité pour les parents de couvrir leurs enfants jusqu'à l'âge de 26 ans.

* Pour une synthèse plus détaillée de l'ensemble des dispositions de l'Obamacare, voir notamment : <https://www.kff.org/health-reform/fact-sheet/summary-of-the-affordable-care-act/>.

régulation des assurances évoqués précédemment (Frean *et al.*, 2017). L'expansion de Medicaid a permis à plus de 15 millions de personnes de bénéficier d'une assurance maladie. Le programme couvre aujourd'hui plus de 20 % de la population américaine, soit environ 65 millions de personnes ¹². Fin 2020, 39 États fédérés sur 50 ont adopté l'expansion de Medicaid prévue par l'Obamacare ¹³. Ces adhésions conservent un caractère partisan, les États ayant refusé cette mesure sont connus comme des bastions républicains, à l'image du Texas, de l'Oklahoma, du Kansas, de l'Alabama,

12. Voir Congressional Resarch Service (2021) ; « Status of State Medicaid Expansion Decision: Interactive Map », KFF, April 13, 2021, <http://bit.ly/2OBD4Kn>. Ce nombre est porté à 72 millions si l'on ajoute le programme CHIP (Children Health Insurance Program) qui est lié à Medicaid.

13. <http://bit.ly/3uag99e>.

du Tennessee, du Mississippi et encore de la Floride. Dans ces États conservateurs qui pratiquent des politiques sociales restrictives, Medicaid conserve un caractère ciblé où les seuils et conditions d'éligibilité sont très stricts et des inégalités d'accès aux soins importantes subsistent¹⁴. Si l'ensemble des États avait étendu Medicaid, comme prévu originairement par l'Obamacare¹⁵, le *think-tank* Kaiser Family Foundation estime que le nombre de personnes non assurées aurait baissé de 5 millions supplémentaires (Garfield *et al.*, 2020).

À côté de Medicaid, le dispositif des Health Insurance Marketplaces permet à plus de 11 millions de personnes de bénéficier en 2019 d'une assurance santé individuelle subventionnée et régulée. Ce type d'assurance couvre aujourd'hui 6 % de la population américaine (contre 5 % avant la réforme)¹⁶. Cinq millions de personnes auparavant non assurées souscrivent une assurance *via* les *marketplaces*, et le reste change d'assurance au profit de ce dispositif (Glied *et al.*, 2020). Contrairement à ce qui a été craint en 2010, la croissance des assurances individuelles grâce à l'Obamacare ne se fait pas au détriment des assurances professionnelles. Après une baisse de ces dernières après la récession de 2008, les assurances professionnelles restent la source principale d'assurance santé et elles recommencent au contraire à augmenter à partir de 2014 – moment où les Health Insurance Marketplaces et l'obligation pour les employeurs de plus de 50 salariés de fournir à leurs salariés une assurance santé sont mis en œuvre – pour se stabiliser à leur niveau de la fin des années 1990, soit 156 millions de personnes (Rae *et al.*, 2020).

Les assurances individuelles progressent grâce à l'Obamacare, mais sans doute moins que ne l'ont espéré les architectes de la réforme de 2010, et les dispositifs de stabilisation du marché mis en place ne permettent pas d'en corriger toutes les défaillances. Ces limites sont en partie financières, liées aux contraintes budgétaires et politiques qui ont entouré le vote de la réforme en 2010, dont le coût total devait être limité à 900 milliards de dollars sur dix ans. Une des conséquences de ce budget contraint a été de limiter les subventions aux personnes gagnant moins de 400 % du seuil de pauvreté fédéral, donc de créer des effets de palier pénalisant les classes moyennes. Si les subventions ont relativement bien marché pour les classes populaires et personnes à faibles revenus, dont environ 10 millions reçoivent des subventions liées à l'Obamacare, le média spécialisé *Kaiser*

14. Dans ces États, les individus à la fois non éligibles à Medicaid et dont les revenus se situent en deçà de 138 % du seuil de pauvreté fédéral – montant à partir duquel les subventions de l'Obamacare démarrent pour souscrire une assurance dans les Health Insurance Marketplaces – souffrent d'un effet de palier important car ils ne bénéficient d'aucune aide publique.

15. Cette disposition est bloquée par la Cour suprême en 2012 (*NFIB vs. Sebelius*), estimant qu'elle violait les compétences des États fédérés. Suite à ce jugement, l'expansion de Medicaid est devenue facultative.

16. <http://bit.ly/3qzdbSQ>.

Health News estime qu'environ 5 millions de personnes de classe moyenne ne reçoivent aucune aide et font face à des coûts d'assurance très élevés¹⁷. De façon liée, des phénomènes d'« anti-sélection »¹⁸ sont observés de la même manière avant et après l'ACA (Glied, Jackson, 2018).

Plus profondément, comme nous le montrons plus bas, le secteur des assurances, tout particulièrement le segment des assurances individuelles et des assurances pour PME et travailleurs indépendants peine encore à fonctionner indépendamment d'une action de soutien – et de subvention massive – des pouvoirs publics.

II. Les difficultés initiales des Health Insurance Marketplaces

Les Health Insurance Marketplaces, qui sont l'une des mesures phares de l'Obamacare, entrent en fonction en janvier 2014. À mi-chemin entre comparateurs d'assurances et agences de régulation, ces structures facilitent la souscription d'une assurance santé. Statutairement, elles peuvent être gérées soit par les États qui l'ont choisi volontairement, soit par l'État fédéral pour ceux qui ont refusé d'instaurer et de gérer ces organisations. En général, ce choix est guidé par des raisons politiques. Les États démocrates, soutenant l'Obamacare, ont davantage choisi de créer leur propre *marketplace* (aujourd'hui une minorité de 19 États), tandis que les États républicains hostiles à la réforme (une trentaine) ont plutôt laissé le gouvernement fédéral créer et gérer leur *marketplace* locale. Conjuguées aux obligations d'assurance et aux subventions et réductions fiscales, les *marketplaces* doivent améliorer la compétition entre assureurs, faciliter le choix des consommateurs et limiter la croissance des dépenses de santé. Pour autant, les premières années de ces structures sont difficiles, caractérisées par une forte incertitude des assureurs qui les ont conduits à sous-évaluer les besoins des nouveaux participants au dispositif de l'Obamacare, une population majoritairement à faibles revenus, longtemps privée de protection maladie ou mal assurée, dont les besoins en soins médicaux excèdent toutes les prévisions (Holahan *et al.*, 2016). Ce phénomène est moins marqué dans les États qui ont étendu Medicaid, comme la Californie et le Michigan, où Medicaid absorbe une partie de cette population mais est néanmoins présent (Morrisey *et al.*, 2017).

Les polices proposées au sein des Health Insurance Marketplaces sont d'abord relativement bon marché. Elles atteignent en moyenne 270 dollars par mois, soit 224 euros, en 2014 et 2015 pour les assurances de base

17. <http://bit.ly/3atfbgP>.

18. En économie de l'assurance, le terme d'anti-sélection désigne une situation d'asymétrie d'information dans laquelle seuls les individus ayant besoin de soins médicaux contractent une assurance santé, menant les compagnies d'assurance à augmenter leurs tarifs pour absorber les surcoûts engendrés.

(les plans « *silver* »)¹⁹. Mais les assureurs subissent des pertes financières importantes (Cox *et al.*, 2017), ce qui entraîne un réajustement des prix des polices et une forte augmentation des tarifs dans les années qui suivent, autour de 20 % pour la seule année 2017, les plans de base passant en moyenne à 356 dollars par mois (295 euros) en 2017 et 481 dollars (398 euros) en 2018²⁰.

Outre l'augmentation des tarifs, les assureurs participant aux *marketplaces* réagissent également aux pertes des premières années en proposant des polices de moins bonne qualité, limitant le nombre et la variété des professionnels de santé accessibles aux nouveaux assurés et augmentant les frais restant à charge des assurés et les franchises. Ce phénomène touche surtout les assurances de base destinées aux classes moyennes et cible principale des subventions prévues par l'Obamacare. Au départ, un nombre substantiel de contrats proposent un accès aux établissements et professionnels de santé relativement ouvert dans lesquels il est possible de consulter des professionnels n'appartenant pas au réseau de base de l'assureur moyennant un surcoût modéré (Preferred Providers Organizations), mais ces polices se sont aujourd'hui raréfiées et la norme est un réseau local peu étendu et fermé, de type Health Maintenance Organizations (HMO), moins cher car permettant à l'assureur de négocier des tarifs préférentiels avec le professionnel de santé en échange de l'assurance d'un volume de patients. Ces recompositions des contrats augmentent le phénomène de la « sous-assurance » ou de l'assurance inadéquate, qui, selon un rapport récent du Commonwealth Fund, touche encore aujourd'hui et en dépit des garanties votées par l'Obamacare plus de 40 % des personnes ayant souscrit une assurance individuelle (Collins *et al.*, 2019).

Ensuite, un tri important se fait parmi les compagnies d'assurance au cours de ces premières années, avec certains assureurs comme le géant United Health qui déclarent tout simplement en avril 2016 ne plus vouloir participer à l'Obamacare car perdant trop d'argent²¹. De fait, le nombre et surtout la variété des assureurs présents au sein des *marketplaces* diminue après trois ans. Les assureurs qui s'en sortent le mieux sont des HMO « *low-cost* » spécialisés dans les plans Medicaid, et qui, profitant déjà d'un réseau de professionnels de santé à des tarifs compétitifs, peuvent proposer des assurances à bas prix²². Les assureurs également très implantés locale-

19. L'ACA crée quatre catégories de plans d'assurance santé : les plans « *bronze* », « *silver* », « *gold* » et « *platinum* ». Ils diffèrent en fonction de la générosité des prestations, du montant de la police mensuelle, du montant des franchises et de la qualité du réseau de médecins et d'hôpitaux auxquels les assurés ont accès. Les plans *silver* constituent le standard fédéral, qui ouvrent la possibilité de recevoir des aides financières du gouvernement fédéral (*premiums subsidies* et *cost sharing reductions*).

20. <http://bit.ly/3s00Ww0>.

21. C. Y. Johnson, « UnitedHealth Group to exit Obamacare exchanges in all but a "handful" of states », *The Washington Post*, April 19, 2016, <http://wapo.st/3udsEAX>.

22. C'est le cas par exemple de Molina Healthcare qui est un assureur national spécialisé dans les produits Medicaid et qui domine le marché en Californie, dans le Michigan, au Texas et en Floride.

ment comme Blue Cross Blue Shield résistent bien aussi, tout comme des assureurs régionaux ayant développé des partenariats privilégiés avec des systèmes de santé locaux (systèmes hospitaliers et médecine de ville)²³. En revanche, certains types d'assureurs ne survivent pas aux premières années de l'Obamacare. C'est le cas des Co-ops, les coopératives d'assureurs à but non lucratif fonctionnant un peu à la manière de nos mutuelles. Ces Co-ops sont soutenues en 2010 par l'aile gauche du Parti démocrate. En théorie, ces structures auraient dû proposer des tarifs plus abordables que les assurances à but lucratif et par effet de compétition tirer les tarifs des polices vers le bas. Mais dans les faits, elles ne sont tout simplement pas rentables. Les Co-ops proposent entre 2014 et 2016 les tarifs les moins élevés parmi les assureurs participant aux *marketplaces*, mais elles se révèlent non viables économiquement et un grand nombre d'entre elles font faillite.

Enfin, des différences géographiques importantes apparaissent selon les États, qui exacerbent ces difficultés dans certaines régions. Le marché des assurances individuelles est devenu plus fragmenté et très hétérogène selon les États et au sein même des États d'un comté à l'autre en fonction des caractéristiques des territoires et du tissu médical local (Morissey *et al.*, 2017). Le prix des polices pratiquées dans les différentes Health Insurance Marketplaces présente des variations du simple au triple selon les États. Ainsi, en 2020, les polices de base (*silver*) atteignent un peu plus de 880 dollars (729 euros) par mois dans le Wyoming, mais seulement 309 euros (256 euros) dans le Minnesota²⁴. Le nombre d'assureurs en compétition au sein des *marketplaces* est également très variable. Alors qu'il s'élève en 2020 en moyenne à 4,5 compagnies d'assurance, dans plusieurs États comme le Wyoming, le Delaware, l'Alaska et encore l'Arizona, il n'existe aucune compétition et un seul assureur est présent. Dans l'État de l'Iowa, l'absence d'attractivité de la *marketplace* est telle qu'en 2018, aucun assureur ne veut y participer et l'État est contraint de mettre en place un système de réassurance – subventionnant fortement les assureurs en cas de frais médicaux élevés pour les faire revenir (Parys, 2018). À l'inverse, certains États sont plus richement dotés et une réelle compétition existe : le comté de Los Angeles compte sept assureurs, ou encore les comtés autour de New York City en comptent six²⁵. Ces disparités mettent en lumière la complexité des mesures de régulation du marché des assurances individuelles aux États-Unis, car il ne s'agit pas d'encadrer un marché unique, mais plutôt une multitude de marchés avant tout locaux, dont les spécificités dépendent des caractéristiques du territoire. En règle générale, l'Obamacare fonctionne mieux dans des zones urbaines et aisées, richement dotées en

23. À l'image d'Optima Health Plans qui est une émanation du système hospitalier Sentara en Virginie, qui regroupe plus de 300 centres de santé en ambulatoire, une douzaine d'hôpitaux, autant de maisons de repos (*nursing centers*). Il s'agit du troisième plus grand employeur de Virginie.

24. <http://bit.ly/2M1805R>.

25. <http://bit.ly/2ZsMEBv>.

prestataires de santé. Dans les zones plus rurales et plus pauvres, dans des déserts médicaux, la compétition entre plans d'assurance ne fonctionne pas, les tarifs pratiqués par les assureurs sont plus élevés. Il faut ajouter que les Health Insurance Marketplaces gérées par le gouvernement fédéral au sein d'États hostiles à l'ACA ayant refusé de participer au dispositif, ont probablement connu des difficultés initiales plus importantes (Jones, Greer, 2013).

Ceci étant dit, après des mesures d'ajustement assez brutales entre 2016 et 2018, les Health Insurance Marketplaces semblent se stabiliser au niveau fédéral. Les assureurs déclarent des marges positives en 2019 et 2020 et un nombre croissant de compagnies d'assurance montre une volonté de réintégrer le dispositif. Les tarifs moyens des polices baissent aussi légèrement entre 2018 et 2020, passant de 481 dollars (398 euros) en moyenne à 462 dollars (382 euros)²⁶ pour les plans de base, en dépit des mesures prises par l'administration Trump et en particulier la suppression de la pénalité liée à l'obligation individuelle d'assurance (voir *infra*). L'incertitude sur l'avenir de la réforme reste forte toutefois, car la constitutionnalité de l'Obamacare est menacée par une action en justice menée en 2020 par 18 États républicains devant la Cour suprême au motif que la loi est inconstitutionnelle depuis l'abrogation de la pénalité liée au mandat individuel en 2017 (voir *infra*). La nomination de la juge conservatrice Amy Coney Barrett à l'extrême fin du mandat de Donald Trump à la place du siège de Ruth Bader Ginsburgh renforce ce risque et fait peser une épée de Damoclès sur la réforme.

Notons enfin que ces observations s'appliquent également aux SHOP Marketplaces pour les petites et moyennes entreprises bien que les données soient assez peu nombreuses en comparaison aux données liées aux *marketplaces* opérant sur le segment des assurances individuelles. Gabel *et alii* (2015) montrent que ces structures offrent en général moins de choix que les assurances existant en dehors et moins régulées. Certains États ruraux comme l'Alabama, le Maine, le Kansas et encore le Tennessee ne comptent que deux assureurs présents dans ces *marketplaces*, alors que d'autres États comme le Maryland, le Michigan, New York et la Pennsylvanie comptent entre 9 et 10 assureurs proposant des assurances régulées et ouvrant droit à des aides financières dans leurs échanges. Ces plans sont cependant en général entre 4 et 5 % moins chers que les polices équivalentes proposées en dehors des *marketplaces*.

III. L'obligation individuelle d'assurance en question

Autre mesure majeure de l'Obamacare, l'obligation individuelle d'assurance cristallise les débats politiques récents entre Démocrates et Républicains, éclipsant les controverses autour de l'obligation d'assurance des

26. <http://bit.ly/2ZvL0Pw>.

entreprises, qui a pourtant été une des origines de l'échec de la réforme Clinton dans les années 1990. L'obligation individuelle d'assurance et la pénalité financière l'accompagnant, dont doivent s'acquitter ceux qui ne souscrivent pas d'assurance santé, est immédiatement impopulaire et critiquée par les Républicains dès l'origine, alors que son efficacité et son équité sont aujourd'hui en question (Gais, Gusmano, 2020). En 2010, elle a été négociée avec les compagnies d'assurance pour limiter les phénomènes d'anti-sélection qui portent les seuls individus malades à souscrire une assurance santé. En échange de cette garantie de voir davantage de personnes en bonne santé souscrire un contrat, les assureurs ont accepté les régulations créées par l'Obamacare : notamment les garanties minimales de couverture et l'abandon de la tarification au risque. Cette mesure est alors apparue relativement consensuelle parmi les Démocrates. Elle s'appuie sur des expériences menées dans les années 2000 au niveau des États fédérés et en particulier sur la réforme du Massachussetts en 2006 qui a permis de faire massivement baisser le taux de non-assurés (Beaussier, 2016:165). Pour autant, cette mesure ne se révèle pas suffisante pour stabiliser les Health Insurance Marketplaces, elle n'empêche pas les phénomènes d'anti-sélection, de *free riding* et les augmentations importantes du prix des polices participant aux *marketplaces*.

Si pour les Démocrates cette mesure représente un pilier de l'Obamacare, elle constitue une mesure liberticide et injuste pour le camp républicain, qui n'a de cesse à partir de 2012 d'obtenir son abrogation. Celle-ci est obtenue de fait lors de l'adoption du Tax Cut and Job Act en 2017, la grande réforme fiscale des Républicains, qui supprime l'amende qu'encourt ceux qui ne respectent pas l'obligation d'assurance²⁷. Cela revient dans les faits à annuler cette mesure et c'est l'action la plus significative que les Républicains ont menée sur l'Obamacare. Elle fait craindre à beaucoup d'observateurs des politiques de santé américaines que l'ensemble de l'architecture de l'Obamacare ne s'effondre, tout particulièrement le dispositif des *marketplaces* et avec lui les protections des consommateurs mises en œuvre par Obama. Cependant, un tel scénario ne s'est pas encore réalisé. Le nombre de personnes non assurées a depuis recommencé à augmenter mais pas autant que les estimations d'alors ne l'envisageaient. 1,2 million de personnes ont perdu leur assurance santé (Tolbert *et al.*, 2020), loin des 4 millions de personnes anticipées par le Congressional Budget Office (CBO, 2017)²⁸. Surtout, il n'est pas établi que ce soit la suppression de cette mesure, par comparaison par exemple à la hausse des tarifs des assurances proposées

27. Cette pénalité pouvait atteindre 700 dollars, soit 580 euros, par adulte et 350 dollars (290 euros) par enfant d'un foyer. Ce qui signifie qu'une famille de quatre personnes encourait jusqu'à 2 100 dollars, soit 1 739 euros d'amende pour non-respect de l'obligation individuelle d'assurance.

28. Le Congressional Budget Office table en novembre 2017 sur une augmentation de 4 millions de personnes non assurées en 2019, une augmentation qui doit atteindre 13 millions en 2027.

dans les Health Insurance Marketplaces, qui explique cette augmentation. Des études relativisent aujourd'hui l'effet de l'obligation d'assurance sur les gains de couverture et montrent que l'expansion de Medicaid et les subventions versées pour participer au dispositif des *marketplaces* expliquent les gains de couverture, alors que la pénalité et l'effet incitatif de l'obligation individuelle sont quasi-nuls (Frean *et al.*, 2017). Fréquemment, les personnes restant non assurées sont des personnes à faibles revenus qui n'ont simplement pas les moyens de souscrire une assurance santé. Non éligibles à Medicaid – ou résidant dans un État qui n'a pas étendu Medicaid – en dépit des subventions prévues par l'Obamacare, ces groupes de population n'ont pas les moyens de se payer une assurance santé (Tolbert *et al.*, 2019). De façon liée, plusieurs voix s'élèvent aujourd'hui à gauche du spectre politique pour dénoncer l'iniquité de cette pénalité accompagnant l'obligation individuelle d'assurance et la nature régressive de cette taxe pesant en majorité sur les personnes à revenus faibles ou moyens (Vermont Individual Mandate Working Group, 2018).

Avec la suppression de la pénalité au niveau fédéral, la question est transférée aux États fédérés, qui doivent décider d'adopter ou non une mesure similaire à leur échelle territoriale. De ce point de vue, les positions adoptées sont assez hétérogènes (Gais, Gusmano, 2020). Une fracture partisane existe : les États conservateurs comme le Texas ou la Floride, fermement opposés à l'Obamacare, suppriment simplement le dispositif alors qu'ils envisagent des mécanismes alternatifs de stabilisation du marché comme des programmes de réassurance ou des subventions aux assurances ciblées sur des groupes de personnes atteintes de maladies chroniques (*high risk pools*), revenant à établir un transfert de risque des assureurs vers les pouvoirs publics. Les États démocrates soutenant l'ACA mènent une réflexion de fond sur la manière de protéger les acquis de l'Obamacare en l'absence de pénalité financière. Certains réintroduisent cette obligation à l'identique²⁹ sur leur territoire comme Washington DC, d'autres modifient le dispositif comme le New Jersey, le Rhode Island, la Californie ou encore le Maryland.

Le fait que la pénalité financière soit dorénavant une responsabilité des États octroie à ces derniers une marge de manœuvre plus importante sur les fonds récoltés, ce qui permet la mise en place d'expérimentations et d'innovations. Le New Jersey crée ainsi un système de transfert de risques allouant les montants issus de la pénalité à un fonds de réassurance destiné à stabiliser le marché en partageant avec les assureurs les frais engendrés par les patients les plus malades. Le Maryland, le Rhode Island et la

29. En décembre 2019, 9 États ont introduit une obligation individuelle d'assurance dans leur législation : la Californie, Washington DC, le Massachusetts, le New Jersey, le Rhode Island et le Vermont. 5 États supplémentaires sont en voie de le faire : le Connecticut, Hawaï, le Maryland, le Minnesota et l'État de Washington.

Californie utilisent ces montants pour accroître les subventions fédérales et éliminer les frais restant à charge des assurés (franchises). Le Maryland utilise les revenus de cette pénalité pour augmenter les subventions à destination des foyers à revenus faibles à moyens. Le Connecticut bloque les fonds sur des comptes épargnes santé (*personal health savings accouts*) que les intéressés peuvent utiliser pour souscrire une assurance. Washington DC utilise plus simplement les fonds pour mener des campagnes d'information et d'accompagnement du public, un poste de dépense qui est très fortement réduit au niveau fédéral par l'administration Trump.

D'autres États encore qui se situent pourtant à gauche du spectre politique décident simplement de se passer de cette pénalité. Ainsi le Vermont conserve l'obligation d'assurance mais en la vidant de toute dimension punitive car la considérant comme une taxe régressive et inéquitable (Vermont Individual Mandate Working Group, 2018). Les habitants du Vermont doivent mentionner dans leur déclaration d'impôt qu'ils n'ont pas d'assurance et ne répondent pas à l'obligation d'assurance, mais l'administration locale de la santé utilisera ces déclarations pour contacter individuellement chaque non-assuré et lui proposer un accompagnement individualisé. L'État de New York décide simplement que ce dispositif n'est pas utile, et qu'une expansion de Medicaid couplée avec des subventions plus importantes complétant les fonds fédéraux de l'Obamacare atteindraient un meilleur résultat et permettraient à davantage de foyers à faibles et moyens revenus de bénéficier d'une assurance santé. Ainsi New York se positionne avec une proposition alternative, le « Basic Health Plan », proposant une couverture maladie certes limitée mais bon marché aux personnes non assurées à faibles revenus mais non éligibles à Medicaid (polices mensuelles de l'ordre de 20 dollars)³⁰.

IV. L'Obamacare et l'administration Trump : une stratégie de démantèlement progressif

À côté de l'obligation d'assurance, les Républicains tentent depuis 2011 de démanteler la plupart des mesures réglementaires de l'Obamacare, accusées d'être à l'origine d'une augmentation incontrôlée du prix des polices. Les premières actions menées sous Trump visent à réduire les ressources de l'Obamacare et de ses principaux instruments de financement. Cela commence par des mesures de prévention et de santé publique et par des programmes de recherche sur l'efficacité des procédures médicales. C'est également le cas du fonds de mise en œuvre de l'ACA, qui voit ses ressources plusieurs fois réduites, ce qui augmente les difficultés du Département de la santé et cause des avaries techniques lors de la mise en œuvre des Health Insurance Marketplaces.

30. <http://on.ny.gov/3pvNHvf>.

Les Républicains qui ne croient pas à l'architecture de la réforme proposent d'autres mécanismes pour faire baisser le prix des polices d'assurance, appuyés sur des instruments relativement classiques du répertoire d'actions conservateur, qui reviennent à déréguler le marché des assurances et à subventionner massivement les assurances pour qu'elles prennent en charge les patients dont l'état de santé représente un risque financier élevé pour elles. Les dérégulations sont soutenues par l'administration Trump dès 2016. En autorisant les assureurs à proposer des polices de moins bonne qualité et à pratiquer la sélection des risques, il s'agit de leur permettre de commercialiser des polices moins chères pour les personnes en bonne santé, délaissant par là même le principe de solidarité au profit d'une dynamique d'individualisation de la couverture santé.

Une partie de ces mesures de dérégulation passe par des usages répétés des pouvoirs d'exécution de la Maison Blanche. Donald Trump signe ainsi en octobre 2017 ³¹ un décret intitulé « Promoting Healthcare Choice and Competition Across the United States », encourageant des mécanismes de contournement des protections et régulations de l'Obamacare, et permettant aux assureurs de proposer des polices de moindre qualité, mais aussi bien moins chères que les polices proposées au sein des *marketplaces*. Le décret renforce ainsi le dispositif des « Association Health Plans » autorisant les petites et moyennes entreprises à se regrouper pour proposer à leurs salariés des formules d'assurance non soumises aux régulations et aux garanties de couverture de l'Obamacare et qui autorisent les assureurs à pratiquer une tarification au risque. Le même décret étend également l'accès aux assurances de court terme (dont la durée maximale passe de 3 mois à un an renouvelable trois fois) qui ne sont pas non plus soumises aux protections mises en place par l'Obamacare (Jones *et al.*, 2018).

À côté de ces dérégulations, l'administration Trump soutient également des mécanismes de réassurance ciblés pour faciliter l'assurance des individus les plus malades et *in fine* remplacer les mécanismes réglementaires par des mécanismes d'incitation financière. Ces instruments sont mis en œuvre principalement au niveau des États fédérés en utilisant une disposition de l'Obamacare qui offre aux États la possibilité d'expérimenter des formes alternatives de couverture, tant que ces expérimentations respectent l'esprit et les objectifs de l'Obamacare. La section 1332 de la loi autorisant ces expérimentations est à l'origine une disposition permettant aux États qui le souhaitent d'aller plus loin que l'Obamacare et d'encourager des innovations politiques notamment en matière de couverture maladie universelle ³². Cette disposition initialement plutôt marginale de

31. <https://bit.ly/3K1MjiP>.

32. Le Vermont a par exemple voté un projet de création d'une assurance maladie universelle publique en 2014 en s'appuyant sur la section 1332 de l'ACA.

la réforme devient importante sous l'administration Trump (Wright *et al.*, 2019), qui encourage en particulier des expérimentations allant dans le sens de la mise en œuvre de fonds de réassurance au niveau des États ou encore de la création de *high risk-pools* (groupes d'assurés à haut risques). Ce transfert de responsabilité aux États fédérés et l'affaiblissement du niveau fédéral constitue un autre axe traditionnel du programme républicain, dont l'administration Trump s'est faite l'écho en encourageant l'autonomisation des États dans la mise en œuvre de l'Obamacare et leur prise de distance vis-à-vis du cadre fédéral. Toutefois toutes les initiatives n'aboutissent pas.

Treize États candidaient pour lancer une expérimentation section 1332, mais seulement quatre d'entre eux sont approuvés. L'arrivée à la Maison Blanche de Trump met un coup d'arrêt aux projets d'expérimentation plus ambitieux, comme le projet de la Californie d'inclure les immigrants en situation irrégulière dans le dispositif de l'Obamacare. Parmi les États dont l'expérimentation est retenue, l'Alaska, le Minnesota et l'Oregon proposent de mettre en place un programme de réassurance pour stabiliser le marché des assurances individuelles en compensant les pertes encourues par les assureurs opérant au sein des Health Insurance Marketplaces. En Alaska, par exemple, le programme rembourse les assureurs pour les frais des assurés ayant une maladie figurant parmi une liste de 33 maladies à coût élevé. L'Oregon rembourse les assureurs une fois qu'un assuré atteint un certain plafond de dépenses. D'autres États comme le Maine, le Wisconsin, le Maryland, l'Idaho, le Kentucky, la Louisiane, le New Hampshire, le New Jersey, le Rhode Island, et le Texas déposent ou sont en voie de déposer une candidature pour lancer une expérimentation pour la création d'un programme de réassurance sans que leur projet n'ait encore abouti. Ces mécanismes se sont révélés jusqu'à présent relativement efficaces, la croissance des prix des polices d'assurance au sein des *marketplaces* a ralenti et ces structures ont retrouvé une certaine attractivité auprès des assureurs (Wright *et al.*, 2019). Toutefois, on voit mal en quoi le fait de subventionner massivement les compagnies d'assurance pour qu'elles proposent des polices moins chères aux individus en bonne santé et qu'elles acceptent de couvrir les personnes malades est réellement une avancée sur le long terme, ni en quoi de telles mesures permettent de stabiliser ce marché durablement hors de ces injections massives d'argent public. Surtout la valeur ajoutée de ces mesures de réassurance à la fois au niveau économique et au niveau éthique n'est pas claire en comparaison par exemple des propositions démocrates de créer un programme public ouvert à tous sur une base volontaire.

Conclusion : réformer la réforme, la santé dans le programme électoral de Joe Biden

L'Obamacare est considérée comme la réforme la plus significative des politiques de santé américaines depuis la création de Medicare et Medicaid en 1965. Dix ans après son vote par le Congrès, elle a réalisé de réelles avancées en termes de couverture de la population et demeure relativement indemne malgré les conflits politiques qu'elle a suscités entre Républicains et Démocrates. Il n'était pas dans l'objectif de cet article de faire le tour des avancées réalisées par cette réforme, mais plus simplement, de comprendre l'impact qu'elle a eu sur le marché des assurances santé. Ce bilan peut être résumé en quelques points.

Tout d'abord, il n'y a pas eu un transfert majeur des formes d'assurance préexistantes vers l'assurance individuelle et les *marketplaces*. Celles-ci ont attiré près de 11 millions de personnes, mais cela représente une progression de 5 millions de personnes depuis 2010. Les assurances individuelles couvrent aujourd'hui 6 % de la population contre 5 % en 2010. Les avancées de couverture que l'on a pu constater ont été principalement le fait d'autres dispositifs de la réforme, à commencer par l'expansion de Medicaid. Les assurances professionnelles sont restées stables et ont même progressé en dix ans, ce qui contredit les prévisions pessimistes selon lesquelles l'Obamacare signait la fin de la couverture collective.

Ensuite, des disparités territoriales importantes ont émergé dans la mise en œuvre de la réforme, et des *marketplaces*. Ces disparités mettent en lumière la complexité des mesures de régulation des assurances aux États-Unis, car il ne s'agit pas d'encadrer un marché unique, mais plutôt une multitude de marchés avant tout locaux, dont les spécificités dépendent des caractéristiques du territoire, de la population et des acteurs politiques en charge de la mise en œuvre de la réforme. Comme nous l'avons souligné, l'Obamacare fonctionne mieux dans des zones urbaines et aisées, richement dotées en prestataires de santé – zones en outre fréquemment démocrates. Dans les zones plus rurales et plus pauvres, également plus conservatrices, la compétition entre plans d'assurance ne fonctionne pas, les tarifs pratiqués par les assureurs sont plus élevés. L'ambition de la réforme, qui était de proposer un cadre réglementaire unifié au niveau fédéral, se heurte aux caractéristiques locales, au nombre d'assureurs en compétition, au tissu médical. Ces caractéristiques appellent peut-être à une différenciation de l'action publique selon les territoires. C'est en tout cas la direction qui semble être empruntée aujourd'hui car les États ont de plus en plus de marges de manœuvre dans la mise en œuvre de l'Obamacare.

Le troisième et dernier point renvoie à l'idée que les limites évoquées plus haut portent en germe de futures réformes dont les contours ont été

discutés dans le contexte de l'élection présidentielle de novembre 2020. Du côté démocrate, la subsistance d'un nombre encore important de personnes sans accès aux soins (autours de 30 millions) tout comme les difficultés récurrentes du marché des assurances santé ont rendu audibles les voix les plus à gauche et apporté une nouvelle crédibilité à des dispositifs d'action publique inenvisageables auparavant comme la création d'une protection maladie publique pour l'ensemble de la population. Il semble exister aujourd'hui un relatif consensus au sein du Parti démocrate autour de la création d'une « option publique » qui étendrait les conditions d'éligibilité aux programmes existants et en particulier Medicare et Medicaid sans pour autant se substituer complètement aux assurances privées. Point de division majeur de la majorité démocrate au Congrès en 2010, le thème de la création d'une *public option* revient aujourd'hui en force. Elle est désormais soutenue par une majorité de Démocrates et son insistance sur la notion de « choix » entre une assurance privée et publique dans le contexte post-Obamacare pourrait lui valoir le soutien des centristes.

C'est en tous cas le programme soutenu par le nouveau Président Joe Biden, dont les majorités au Sénat et à la Chambre des représentants pourraient lui fournir une fenêtre d'opportunité pour initier une telle réforme de la réforme. Toutefois l'implacable arithmétique du Congrès américain risque bien de l'en empêcher. La majorité démocrate au Sénat en particulier (50 sénateurs sur 100 plus la voix de la Vice-Présidente Kamala Harris) apparaît trop ténue pour faire passer une mesure de ce type d'ici les deux prochaines années et notamment surmonter la menace du *filibustering* que les Républicains ne manqueront pas de brandir face à toute réforme de santé d'ampleur et qui nécessiterait 60 sénateurs sur 100 pour la surmonter.

Côté républicain, bien que le bilan de la présidence de Trump en matière de santé soit mauvais et aggravé par une gestion désastreuse de la pandémie de Covid-19, les années Trump ont permis l'émergence et l'expérimentation de nouveaux mécanismes de soutien du marché des assurances privées qui sortent des outils traditionnels des politiques sociales et empruntent au registre de l'assurance et de l'économie de l'assurance. Le programme santé républicain, tel qu'esquissé depuis quatre ans, semble se diriger vers la promotion de mécanismes de réassurance au travers desquels l'État garantirait et encouragerait la solvabilité des assureurs privés, tout en mettant en œuvre des subventions importantes aux assurances pour qu'elles prennent en charge les personnes ou les maladies particulièrement chères (les *high risk pools*).

Références bibliographiques

- Beaussier A.-L. (2016), *La santé aux États-Unis : une histoire politique*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Butler S.M., Haislmaier E.F. (eds.) (1989), *A National Health System for America*, Washington DC, Heritage Foundation Press.
- CBO (2017), *Repealing the Individual Health Insurance Mandate: An Updated Estimate*, Report, Congressional Budget Office, November, <https://www.cbo.gov/publication/53300>.
- CBO (2019), *Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under Age 65: 2019 to 2029*, Congressional Budget Office, May, https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55085-HealthCoverageSubsidies_0.pdf.
- Collins S.R., Bhupal H.K., Doty M.M. (2019), « Health Insurance Coverage Eight Years After the ACA: fewer uninsured Americans and shorter coverage gaps, but more uninsured », *Issue Briefs*, The Commonwealth Fund, February 7, <http://bit.ly/3jYZu48>.
- Congressional Research Service (2021), « US health care coverage and spending », *In Focus*, CRS, January 26, <https://fas.org/sgp/crs/misc/IF10830.pdf>.
- Cox C., Levitt L., Claxton G. (2017), « Insurer financial performance in the early years of the Affordable Care Act », *Data Note*, Kaiser Family Foundation, April 21, <https://bit.ly/2ZrZ5gR>.
- Frean M., Gruber J., Sommers B.D. (2017), « Premium subsidies, the mandate, and Medicaid expansion: Coverage effects of the Affordable Care Act », *Journal of Health Economics*, n° 53, p. 72-86, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.02.004>.
- Gabel J.R., Stromberg S.T., Green M., Lischko A., Whitmore H. (2015), « An early look at SHOP marketplaces: Low premiums, adequate plan choice in many, but not all, States », *Health Affairs*, vol. 34, n° 5, p. 732-740, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1370>.
- Gais T.L., Gusmano M.K. (2020), « Putting the pieces together again: American States and the end of the ACA's shared responsibility payment », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 45, n° 3, p. 439-454, <https://doi.org/10.1215/03616878-8161048>.
- Garfield R., Orgera K., Damico A. (2020), « The coverage gap: Uninsured poor adults in States that do not expand Medicaid », *Issue Brief*, Kaiser Family Foundation, January 14, <https://bit.ly/3quZISW>.
- Glied S.A., Collins S.R., Lin S. (2020), « Did the ACA lower Americans' financial barriers to health care?: A review of evidence to determine whether the Affordable Care Act was effective in lowering cost barriers to health insurance coverage and health care », *Health Affairs*, vol. 39, n° 3, p. 379-386, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01448>.
- Glied S.A., Jackson A. (2018), « Who entered and exited individual market before and after ACA? », *Issue Brief*, The Commonwealth Fund, <https://bit.ly/2ZoM87D>.
- Holahan J., Blumberg L.J., Wengle E. (2016), « What does the failure of some Co-ops and the possible pullout of United Healthcare mean for the Affordable Care Act? », *In-Brief*, Urban Institute, January, <https://urban.is/3jZqaBO>.

- Howard C. (1997), *The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton, Princeton University Press.
- Jones D.K., Greer S.L. (2013), « State politics and the creation of Health Insurance Exchanges », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 8, e8-e10, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301429>.
- Jones D.K., Gusmano M.K., Nadash P., Miller E.A. (2018), « Undermining the ACA through the executive branch and federalism: What the Trump administration's approach to health reform means for older Americans », *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 30, n° 3-4, p. 282-299, <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1462684>.
- Morrisey M.A., Rivlin A.M., Nathan R.P., Hall M.A. (2017), « Five-State study of ACA marketplace competition: A summary report », *Risk Management and Insurance Review*, vol. 20, n° 2, p. 153-172, <https://doi.org/10.1111/rmir.12079>.
- Parys J.V. (2018), « ACA marketplace premiums grew more rapidly in areas with monopoly insurers than in areas with more competition », *Health Affairs*, vol. 37, n° 8, p. 1243-1251, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0054>.
- Rae M., McDermott D., Levitt L., Claxton G. (2020), « Long-term trends in employer-based coverage », *Briefs*, Kaiser Family Foundation, April 3, <https://www.healthsystemtracker.org/brief/long-term-trends-in-employer-based-coverage/>.
- Tolbert J., Orgera K., Damico A. (2020), « Key facts about the uninsured population », *Issue Brief*, December 13, <http://bit.ly/3psikl5>
- Vermont Individual Mandate Working Group (2018), *Individual Mandate: Report of the Individual Mandate Working Group*, November, <https://bit.ly/3u45Un0>.
- Wright B., Porter A., Singer P.M., Jones D.K. (2019), « The devolution of health reform? A comparative analysis of State innovation waiver activity », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 44, n° 2, p. 315-331, <https://doi.org/10.1215/03616878-7277404>.

Bricoler une action municipale de santé à faible coût ou rebâtir des solidarités organisées ? Regard sur la diversité des « mutuelles communales »

Clémentine COMER¹

À partir du cas des « mutuelles communales », contrats de complémentaire santé à tarif préférentiel proposés par les élus locaux à leurs administrés, cet article examine l'élargissement à bas coût de l'intervention sociale des municipalités. Il rend en cela compte de bricolages et d'expérimentations de la part de pouvoirs publics locaux pourtant dépourvus de compétences en matière de couverture d'assurance maladie. Parce qu'il répond à un projet citoyen et social plus ou moins porté politiquement, s'insère dans les réseaux locaux d'acteurs de l'assurance, et rencontre une offre commerciale que se disputent mutuelles territoriales, réseaux de courtiers et grandes compagnies d'assurance, le déploiement des mutuelles communales donne à voir des configurations d'action publique contrastées, tant du point de vue de la portée solidaire des dispositifs que de leur pérennité économique.

Devenue une mesure sociale phare du programme des candidats au scrutin municipal, la mutuelle communale (MC)² peut être interprétée comme le renouveau contemporain des valeurs de la mutualité et la déclinaison locale de l'État-providence. La complémentaire santé de village, dont la genèse revient à une adjointe d'une petite commune du Vaucluse, a fait, depuis sa première apparition en 2013, des émules dans plusieurs communes françaises, villes de taille conséquente, voire départements³. Cet engouement

1. Docteure en science politique et post-doctorante à l'Irisso, Université Paris-Dauphine. Je remercie Marion Del Sol pour sa relecture et ses commentaires sur l'article.
2. Pour simplification, dans la suite de notre démonstration, nous utiliserons l'acronyme MC pour renvoyer au terme générique de mutuelle communale.
3. Le nombre exact de communes engagées dans la mise en place d'une mutuelle communale est difficilement évaluable. Selon un article de *L'Argus de l'assurance* datant d'octobre 2019, 2800 communes seraient concernées, soit 25000 personnes couvertes, dont 70 % de plus de 60 ans.

se retrouve du côté des assureurs qui ont pour nombre d'entre eux développé une gamme de contrats aux appellations aussi diverses que « Mutuelle communale », « Ma mutuelle de village », « Mutuelle villageoise », « Mutuelle de commune », « Ma Commune, Ma Santé », etc. Malgré leur dénomination, ces dispositifs d'accès à l'assurance santé complémentaire ne sont pas à proprement parler des mutuelles. Ils se résument en réalité à la négociation par les élus locaux, et pour le compte de leurs administrés, de contrats d'assurance de complémentaire santé à tarif préférentiel. Leurs principes se rapprochent ainsi des achats groupés appliqués aux couvertures d'assurance maladie complémentaire santé. Concrètement, les gammes de garanties distribuées ressemblent aux couvertures individuelles classiquement proposées par les assureurs ; ce qui les en distingue est le coût, puisque les assurés bénéficient en principe d'un avantage tarifaire dit de « groupe ».

Ces dispositifs d'accès à l'assurance complémentaire font figure d'ovni dans le paysage de la complémentaire santé. Ils ne correspondent à aucune configuration standardisée s'agissant du périmètre de mutualisation des risques puisque celle-ci peut s'opérer à l'échelle de la commune, d'un regroupement de communes, d'une association d'assurés ou de l'organisme assureur. En ce sens, les MC recouvrent une variété de contrats d'assurance : depuis des contrats de groupe à adhésion facultative proposés par des associations d'assurés ⁴ jusqu'aux contrats à adhésion individuelle bénéficiant de tarifs négociés collectivement par une ou plusieurs communes (Ma mutuelle de village) ⁵, en passant par la simple remise de prime par rapport aux tarifications classiquement appliquées par les compagnies d'assurance ⁶ (encadré 1).

Une autre caractéristique qui singularise ces dispositifs d'accès à la complémentaire santé est leur cible commerciale. La mise en place de l'accord national interprofessionnel (ANI) en 2013, qui rend obligatoire la couverture santé complémentaire pour les salariés du secteur privé, a en effet considérablement réduit le spectre d'assurés susceptibles d'être couverts par les MC aux personnes qui ne se retrouvent pas dans le champ d'application de la « généralisation » de la couverture santé (les jeunes, les sans-emploi, les agents publics, les travailleurs non salariés et les retraités). En pratique, la majorité des souscripteurs sont des personnes retraitées qui se retrouvent exclues de la généralisation à la sortie de l'emploi et sont donc soumises à des primes d'assurance santé très élevées en raison de la différenciation des tarifs selon l'âge et les profils de risque. Or l'adhésion

4. Les individus sont adhérents d'une association d'assurés qui souscrit aux contrats au bénéfice de ses membres. Les risques sont mutualisés entre tous les adhérents de la personne morale souscriptrice.

5. Dans ce cas, le contrat est individuel, les habitants souscrivent directement auprès de l'organisme sélectionné mais avec des tarifs négociés collectivement par la commune.

6. Les habitants des communes concernées sont totalement libres de leur choix de garanties parmi un nombre de formules très important.

Encadré 1

Les différents modèles de mutuelles communales

Bien qu'investi par une diversité d'organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), le marché de la mutuelle de village est dominé par quelques opérateurs influents. Les offres les plus diffusées sont celles proposées en standard par des réseaux de courtiers qui créent des associations d'assurés (Actiom, Mandarine, Armorik Santé Prévoyance). Dans ce modèle, c'est l'association qui met en concurrence les assureurs pour obtenir des contrats de groupe à des tarifs attractifs. Les mutuelles partenaires sont des mutuelles de taille moyenne (Miel Mutuelle, Smatis, Pavillon Prévoyance, etc.) ou d'anciennes mutuelles professionnelles (Sambo). Ces offres intermédiées sont aujourd'hui fortement concurrencées par l'entrée de compagnies d'assurance sur le marché, notamment Axa. Quant aux mutuelles qui se sont positionnées en direct sur ce créneau, ce sont avant tout des petites et moyennes mutuelles qui, par opposition au mouvement de concentration du secteur, revendiquent une taille humaine et une fidélité aux valeurs d'origine de la mutualité. Parmi elles, on recense les mutuelles territorialisées membres de la Fédération Diversité Proximité Mutualistes (FDPM) et qui adhèrent au label « Ma mutuelle de village » : la Mutuelle générale d'Avignon, la Mutuelle catalane, Precocia et l'ASPBTP ; et des organismes de taille moyenne qui ont développé une gamme communale de complémentaire santé (Mutuelle Just', Mutuale, Mutuelle familiale, etc.).

prioritaire à ces contrats de personnes âgées et/ou qui n'ont pas eu accès aux soins pour des motifs financiers fait courir un fort risque de sélection adverse⁷ et pose avec acuité la question de leur équilibre technique.

Protéiforme du point de vue des logiques assurantielles, le développement des complémentaires santé de village est également contrasté si l'on examine les conditions concrètes de déploiement et de mise en œuvre des contrats à l'échelle municipale. De manière générale, le soutien accordé par les municipalités à la complémentaire santé des administrés vise à mieux protéger ceux retranchés des solidarités organisées (chômeurs et retraités notamment) et donc exposés individuellement à la sélectivité du marché de l'assurance maladie complémentaire. L'action publique municipale poursuit en cela la logique de décentralisation de l'action sociale de l'échelle nationale à l'échelle locale, ainsi que l'a déjà souligné Lafore en se référant aux compétences du département, qui « se voit confier la protection de ceux qui sont définitivement loin de l'activité productive » (Lafore, 2004:33). Plus encore, cette « sanitarisation du social » (Guyot, Hérault, 2001) actualise la tradition d'intervention des collectivités locales vers les populations

7. Il s'agit d'une situation où les assurés pour lesquels la survenance du risque est la plus probable souscrivent massivement au contrat dont l'équilibre économique repose pourtant sur la souscription de ceux présentant de « bons risques », lesquels choisissent de ne pas s'assurer s'ils trouvent la couverture trop coûteuse.

exclues et les problèmes sociaux et de santé. Ainsi, les services municipaux, en devenant terrain d'expérimentation d'une action publique qui entremêle social et sanitaire, renoue avec la logique d'assistance publique qui a été historiquement la leur (Brodiez-Dolino, 2013).

Toutefois, à la différence de l'action sociale décentralisée qui certes présente de fortes disparités territoriales (Destremau, Messu, 2008), la mise en œuvre des MC n'est pas commandée par des transferts nationaux et est donc intrinsèquement aléatoire. L'analyse des complémentaires santé de village (encadré 2) rejoint ainsi les travaux sur l'institutionnalisation de la politique de santé municipale, qui témoignent d'un engagement de quelques villes dans des formes innovantes d'action locale en santé publique (Clavier *et al.*, 2005 ; Clavier, 2009) mais pointent parallèlement du doigt leur fragilité. De façon comparable, le volontarisme de municipalités pour déployer une MC est « inégal, souvent très marqué par l'histoire, et soumis aux aléas des changements d'élus et aux capacités de financement local » (Bourgueil, 2017:102).

En outre, parce qu'elle peut s'analyser à la fois comme une reprise en main d'une solidarité publique organisée par l'État mais déclinante, et d'une solidarité privée incarnée par un secteur mutualiste aujourd'hui ouvertement tourné vers le marché, la MC constitue un cas exemplaire d'une politique d'assistance municipale qui fonctionne comme un « échec-complexe et multiforme, fait de niveaux et de hiérarchies, de conflits, de coopérations et de complémentarités » entre acteurs privés et publics (Brodiez-Dolino, 2013:13). Elle incarne dès lors un système hybride qui prend le relais de la couverture de santé publique tout en embarquant les acteurs privés de l'assurance dans leur projet social. Au final, la MC rend ainsi compte d'une forme d'action politique municipale assistancielle qui, faute de disposer de ressources suffisantes pour véritablement pallier les inégalités d'accès aux soins, bricole, à bas coût et sans engagement politique stable, un système de solidarité organisé sur une échelle territoriale locale.

L'article retrace en deux temps les appropriations multiformes de l'idée de mutuelle communale, tout en proposant une réflexion sur les formes d'imbrication d'une logique d'intervention sociale au marché. La première partie souligne la polarisation de configurations d'action publique municipale en matière de soutien à la couverture santé (I). Elle détaille les degrés variables d'implication et d'exigence des équipes municipales dans le choix des produits d'assurance santé et la portée solidaire du dispositif. Le deuxième temps d'analyse porte sur les difficultés à pérenniser socialement et économiquement les dispositifs des MC et nous amène ainsi à identifier les facteurs contrevenant aux objectifs initiaux de solidarité portés par certains élus et à la stabilisation d'une intervention municipale vers les problèmes sociaux de santé (II).

Encadré 2

Méthodologie

Cette étude menée dans le cadre de l'ANR MaRiSa (Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation sociale) découle d'un protocole d'enquête à trois dimensions : le dépouillement d'une revue de presse composée de recensions de quotidiens locaux et régionaux, et de la documentation interne à la Fédération Diversité Proximité Mutualistes (FDPM) ; la conduite de sept entretiens avec différents acteurs du monde de l'assurance : représentants de fédérations de mutuelles, salariés d'organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) et courtiers et, enfin, l'analyse approfondie de quatre études de cas, correspondant à des communes ayant mis en place une mutuelle communale (MC) et où élus municipaux et membres de Centres communaux d'action sociale (CCAS) initiateurs de la démarche ont été rencontrés. Dans un contexte où la mise en œuvre des MC est très variable, la sélection de ces communes ne vise pas la représentativité mais éclaire des déclinaisons-types de MC. Les communes étudiées sont homogènes en termes de taille (entre 2000 et 5000 habitants) et de localisation (même région) mais elles ont souscrit des contrats auprès de différents opérateurs (mutuelle et compagnie d'assurance), en direct ou *via* des associations d'assurés et selon une procédure plus ou moins formalisée (appel à partenariat ou non, comité de pilotage ou non). Leurs noms ont été modifiés par souci d'anonymat.

I. Une action municipale de santé polarisée

La dimension redistributive de l'assurance maladie complémentaire (AMC) est aujourd'hui grevée par la forte segmentation des publics assurés. La généralisation de la complémentaire d'entreprise et la tendance des assureurs à la sélection des « bons risques » ont en effet considérablement dégradé les principes de solidarité guidant la mutualisation entre malades et bien portants et entre actifs et retraités (Dormont, 2010 ; Abecassis *et al.*, 2017). Cette mécanique inégalitaire pose un défi à la puissance publique locale, notamment dans les communes rurales où les élus locaux sont directement confrontés au vieillissement de la population, à l'éloignement des habitants de l'emploi et donc au renoncement de leurs administrés aux soins en raison de restes à charge trop élevés. Le maintien de fortes inégalités sociales de santé, et la facilité avec laquelle l'action municipale peut en partie y répondre par la mise en place de MC, expliquent dès lors l'insertion très rapide du dispositif aux agendas politiques des collectivités locales, de petite taille dans un premier temps.

Face à cette demande de couverture santé municipale, une offre de produits d'assurance se structure rapidement, et *in fine* l'alimente. En effet, les

initiatives précurseuses de quelques municipalités ne tardent pas à résonner comme des opportunités pour les assureurs qui entrevoient le potentiel économique que représente ce marché. L'exemple des MC est néanmoins une parfaite illustration de l'hétérogénéité des pratiques des assurances privées face aux opportunités commerciales ouvertes par la commande publique. En fonction de leur surface commerciale, de leur identité et mode de différenciation sur le marché (non lucratif ou capitalistique) mais également de leur nature (fournisseur en direct ou intermédiaire), les opérateurs optent pour des stratégies de développement différenciées.

Interroger comme le suggère Monneraud « la compétence au-delà des compétences juridiques » (Monneraud, 2011:78), et tenir corrélativement dans l'analyse la variété des demandes d'assurance des municipalités à la pluralité des offres déployées par les opérateurs, nous conduit à définir ce que nous appelons des configurations d'action publique. De cette articulation entre motivations sociales et politiques qui guident le développement des MC, types de produits et modes de distribution constitutifs du marché de l'assurance santé se dégagent trois configurations-types, attestant d'une forte polarisation de l'action sociale municipale.

1.1. Renouer avec les valeurs solidaires du mutualisme : une action municipale citoyenne et engagée

Une première configuration renvoie à la situation de municipalités qui s'attachent à donner à la mutuelle communale un sens politique qui déborde très largement sa seule dimension assurantielle. Dans ce cas, l'accès facilité à la couverture santé complémentaire s'insère dans un ensemble plus large de réflexions sur les inégalités sociales en territoire rural et vieillissant et pose dans le débat citoyen la question de la solidarité devant la protection sociale. À ce titre, l'examen de la genèse des MC informe de demandes d'habitants directement adressées aux élus mais également de la perception par ces derniers de l'échelle municipale comme espace de production de cohésion sociale. Parce que les activités relationnelles y constituent des ressources politiques et que l'espace politique est fortement encadré aux scènes de sociabilités ordinaires (Nicolas *et al.*, 2019), les équipes municipales sont directement informées des besoins de la population et finalement exposées à un impératif d'action en matière sociale. Dans deux des communes enquêtées, c'est en effet sur la requête d'une association locale de consommateurs et à la demande d'un administré que le CCAS décide de mettre en place une MC. Comme l'indique le maire de Saint-Filieux, la MC s'inscrit dans les routines institutionnelles et les savoirs pratiques accumulés en matière de gestion de l'aide sociale (Frinault, Le Saout, 2011) : « C'est un service à la population, on essaie d'améliorer le quotidien, si les gens peuvent faire quelques économies, tant mieux. À notre niveau, on est en

train de construire une maison médicale. On a essayé d'être assez attentifs, l'épicerie solidaire. On va accueillir une famille de migrants dans notre presbytère. »

Parmi les principes que les élus locaux invoquent pour justifier la mise en place d'une MC, c'est le bien-fondé d'une action collective et citoyenne qui transparait. En prenant pour exemple les commandes groupées de fioul domestique initiées par certaines communes, les élus locaux estiment que seule l'organisation des habitants peut pallier les fractures sociales et territoriales. Cette organisation collective est d'autant plus valorisée qu'elle est envisagée comme une opération de revitalisation démocratique. L'emballage médiatique autour de la première initiative de MC, largement encouragé par le calendrier électoral, a en effet contribué à diffuser la démarche citoyenne formalisée par cette municipalité pilote. Les communes qui lui embrayent le pas reprennent ainsi à leur compte la démarche consistant à créer un comité de pilotage multi-acteurs, à l'instar d'Ifiac, où ce comité est composé de « deux élues, d'une représentante en assurance en retraite, de membres du CCAS et d'un citoyen lambda ». Quand cette démarche citoyenne est revendiquée, une première étape consiste à recenser le nombre d'adhérents potentiels et à cerner leurs attentes en termes de garanties et de prix par le biais d'un questionnaire. Ce souci de maîtriser l'élaboration du cahier des charges repose sur une concertation des habitants qui elle-même implique l'enrôlement d'acteurs centraux de la communauté locale. Dans une ville de taille moyenne (5 700 habitants), le comité de pilotage a ainsi rallié les professionnels de santé (cabinets médicaux, centre hospitalier, pharmacies) mais également les infrastructures à caractère social, culturel et récréatif (maisons de quartiers, médiathèques et piscines) pour organiser la distribution du questionnaire.

Ce souci de l'exécutif municipal de présenter la MC comme un projet participatif s'arrime à la volonté de faire du dispositif un outil facilitant l'accès aux soins des personnes les plus précaires. En certains cas, les contrats prévoient la prise en charge plafonnée de la cotisation pour les personnes aux revenus les plus faibles. Des municipalités, souvent de taille conséquente, choisissent par ailleurs de cibler leur projet sur les populations les plus fragiles en leur octroyant une aide financière à l'acquisition de la mutuelle. Cette inclinaison sociale du dispositif dépend grandement du volontarisme du Centre communal d'action sociale (CCAS), dont les modes d'intervention sont très variables selon les communes. À Locmaz, ses responsables ont ainsi prioritairement communiqué auprès des habitants d'une résidence à caractère social et le quart d'entre eux ont souscrit à la mutuelle communale. Le cas des MC donne ainsi à voir des engagements parfois maximalistes de CCAS, y compris dans des communes de taille modeste, qui se dotent de moyens concrets pour accompagner les

populations les plus vulnérables. La mise en place d'une MC s'insère alors dans une offre plus générale de services auprès de personnes en difficulté et d'interventions dans le domaine de la santé publique. Dans l'une des communes étudiées (3000 habitants), elle côtoie par exemple la mise en place d'un atelier numérique destiné aux personnes âgées, l'intervention d'une naturopathe et d'une sophrologue dans le cadre d'un partenariat avec la Mutualité française, le fonctionnement d'une épicerie sociale associative et la tenue d'une permanence bimensuelle pour étudier les problèmes de logement de personnes isolées.

Cette politisation du dispositif se lit également au regard de l'attachement des élus aux principes de solidarité qu'ils jugent constitutifs de

Encadré 3

Un débat critique de la décollectivisation de la protection sociale

À l'initiative de l'association « Nos regards citoyens », une soirée d'information sur les mutuelles communales (MC) est organisée en février 2020 à Vieil-sur-Vicoïn. Ce soir-là, 15 personnes sont réunies dans la salle polyvalente de la municipalité, dont deux correspondantes locales de quotidiens régionaux et départementaux, 11 membres actifs de l'association et deux de leurs conjoints. Cette association, qui se définit comme « un collectif de participation citoyenne », réunit les candidats d'une des deux listes compétitrices aux élections municipales à venir. Ouverte aux habitants de la commune, elle se veut un espace de réflexion sur un programme tourné vers « la transition écologique et sociale au niveau local ». Originaire de cette localité, nous sommes invitée à présenter les dispositifs de MC à l'assemblée réunie ce soir-là. Après un rapide tour d'horizon des acteurs de l'assurance qui proposent des contrats à tarifs négociés, des types de mutualisation, et des caractéristiques des assurés, le débat est ouvert par l'une des participantes, retraitée d'une des compagnies major de l'assurance. Cette dernière pourfend les intentions capitalistes de son ancien employeur et pose ouvertement la question de la responsabilité de la puissance publique et des opérateurs mutualistes dans la décollectivisation de la protection sociale. Elle est appuyée par Antony, enseignant dans une maison Familiale rurale, qui doute de la pertinence pour une municipalité d'être le relais d'opérateurs d'assurance privés. Un commun accord se dégage pour dire que le problème de fond réside dans le déremboursement des soins de l'assurance maladie et le report, sur l'assurance privée, de restes à charge de plus en plus conséquents. Le coût très élevé des mutuelles pour les personnes retraitées est également longuement évoqué et jugé préoccupant pour le pouvoir d'achat de nombre d'entre eux sur la commune. Après une heure d'échanges, les avis convergent finalement pour continuer de sonder les types d'offres qui existent sur le marché et en juger la pertinence sociale et solidaire ; critères qui président au choix de s'engager ou non, en tant que potentielle équipe municipale, dans la mise en place d'une MC.

l'assurance santé. La sélection délibérée d'une mutuelle répond à la volonté de privilégier les opérateurs non lucratifs, davantage perçus comme résistants aux normes dominantes du marché de l'assurance santé. C'est le cas de la ville de Montreuil qui, dans un courrier signé du maire, indique aux habitants que le choix d'« un acteur solide du mouvement mutualiste » a été orienté par trois critères : « ses tarifs, ses valeurs et [...] ses services »⁸. Plus encore, considérant que les « mutuelles de village » font barrage aux grandes mutuelles converties aux méthodes de l'assurance, les équipes municipales les plus militantes proposent une cotisation à prix unique, comme dans le cas de la commune de Caumont-sur-Durance, et réhabilitent ainsi la solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle au fondement de la mutualité. L'observation d'une soirée de présentation des mutuelles communales à Vieil-sur-Vicoïn, commune de 1 700 habitants, offre un exemple éclairant des enjeux politiques que draine le choix d'un organisme assureur et les débats qu'il soulève entre colistiers, en lice pour briguer un mandat municipal (encadré 3).

La teneur des échanges ce soir-là, comme les initiatives précitées, signalent que la mise en place d'une complémentaire santé de village est pensée comme un moyen de consolider l'action sociale municipale sans être réductible à une simple prestation de service de proximité. Pour que l'accès facilité à une meilleure complémentaire santé fasse politiquement sens aux yeux des élus, il doit non seulement être mobilisateur à l'échelle locale mais également poursuivre des principes de justice sociale.

1.2. Souci de la légalité et confiance dans les produits d'assurance standardisés

Toutes les équipes municipales n'investissent pas dans la MC un engagement municipal fort, ni ne questionnent la portée solidaire du dispositif. Au regard des faibles compétences légales dont elles disposent en matière de protection sociale, elles n'y sont d'ailleurs pas incitées. S'agissant d'assurance santé, le champ juridique est même exclusif : les maires ne peuvent pas contractualiser avec les Ocam, ni lancer un appel d'offres pour retenir un organisme complémentaire couvrant les administrés. En revanche, le CCAS, dont le maire est président de droit, peut signer une convention de partenariat avec une association émanant d'un organisme complémentaire. Dans ces conditions, certaines équipes municipales, soucieuses de ne pas déborder de leur domaine de compétence, se tournent vers les offres d'opérateurs qui apparaissent standardisées et plus conformes au cadre réglementaire. Or une particularité de ce marché tient à la présence d'intermédiaires de l'assurance qui ont inventé un modèle original de distribution

8. « Droit à la santé. Une mutuelle communale pour tous les Montreuillois.es et ceux/celles travaillant à Montreuil », 21 septembre 2018.

en créant des associations d'assurés habilitées à signer des contrats de groupe avec les mutuelles. Cette structure associative, outre la transparence juridique qu'elle offre, permet de regrouper les assurés afin de peser dans la négociation tarifaire avec les opérateurs. Faisant rapidement ses preuves, ce modèle, initialement porté par des courtiers membres du groupement Sofraco et incarné dans le dispositif « Ma Commune, Ma Santé » porté par l'association d'assurés Actiom, est repris par plusieurs gérants de sociétés de courtage. On compte à ce jour quatre associations d'assurés œuvrant exclusivement à la mise en place de MC.

Devant la floraison de produits d'assurance proposés aux municipalités, les contrats diffusés par les correspondants locaux d'Actiom ont le mérite de paraître rassurants. D'un point de vue juridique d'abord, les fondateurs de la démarche ont bénéficié d'une solide expertise technique en s'assurant le concours d'« avocats spécialisés en droit public, en droit des assurances, en droit du commerce » également partenaires du réseau Sofraco. D'un point de vue assurantiel ensuite, les courtiers vantent la solidité de leurs produits, qu'ils ont optimisés grâce au retour d'expérience des référents locaux, comme l'un d'entre eux le décrit : « Tous les ans, on a une réunion, et on identifie les lacunes des contrats, par exemple, un niveau souscrit par zéro personne, pourquoi ? » Leur dispositif s'accorde enfin aux recommandations des autorités publiques qui prennent position pour tenter de réguler un marché en pleine expansion. Les alertes portent principalement sur les dangers de compromission des édiles avec des intérêts privés, posture de collusion qui contreviendrait à la neutralité des acheteurs publics. Dans une note adressée aux collectivités locales⁹, l'Association des maires de France (AMF) recommande « la plus grande vigilance » et pose le problème d'éventuels conflits d'intérêts, en cas de liens contractuels entre municipalité et assureur. Selon une même logique d'avertissement, un courrier est adressé par le Préfet de Maine-et-Loire à huit communes ayant délibéré sur l'opportunité de mettre en place une mutuelle communale¹⁰. Une précaution similaire apparaît dans un document produit en 2015 par l'agence spécialisée dans le conseil juridique technique des collectivités locales et la formation des élus locaux des Bouches-du-Rhône. Ces positions d'appel à la prudence, censées éviter toute compromission des élus locaux avec des intérêts privés, ont paradoxalement fait la publicité des associations d'assurés en les présentant comme les plus conformes au cadre légal. Sensibles à ces préconisations, les élus locaux s'y sont principalement référés, ce que reconnaît un référent local « Ma Commune, Ma Santé » : « La tribune de l'AMF a été très bénéfique pour nous. Ils nous ont fait un bon coup de pub

9. A.-C. Bérard-Walsh, « Les aspects juridiques liés à la mise en place de "mutuelles communales" », AMF, 4 juillet 2016, <https://bit.ly/3uFXzVy>.

10. Compte-rendu du conseil municipal de Turquant, octobre 2015.

en disant que notre offre était la moins risquée. Ça a joué comme un label de qualité et c'est vrai que ça nous a permis de verrouiller les choses. » Les municipalités qui franchissent le pas de la mutuelle de village par mimétisme avec les communes environnantes préfèrent alors se reporter vers une solution standardisée et facile à mettre en œuvre ¹¹. Un responsable du CCAS résume en ces termes cette précaution : « On a eu vent de l'initiative d'Ifiac dans la revue *Efficience territoriale*. J'ai contacté la municipalité pour obtenir des infos. J'ai vu ce que ce qui se faisait le plus, c'était "Ma Commune, Ma Santé". Ça m'a paru sérieux. »

La plus-value d'une association d'assurés, considérée comme « indépendante », est régulièrement avancée par les municipalités pour justifier leur adhésion au dispositif « Ma commune, Ma Santé ». Et les courtiers qui déploient le produit l'ont bien compris : ils aiguisent un argumentaire commercial insistant fortement sur l'action d'une association œuvrant uniquement « dans l'intérêt de ses adhérents ». Le partenariat avec plusieurs acteurs mutualistes est également avancé comme gage de neutralité, comme nous le présente le fondateur d'Actiom : « Et c'est ce qui fait notre force, il n'y a pas de compromission. On est indépendant, on a su dire stop à certains partenaires qui n'avaient pas compris le concept fondamental. » Du côté des opérateurs donc, la revendication de paternité de la mutuelle de village « authentique », détournée d'intérêts purement mercantiles, fonctionne comme un enjeu de positionnement sur un marché qui obéit fortement à un processus mimétique (DiMaggio, Powell, 1983).

Du côté des élus, si la prudence les incline à privilégier des solutions portées par des courtiers, ce choix n'est toutefois pas dénué d'exigences sociales et de réflexion sur les critères de solidarité. Le choix laissé aux administrés d'opter entre plusieurs offres relève d'un indérogeable principe de libre adhésion que ne manque pas de souligner les élus rencontrés. De même, la nature des opérateurs avec lesquels travaillent les courtiers, à savoir des mutuelles de taille moyenne et parfois de dimension territoriale, sont pour les élus un gage de crédibilité de la démarche solidaire, qu'obèrent à leurs yeux des sociétés d'assurance privées ou des organismes de complémentaire santé qui s'inscrivent aujourd'hui dans une visée purement marchande. Enfin, le choix de la solution de courtage est conditionné à des attentes explicites formulées par les équipes municipales, dont la disponibilité et l'intervention auprès des personnes en difficulté font partie. Conformément à ces attentes, les courtiers se présentent comme des assureurs de « terrain » et font valoir leur qualité relationnelle et leur fibre sociale. Se montrer à l'écoute, parler simplement, être à la portée de tous et

11. Telle est l'ambition du dispositif « Ma Commune, Ma Santé » qui se présente comme un kit d'options avec « 4 contrats groupe, et jusqu'à 10 niveaux de garanties, pour répondre aux attentes de chacun » et des « solutions personnalisées (prestations modulables au sein d'une même famille, garanties obsèques...) ».

toutes, donner de son temps, sont autant de qualités attendues d'un prestataire de mutuelle communale auxquels ils répondent :

« Nous sommes là dans l'accompagnement pour leur permettre de bénéficier de prestations : une lecture de leur grille de prestations, c'est extrêmement complexe, on leur explique comment faire pour être remboursé, vous avez perdu votre carte de mutuelle, on va vous aider à en avoir une autre. Mon mari est décédé : comment ça se passe ? Et ça, les gens en ont besoin, et ce n'est pas les gens aisés qui en ont besoin, c'est vraiment les petites gens, des gens qui sont au-dessus de certains minima qui n'ont jamais eu besoin de personne mais qui ont de plus en plus de mal à s'en sortir (...). »

Pour ne pas être suspectés d'une prise de marché intéressée, les courtiers donnent également à voir leur engagement aux côtés des plus démunis. D'abord, ils estiment pallier le défaut d'orientation des personnes éligibles aux aides à la complémentaire santé (ACS, CMU-C) en aiguillant leurs bénéficiaires vers l'accès au droit. Ensuite, ils entreprennent un travail de fond pour faire de la mutuelle un outil d'éducation à la maîtrise des frais de santé en incitant en particulier les patients à choisir les médecins qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Pour lutter contre les dérives tarifaires liées à l'autonomie des professionnels de santé, le fondateur d'Actiom n'hésite pas à faire la promotion des réseaux de soins que portent les mutuelles partenaires de l'association lors des rendez-vous avec les particuliers : « On va expliquer qu'il existe des réseaux de soins par exemple, si vous allez chez tel opticien plutôt que tel autre, même si ça fait 50 ans que vous allez chez celui-là, ça fait 50 ans que le gars il marge comme un cochon. Donc si vous allez dans le réseau Kalixia, Itelis de notre partenaire Pavillon, dans le réseau Carte blanche, et bien vous pouvez avoir des remises jusqu'à 40 % sur le coût réel de vos lunettes. » Enfin, certains entretiennent une image de bienfaisance, à l'instar de l'association d'assurés Mandarine qui dispose d'un fonds de soutien dans des projets caritatifs d'aide aux enfants hospitalisés ou de lutte contre le cancer du sein.

1.3. Un investissement social à moindre coût : une aide à la complémentaire santé d'inspiration libérale

D'inspiration plus libérale, la dernière configuration d'action publique retient principalement de la MC qu'elle est un dispositif facile à mettre en œuvre et budgétairement indolore. Cet attrait des élus pour une action sociale qui ne réclame qu'un maigre investissement temporel et financier est résumé dans l'aveu d'un des maires interrogés : « Ça ne demande pas beaucoup de boulot, ça ne coûte pas cher, ça ne peut qu'être intéressant ! [rires] ». Dans la mesure où les recommandations des autorités politiques n'insistent que sur la légalité du partenariat entre pouvoirs locaux et

assurance privée, sans dégager de principes structurants concernant les critères de solidarité autres que ceux des « contrats responsables »¹², certains élus s'orientent vers un engagement politique *a minima* laissant alors de côté l'interrogation sur la portée solidaire du dispositif et sur le fonctionnement du marché qui le soutient. Dans ce cadre, mettre en place une MC s'apparente à une politique symbolique « dont l'essentiel ne consiste pas à agir, mais dire, à faire savoir et croire que l'on agit ou que l'on se préoccupe d'agir » (Jobert, Muller, 1987).

Cet investissement mesuré dans la mise en œuvre du dispositif vient bouleverser la hiérarchie des actions menées auprès de personnes en difficulté sociale dans l'activité municipale, généralement déclassées au vu de la charge qu'elles génèrent (De Certaines, 1994). À l'inverse, la mise en place d'une MC est fortement appréciée des maires qui peuvent en tirer des rétributions symboliques immédiates. La MC participe en effet à l'affichage d'une vitrine sociale indispensable à la construction d'une carrière politique et d'une éligibilité, notamment en milieu rural (Frinault, Le Saout, 2011). Le trophée « de la Solidarité » décerné au maire de Mornant par l'Association des maires du Rhône en 2015 pour la mutuelle qu'il a mise en place dans sa commune cette même année signale que la rhétorique du dévouement et de l'attachement au territoire demeure un attribut incontesté de la légitimité politique des élus ruraux, qui doivent par ailleurs se montrer capables de mener des projets en matière d'action sociale (Vignon, 2016).

Ainsi, dans plusieurs des communes enquêtées, les gouvernants locaux manifestent leur préoccupation pour des questions de santé sans que leur compétence à traiter des problèmes sociaux ne renvoie « à une qualification, un savoir-faire, fondé sur l'idée d'une connaissance qui permet de gérer l'action » (Monneraud, 2011) dans le domaine de la santé. Ainsi, prudente et mesurée sur son degré d'implication, une adjointe aux affaires sociales insiste sur leur rôle minimaliste de « trait d'union », de « facilitateur », de « relais d'information » de la municipalité. Cette position d'intermédiaire censément « neutre » conduit pourtant les communes à arbitrer en faveur de l'opérateur qui propose la formule jugée la plus souple. Ainsi, par comparaison avec la commune voisine qui « s'est lancée avec un cahier des charges » et dans « une manœuvre qui était difficile », à la Chapelle-Mongant, l'adjointe aux affaires sociales se félicite de la simplicité de la démarche : « Ça été assez rapide. J'ai beaucoup lu sur Internet et Axa qui proposait du cas par cas m'a semblé plus intéressant. » La municipalité ne souhaitant pas s'engager dans

12. Pour être responsable, un contrat de complémentaire santé doit respecter un cahier des charges comprenant des garanties planchers (minimales) ainsi que des plafonds de garanties applicables à certains postes de soins (optique, dépassements d'honoraires, aides auditives). Un contrat responsable est avant tout un contrat « solidaire », c'est-à-dire qu'il ne requiert aucun questionnaire médical et que les cotisations des garanties d'assurance maladie ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

un appel à partenariat qui supposait *a minima* de lister quelques critères de sélection, c'est alors la compagnie d'assurance pressentie « qui a donné le nom d'autres organismes proposant une gamme communale ».

Cet engagement minimal peut enfin être qualifié de libéral dans la mesure où les élus reprennent à leur compte des messages commerciaux qui insistent sur la dimension individuelle de l'assurance, ajustée au cas par cas. Cette vision est notamment perceptible dans les avantages que la compagnie d'assurance Axa martèle : la société offrirait des tarifs inférieurs de 30 % à ceux pratiqués habituellement et l'assuré resterait libre de sélectionner selon ses besoins un niveau de garanties parmi plusieurs proposés. Ainsi, à la Chapelle-Mongant, après un rapide tour d'horizon des concurrents suggérés par la compagnie elle-même, la société est retenue au motif que son offre « laisse les gens libres de choisir le montant qu'ils voulaient ». Finalement, comme dans la politique de gestion déléguée de l'eau, telle qu'elle a prévalu avant que de nombreuses villes ou territoires reviennent en régie publique, ou mènent une réflexion sur ce sujet, la légitimité de l'intervention privée dans un champ du service public résulte d'un contrat présumé équilibré où « les deux parties trouvent un cadre pour satisfaire, l'une à ses exigences de rentabilité, et l'autre à sa capacité de faire valoir et de défendre l'intérêt général » (Defeuilley, 2014).

Cette adhésion à une liberté d'action et à un dispositif qui doit rester souple se corrèle toutefois à une exigence, explicitement posée par les élus locaux, de disposer d'un conseiller dédié qui s'engage à tenir des permanences régulières sur la commune. Parce que la MC est pensée comme un service de proximité proposé aux habitants, compensatoire à la disparition des services publics en milieu rural, il est convenu qu'en y adhérant, les assurés bénéficient de conseils et d'échanges avec des interlocuteurs régulièrement présents sur la commune. Dès lors, si les MC ne concourent pas à l'unification des pratiques assurantielles, qui demeurent disparates tant en termes de calcul de primes que de mutualisation, elles obligent les opérateurs à aligner leur discours commercial sur l'image de l'assureur de proximité, défendant ainsi un modèle d'accompagnement social, notamment auprès des personnes âgées, comme le revendique un agent général d'Axa : « On met en place aussi un système de proximité, chose qui disparaît petit à petit, aujourd'hui on n'a plus qu'un numéro de téléphone sur une plateforme, nous on a des permanences dans les CCAS. » Le nombre croissant de communes aujourd'hui partenaires de la compagnie s'explique dès lors par sa capacité à non seulement démarcher les communes, mais également à assurer cette politique de présence. Son important maillage territorial, lequel repose sur un dense réseau d'agences locales, mais également sur un effectif de force de vente conséquent, la dote d'une longueur d'avance commerciale, notamment en milieu rural. Faute d'être évalué sur la qualité

de ses prestations (voir *infra*), l'opérateur est dès lors jugé sur sa démonstration d'assiduité. Et cet ancrage sur le terrain est d'autant plus nécessaire que les équipes municipales y sont regardantes. Ainsi, c'est parce qu'elle estime « [avoir] perdu en relationnel » avec la référente locale d'Actiom que l'équipe municipale d'Iffac résilie sa souscription au programme « Ma Commune, Ma Santé » et cède la place à un nouvel assureur.

Faute de disposer d'une grande latitude pour définir leur intervention, dans un domaine où leurs compétences sont limitées et où les solutions qui s'offrent à elles sont très variées, les équipes municipales bricolent une politique de santé faite de compétences techniques fraîchement acquises, d'ajustement à une population locale variablement mobilisée et d'apprentissages par mimétisme. Le cas des MC est en cela illustratif de la manière dont les communes affirment leur rôle en matière d'action sociale en testant des formules innovantes qu'elles investissent plus ou moins d'une intention solidariste et collégiale. Ni la couleur politique des élus, ni la taille ou la localisation de la commune n'apparaissent déterminants dans les choix qui sont opérés. L'historicité de la politique sociale de la commune, la capacité des dirigeants communaux à s'engager dans une expertise de dossiers, ainsi que l'habitude d'engager des projets impliquant les habitants expliquent la plus forte propension des municipalités à doter la MC d'objectifs politiques généraux, tels que la promotion de la santé publique ou la participation citoyenne. Même lorsque l'engagement des élus est minimal, dépendant de la seule bonne volonté mayorale ou limité par le souci de cadrer aux recommandations réglementaires, le choix de dispositifs tantôt « clef en main », tantôt souples, implique des élus qu'ils donnent des gages de disponibilité et de proximité à leurs administrés. Au-delà des expérimentations multiples qui sont faites de la MC, c'est la difficulté des dirigeants locaux à garantir la pérennité d'une municipalisation de la protection sociale que ce dispositif de soutien pour l'accès à la couverture santé souligne. Faute de moyens financiers qui y sont pleinement dédiés, et à défaut d'avoir pleinement la main sur les dispositifs d'assurance qui demeurent privés, la politique d'assistance municipale naissante est balbutiante.

II. Les mutuelles communales, une action municipale bricolée et peu pérenne

En France, le transfert des dépenses de santé de l'assurance publique vers l'assurance privée se couple à un fort encadrement de la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie complémentaire (AMC), laquelle fait l'objet d'une forte réglementation (*via* notamment les contrats « responsables ») (Batifoulier *et al.*, dans ce numéro). Le cas des mutuelles communales (MC) pose à nouveaux frais la question des formes d'inter-

pénétration entre assurance privée et action publique en matière de régulation d'assurance maladie complémentaire et conduit à discuter « l'hétéronomisation » de l'action publique qui abandonne son pouvoir d'orientation des transactions marchandes (Ansaloni, 2017). En effet, bien qu'investie d'une forte charge symbolique, dans la mesure où elle est perçue à la fois comme rempart à la fragmentation des solidarités, comme paravent à l'effondrement des services de proximité et comme tremplin aux formes localisées d'organisation citoyenne, la MC est également le témoin de la difficulté de l'action publique assistancielle à se départir du marché local de l'assurance et des réseaux d'interconnaissance qui le constitue mais également à contrôler la dimension sociale et la pérennité économique des dispositifs d'assurance qu'elle contribue à mettre en place.

II.1. Des municipalités sous influence : fidélité à l'opérateur local et interconnaissance

La rapide floraison d'offres de complémentaires santé communales place inévitablement les assureurs en situation de forte concurrence pour la diffusion de leurs produits et dans une posture de démarchage commercial soutenu auprès des maires. Les rassemblements institutionnels d'élus locaux, notamment le salon des maires et des collectivités locales, sont un canal publicitaire convoité par les assureurs et plusieurs d'entre eux y tiennent un stand. C'est toutefois la présence sur le terrain, directement auprès des communes, qui s'avère la stratégie la plus payante. Entre élus locaux et assureurs, c'est alors un « rapport d'échange » (Pollard, 2018) qui se constitue, c'est-à-dire un système complexe d'obligations mêlant fidélité à l'opérateur local, relations d'interconnaissance et dépendance réciproque aux ressources des uns et des autres. La genèse de l'offre « Ma Commune, Ma Santé », rapportée par son fondateur, témoigne de ces relations stabilisées entre pouvoirs publics locaux et acteurs privés : « Je suis courtier en assurance et un élu avec lequel j'entretenais de très bonnes relations, le maire de Castigues les Pins, m'avait posé la question. Et on a réfléchi. » De son côté, le gérant de la société de courtage « Driac Santé » s'est appuyé sur les partenariats antérieurs noués avec les employeurs des collectivités locales pour la diffusion de contrats labellisés aux agents territoriaux afin de promouvoir son offre communale.

Pour obtenir l'adhésion d'une équipe municipale, ce sont des stratégies entremêlées – affectives, économiques – que déploient les acteurs privés. L'habitude consistant pour les conseillers ou courtiers à démarcher leur propre commune et celles avoisinant leur lieu d'habitation enserme les élus dans un système de contraintes interpersonnel. Y compris pour les mutuelles ayant signé la charte « Ma mutuelle de village », prescrivant la formation d'un comité de pilotage citoyen, le déploiement de l'offre repose dans

certains cas sur des marques de loyauté héritées du paternalisme industriel. Ainsi, c'est en faisant valoir son capital d'autochtonie et son magistère moral d'ancien chef d'entreprise que le président de la Mutuelle catalane convainc les maires de souscrire à son programme d'assurance : « Je suis catalan, j'étais dirigeant d'une grosse coopérative d'approvisionnement agricole, donc je connaissais la plupart des maires du département... Et puis je mets en avant l'identité catalane, ça aussi ça permet de temps en temps de débloquer, de faire en sorte que les gens viennent vers nous. J'ai plusieurs maires qui ont été des salariés, je les connais quoi ! » Des rapports d'allégeance syndicaux et politiques peuvent également influencer le choix de l'opérateur. Dans plusieurs communes du sud Morbihan d'obédience communiste et ouvertement marquées par l'empreinte cégétiste, la mutuelle choisie pour déployer le dispositif de complémentaire santé auprès des habitants est elle-même le produit de l'héritage cégétiste. La chargée de développement nous explique que l'appartenance syndicale demeure un critère de sélection des salariés de la mutuelle et, réciproquement, que « c'est grâce à eux [aux syndicalistes élus au conseil municipal] qu'on [la mutuelle] rentre. »

L'opacité du processus de sélection des opérateurs est renforcée quand une relation de proximité existe entre élus locaux et assureurs. Le fondateur de l'association d'assurés Armorik Santé Prévoyance constate que la crainte de faire de l'ombre à l'assureur local est régulièrement avancée par les équipes municipales comme motif de refus au développement de son produit : « Groupama, Crédit mutuel de Bretagne, qu'est-ce qu'ils vont dire ? » ; conflit d'intérêt également repéré par le référent local d'Action : « Quand ça ne prend pas, que le nombre de souscripteurs ne décolle pas, j'ai pour habitude d'aller faire un petit tour à la mairie. Là je me rends compte qu'aucune communication n'a été faite, les supports publicitaires ne sont pas affichés ou à peine lisibles. Et en fait en creusant, j'apprends que l'un des fils de l'adjoint est assureur dans le coin et on ne veut pas lui faire de l'ombre. » Afin d'éviter toute querelle diplomatique, certaines municipalités font la part belle aux assureurs implantés localement, notamment parce que leur agence a pignon sur rue dans la commune, ou que les agents généraux et conseillers sont des personnes connues localement. Dans une des communes ayant travaillé un an à la formalisation d'un cahier des charges, ayant mobilisé pour ce faire un groupe de travail, et ayant auditionné huit mutuelles et sociétés d'assurance, ce sont finalement les deux assureurs locaux qui ont été choisis. La référente du comité de pilotage concède pourtant que l'une des offres retenue « n'était pas la plus intéressante » mais que la notoriété locale de l'assureur a primé sur la qualité de l'offre. Enfin, cette fidélité à l'assureur local contraint non seulement l'implantation d'opérateurs concurrents mais enraye également le développement territorial de

leur offre. À ce titre, et conformément au zonage tarifaire pratiqué par les Ocam, le référent local « Ma Commune, Ma Santé » précise qu'il lui est plus facile de s'implanter dans les communes côtières qu'en zone rurale ¹³, où l'assureur local propose « une offre qui est bien conçue, qui est bien équilibrée en termes de prestations » et où « c'est compliqué de le déloger ». Au final, loin de traduire une capture de l'action sociale par des acteurs privés, cette relative souplesse dans la sélection des opérateurs signale bien plus une remise de soi du politique aux acteurs économiques, semblable à une forme d'adhésion passive à la tutelle bienveillante de l'assureur.

II.2. Un projet social difficile à tenir sur la durée

À l'instar des programmes de lutte contre la pauvreté où la définition de critères d'éthique légitime l'intervention et le profit des acteurs économiques (Bruneteaux, 2008), les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) labellisent le bénéfice social de la vente d'assurance complémentaire aux municipalités. L'entreprise de certification n'est dès lors pas comparable à un instrument indirect de sélection des acteurs économiques sur la base de standards toujours plus exigeants (Bergeron *et al.*, 2014), mais procède d'une stratégie de différenciation directement orchestrée par des assureurs placés en situation de concurrence. À la lecture de l'extrait de charte codifiant « l'éthique » de « Ma mutuelle de village », on comprend que le label vise explicitement à rappeler la différence mutualiste : « “Ma mutuelle de village” va au-delà d'un simple produit d'assurance. (...) La proximité de la mutuelle avec les adhérents à une mutuelle de village ne doit pas être un euphémisme. Le lien social, l'écoute et la résolution des problématiques liées à l'accès aux soins constituent, tout autant que les cotisations et garanties, un service de proximité et d'accompagnement au quotidien des adhérents. »

Directement inspirée de ce protocole d'action, le dépôt du label « Ma mutuelle de village » à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI) par la Fédération Diversité Proximité Mutualistes (FDPM) entend préserver la pureté de la démarche citoyenne devant la prolifération d'offres jugées bien moins regardantes sur le plan social et politique. Cette accréditation vise, selon les termes du président de la fédération, à donner à la MC « une dimension d'ordre socio-politique plus que commerciale » et à « pousser en sous-main les citoyens à s'organiser ». En effet, le label modélise une procédure d'application pointilleuse en préconisant la constitution

13. La tarification dépend du lieu de résidence et prend donc en compte la variabilité de la consommation de soins ou de leur prix selon la zone géographique de l'assuré. Dans la région étudiée, l'arrivée de retraités aisés dans les zones littorales a contribué à augmenter le coût des soins : les dépassements d'honoraires y sont fréquents et élevés. À l'inverse, dans les territoires intérieurs plus ruraux, la présence de spécialistes est plus rare et les tarifs de mutuelle santé y sont donc moins importants.

d'un comité technique (qui rédige le cahier des charges après passation d'un questionnaire aux habitants) et le suivi du dispositif par un comité de pilotage (composé d'élus, de professionnels de santé et de représentants d'associations).

Parce qu'il s'imbrique à des valeurs qui singularisent les petites mutuelles sur le marché – prime unique et proximité –, le dispositif « Ma mutuelle de village » permet à ces modestes structures de maintenir une audience locale ¹⁴. Exclues du marché de la complémentaire d'entreprise, faute d'avoir les épaules suffisamment larges pour répondre à de gros appels d'offres, les petites mutuelles envisagent en effet les MC comme une manière de consolider leur position économique de plus en plus fragilisée par les contraintes fiscales et prudentielles. À noter également que le développement des MC a déclenché de fortes controverses politiques au sein du champ mutualiste permettant aux défenseurs de « petites mutuelles » de dénoncer ouvertement les orientations politiques prises par la Fédération nationale de la mutualité française, instance de gouvernance mutualiste la plus influente du secteur. C'est en effet non sans véhémence que le président de la FDP, dans une lettre ouverte publiée en décembre 2016, impute à son homologue la responsabilité « du sabotage de la solidarité intergénérationnelle qui a provoqué tant de dégâts ». Cette prise de position publique fait suite à l'accusation inverse adressée aux MC de contribuer à une nouvelle « segmentation de la population ». Médiatiquement et politiquement, les MC fonctionnent donc comme un support permettant aux fédérations minoritaires de se réhabiliter symboliquement dans le champ, en plaidant notamment pour un retour aux valeurs originelles du mutualisme. Dans des interviews à la presse, le président de la Fédération nationale indépendante des mutuelles n'hésite pas à comparer les MC aux sociétés de secours mutuels créées au XIX^e siècle. Convictions reprises par le président de la FDP, qui voit dans ce dispositif « un élément d'affirmation et de reconquête de la mutualité ». Cette valorisation incantatoire des fondements solidaires de la mutualité s'accompagne de la promotion de modèles organisationnels jugés à contre-courant de ceux de mutuelles qui se comportent comme des structures capitalistes. D'après le président de la Mutuelle catalane, la pérennité des mutuelles de village est indissociable d'un modèle économique privilégiant la sobriété et « la diminution au maximum des frais de gestion ». Assurer la couverture de la population fragile et aux moyens financiers réduits tout en maintenant l'équilibre technique des contrats n'est à ses yeux possible que par une mise en retrait de l'environnement compétitif qui pousse à des dépenses publicitaires exponentielles :

14. Promesse tenue si l'on s'en tient aux chiffres indiqués par le président de la Mutuelle catalane qui estime que les assurés de la MC représentent aujourd'hui près de 30 % de leur portefeuille (70 communes partenaires, 3 000 adhérents).

« Nous, on ne fait aucune publicité, on ne dépense pas un sou de publicité. On n'a pas de bateau, de stade, pas d'équipe cycliste. »

Toutefois, quand elle est mise à l'épreuve de la pérennité des dispositifs, la plus-value sociale et solidaire du modèle mutualiste ne tarde pas à s'étioler. Dans plusieurs des municipalités concernées par « Ma mutuelle de village », l'engouement initial des équipes municipales résiste mal à l'épreuve du temps, soit que le contrat peine à se déployer, faute de relais informationnels auprès des habitants, soit que l'équipe qui coordonne le suivi du dossier donne des signes d'essoufflement. Rencontrée à l'occasion d'une permanence qu'elle tient mensuellement à Ifiac, une chargée de développement de mutuelle nous prend à témoin de la négligence de la commune, pourtant initialement motrice, à maintenir la dynamique, ce dont témoigne la mise à disposition d'une salle froide, peu lumineuse et sans connexion Internet. De surcroît, il arrive que des collectivités retiennent plusieurs opérateurs, jusqu'à quatre, pour composer avec les susceptibilités des assureurs locaux mais également se départir de tout conflit d'intérêt. Ce multi-partenariat, au-delà de complexifier l'accès aux dispositifs, sape les avantages escomptés de la mutualisation. Cette dispersion des adhésions vaut également dans les cas où, devant le constat d'échec de déploiement d'un contrat, les municipalités sollicitent un nouvel assureur. C'est le cas d'une commune de 1 800 habitants où après deux années de fonctionnement, et bien que la représentante de la mutuelle se soit attachée à organiser des rendez-vous à domicile auprès de personnes âgées isolées, estimant en cela jouer un rôle « d'assistante sociale », seule 16 personnes ont adhéré au contrat ; un effectif jugé insuffisant par le conseil municipal. Afin de relancer la campagne d'adhésion, le conseil a dès lors requis la mise en place d'une nouvelle mutuelle communale et signé une convention avec un second organisme. Or cette ouverture, outre qu'elle a suscité le courroux de la mutuelle en place, a conduit au transfert de quatre des assurés vers le nouvel opérateur, sans que le nombre global d'assurés n'ait depuis augmenté.

Enfin, si l'action municipale équivaut à un travail de tri que nombre d'administrés n'auraient pas réussi à faire aussi bien seuls, et qu'elle leur épargne des frais individuels d'acquisition, elle les laisse parfois dans une position de face-à-face avec l'assureur. Comme le résume un inspecteur d'Axa, « la relation commerciale » s'installe dans un contexte où la légitimité sociale de l'assureur est créditée par les pouvoirs publics. La tentation est alors grande pour les opérateurs multi-risques, en premier lieu les compagnies d'assurance, de faire de la mutuelle communale un produit d'appel pour vendre d'autres prestations. En outre, l'entrée à perte sur ce marché de niche n'est tenable que parce que le public de souscripteurs, principalement des personnes retraitées aux revenus modestes, est peu prompt à la

résiliation. Le public-cible est donc une population captive, ce qu'affirme l'un des courtiers rencontrés : « Il y a très peu de résiliations, sauf décès. Au-delà de 60 ans, ils ne se prennent pas la tête. » Sans réel garde-fou, le recours aux opérateurs d'assurance pour garantir un meilleur accès à la complémentaire santé peut finalement mettre en danger les plus vulnérables, qui se retrouvent directement exposés à des stratégies commerciales auxquelles les pouvoirs publics ont donné leur caution.

II.3. Une pérennité économique compromise ?

À la différence de contrats collectifs d'entreprise ou de la fonction publique, et faute de cadre de négociation collective institué, la municipalité n'a pas de lisibilité sur l'économie générale du contrat et n'est donc pas en mesure de le piloter. Ainsi, à l'instar des systèmes d'aide à la personne, les capacités limitées des pouvoirs publics à contrôler la qualité des produits ou à sanctionner le prestataire en cas de mauvaise performance résultent d'un manque d'informations (Bode, 2007). Les données manquent aujourd'hui pour évaluer la réalité des évolutions tarifaires des contrats, bien que les détracteurs des MC affirment que les cotisations ont nettement augmenté. Nos interlocuteurs n'ont pas démenti cette dégradation de l'équilibre technique, notamment ceux concernés par les associations d'assurés. Armorik Santé Prévoyance a ainsi dû résilier la convention de partenariat avec une mutuelle qui « n'a pas pu tenir ses engagements » tarifaires. Le président de l'association d'assurés Mandarine concède de son côté que « les résultats n'étaient pas très bons les trois premières années » et que la mutuelle partenaire « a fait un chèque assez important au début pour aider ». Le rapprochement et la fusion d'opérateurs dans des grands groupes de protection sociale rend également plus délicat le travail de négociation tarifaire avec les partenaires mutualistes, ce dont témoigne l'un des courtiers rencontrés : « Mais les partenaires, eux, ont des réalités économiques, qui font qu'à un moment donné il faut augmenter parce que les équilibres sont difficilement assurables. On a une de nos mutuelles qui vient d'être absorbée par Malakoff Mederic, c'était une mutuelle de moyenne importance, indépendante, aujourd'hui on n'a plus les mêmes interlocuteurs et c'est beaucoup plus complexe. Aujourd'hui, on a un mastodonte avec qui on doit discuter et c'est beaucoup moins aisé, moins souple et plus rigoureux avec du bon et du moins bon. »

Notre appréciation de la viabilité des contrats porte toutefois moins sur l'analyse des niveaux de cotisation que sur la difficulté à concilier les deux objectifs recherchés par les MC – du social à faible coût. Cette optique nous invite à considérer la contrainte en termes de mutualisation des risques pour les assureurs. Si, en rassemblant les adhérents des différentes communes signataires du programme « Ma Commune, Ma Santé », l'objectif visé par

L'initiateur d'Actiom « est de recréer petit à petit un système de solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle », ce qui le conduit à prétendre aujourd'hui « gérer une petite mutuelle, de plus de 30 000 adhérents de tous types, des agents territoriaux, des chefs d'entreprise, des contrats fiscalisés Madelin ¹⁵, des seniors », les facteurs de réussite de ce dispositif sont paradoxalement ce qui constitue sa fragilité. Les produits de MC développés par les associations d'assurés sont en effet travaillés par deux tensions constitutives à leur développement. D'un côté, il faut qu'ils répondent à la demande de non-compromission des élus locaux tout en reposant sur des périmètres de mutualisation suffisamment larges pour convaincre les porteurs de risque de s'engager. C'est cette double exigence qui a poussé Actiom à travailler avec quatre mutuelles. De l'autre, la promesse de la relation de proximité, largement invoquée par les courtiers pour justifier la plus-value sociale de leur action commerciale, est difficile à tenir en pratique, tant ils peinent à assurer une présence continue sur le terrain. Le fort éparpillement et la densité de la structure communale française, de même que la facultativité de l'adhésion à la couverture communale, réclament un exigeant travail de déploiement. À cela s'ajoute le fait que la popularité du dispositif est telle que le courtier référent local ne parvient plus à répondre à la demande : « On a trop d'appels, on ne peut plus suivre. » Alors, pour faire face au volume croissant de demandes et répondre à l'exigence de présence sur le terrain, le référent susmentionné a signé un contrat avec deux mandataires qui s'occupent désormais du suivi du dispositif. Or l'ajout de ce maillon supplémentaire dans la chaîne d'intermédiaires vient peser sur le montant de la cotisation. Enfin, une autre conséquence imputable à la dimension chronophage du dispositif est qu'elle participe au délaissement des petites communes rurales au profit de plus grosses collectivités où assurer des permanences avec des effectifs conséquents est plus aisé pour les représentants d'assurance.

Conclusion

Lors du Salon des maires de 2016, la mutuelle MGC, en tenant une table-ronde intitulée « La mutuelle communale : une fausse bonne idée ? » ¹⁶, synthétise la difficile équation que pose la mutuelle communale (MC) à l'action publique municipale, entre velléité d'accroître les frontières de son champ d'intervention sociale et sous-traitance à un marché de l'assurance santé complémentaire dont elle maîtrise finalement peu les règles. Pensée par les élus de communes en proie à la relégation comme un triple renouveau – des solidarités, du lien social et de la démocratie –, la MC est également

15. Il s'agit d'un dispositif fiscal réservé aux travailleurs non salariés et professions libérales, permettant de mettre en place un contrat retraite, prévoyance, et mutuelle santé.

16. <https://bit.ly/3vJN4Sz>.

convoitée par les assureurs qui contribuent à sa mise en discours comme à son développement. Loin de se résumer à un effet de mode réductible à un simple opportunisme électoral ou commercial, le cas des mutuelles communales constitue une boussole pertinente d'analyse des expérimentations locales compensatoires au désengagement de l'État en matière de politique de santé. Il donne ainsi à voir comment la protection sociale s'insère dans le large spectre de l'action sociale facultative des municipalités qui, basée sur l'innovation et l'expérimentation, tente d'apporter des solutions complémentaires aux dispositifs d'aides publiques existants (Löchen, 2018).

S'engager pour une municipalité dans une démarche facilitant l'accès à la complémentaire santé des administrés réclame de tenir des objectifs difficilement conciliables. D'un côté, les élus locaux prennent le relais de systèmes de solidarité nationaux érodés en renouant avec des dispositifs d'assistance sociale historiquement constitutifs de leur champ d'action. De l'autre, ils tentent, sans grand renfort de moyens techniques et financiers, d'organiser la gestion publique du marché – plus concrètement, l'organisation de la concurrence entre opérateurs d'assurance (petites mutuelles, courtiers, grandes compagnies), le choix des types de contrat (standardisé, labellisé, individualisé, etc.) et l'attention aux caractéristiques des assurés (âges, statuts, etc.). De l'articulation variable de ces objectifs naissent des configurations d'action publique polarisées allant de l'action volontariste d'équipes municipales désireuses de rebâtir des solidarités organisées en s'appropriant les valeurs et le langage de la mutualité, à l'action plus distanciée d'élus à la recherche d'une action sociale à faible coût et politiquement rétributrice. Au final, l'essaimage de la protection sociale dans les territoires suit des logiques propres à leurs caractéristiques historiques, politiques et démographiques, participe au dévoilement de pratiques informelles dans la gestion municipale de l'action sociale et illustre l'exigence que réclame, tant pour les équipes municipales que pour les opérateurs d'assurance, la poursuite d'une action sociale au plus près des personnes défavorisées.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Batifoulier P., Coutinet N., Domin J.-P. (2017), « Éditorial : la généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer efficacité avec inégalité », *Revue française de socio-économie*, vol. 18, n° 1, p. 13-22, <https://doi.org/10.3917/rfse.018.0013>.
- Ansaloni M. (2017), « Le marché comme instrument politique : le désengagement de l'État dans l'usage des pesticides en France », *Sociétés contemporaines*, vol. 105, n° 1, p. 79-102, <https://doi.org/10.3917/soco.105.0079>.
- Bergeron H., Castel P., Dubuisson-Quellier S. (2014), « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n° 3, p. 7-31, <https://doi.org/10.3917/gap.143.0007>.
- Bode I. (2007), « La nouvelle donne du marché providence », *Retraite et Société*, vol. 51, n° 2, p. 207-233, <https://doi.org/10.3917/rs.051.0207>.
- Bourgueil Y. (2017), « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 1, p. 97-108, <https://doi.org/10.3917/sss.351.0097>.
- Brodiez-Dolino A. (2013), *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS Éditions.
- Bruneteaux P. (2008), « La lutte contre la "grande pauvreté" : un marché ? », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, n° 2, p. 223-233, <https://doi.org/10.3917/rce.004.0223>.
- Clavier C. (2009), « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 2, p. 47-74, <https://doi.org/10.3917/sss.272.0047>.
- Clavier C., Hassenteufel P., Loncle-Moriceau P. (2005), « L'affirmation des politiques sanitaires et sociales urbaines », *Pouvoirs locaux*, n° 65, p. 52-56, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00157777>.
- De Certaines M. (1994), « L'élu local face à l'exclusion sociale », in Fontaine J., Le Bart C. (dir.), *Le métier d'élu local*, Paris, L'Harmattan.
- Defeuilley C. (2014), « Légitimité de l'intervention privée dans un service public. Le renouvellement du contrat des eaux de la banlieue de Paris », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 203, n° 3, p. 48-59, <https://doi.org/10.3917/arss.203.0048>.
- Destremau B., Messu M. (2008), « Le droit à l'assistance sociale à l'épreuve du local », *Revue française de science politique*, vol. 58, n° 5, p. 713-742, <https://doi.org/10.3917/rfsp.585.0713>.
- DiMaggio P.J., Powell W.W. (1983), « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational field », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, p. 147-160, <https://doi.org/10.2307/2095101>.
- Dormont B. (2010), « Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires », *Les Tribunes de la santé*, vol. 28, n° 3, p. 65-74, <https://doi.org/10.3917/seve.028.0065>.
- Frinault T., Le Saout R. (2011), « Communes, intercommunalité et action sociale. Les contraintes d'un changement d'échelle territoriale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 4, p. 114-131, <https://doi.org/10.3917/rfas.114.0114>.

- Guyot J.-C., Hérault B. (2001), *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.
- Jobert B., Muller P. (1987), *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Puf.
- Lafore R. (2004), « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 17-34, <https://bit.ly/3c85kgJ>.
- Löchen V. (2018), « Architecture des politiques sociales », in Löchen V. (dir.), *Comprendre les politiques sociales*, 6^e éd., Paris, Dunod, p. 7-90, <https://bit.ly/3fCkSeQ>.
- Monneraud L. (2011), « Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ? Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé », in Cherubini B. (dir.), *Agir pour la promotion de la santé*, Toulouse, Érès, p. 77-97, <https://doi.org/10.3917/eres.cheru.2011.01.0077>.
- Nicolas F., Vignon S., Laferté G. (2019), « La fabrique (et le travail) du personnel politique rural », *Études rurales*, n° 204, p. 8-20, <https://doi.org/10.4000/etudesrurales.16541>.
- Pollard J. (2018), « Le pouvoir des élus locaux face aux promoteurs immobiliers. La fabrication des politiques du logement », in Pollard J. (dir.), *L'État, le promoteur et le maire*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 137-167, <https://bit.ly/3wLTIYt>.
- Vignon S. (2016), « Des maires en campagne(s). Transformations des répertoires de mobilisation électorale et des registres de légitimité politique dans les mondes ruraux », *Politix*, vol. 113, n° 1, p. 17-42, <https://doi.org/10.3917/pox.113.0017>.

Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ?

Renaud GAY¹

Les réseaux de soins initiés par des organismes complémentaires d'assurance maladie correspondent à des dispositifs de contractualisation avec des professionnels de santé qui visent à réguler le prix de certains actes et équipements peu couverts par la Sécurité sociale et à réduire le reste à charge des assurés. L'article analyse leur formation et leur développement depuis la fin des années 1990 en s'intéressant au système de relations entre organisations dans lequel leur production s'inscrit. De cette manière, il rend compte de l'hétérogénéité des formats et des pratiques associés à ces dispositifs, des contestations dont ils font l'objet et de leur partielle démonétisation à la fin des années 2010 sous l'effet d'interventions étatiques recodifiant les règles d'échange de certains biens de santé. L'article donne ainsi à voir plusieurs modalités d'investissement des opérateurs privés d'assurance dans la réalisation d'un objectif civique d'amélioration de l'accès aux soins des individus.

Lorsque la Sécurité sociale est créée en 1945, le choix est fait de ne pas rembourser intégralement les dépenses de santé des assurés sociaux. Ces derniers doivent s'acquitter d'une part des dépenses, en apparence réduite, qui est censée encourager un recours responsable aux soins et peut, non sans contradiction, être couverte par leur assurance complémentaire facultative. Sous l'effet de plusieurs décisions et non-décisions depuis les années 1970 (mesures de maîtrise des dépenses, accumulation de dispositifs de conventionnement, etc.), ces « restes à charge » ont tendance à s'étendre et à se diversifier (*Revue de droit sanitaire et social*, 2017 ; Tabuteau, 2010). Pour certains biens, le financement de l'assurance maladie devient insignifiant,

1. Chercheur postdoctoral, UMR Arènes – EHESP, associé à l'Ires.

au point d'apparaître pour certains comme une anomalie politique tant cela contredit le principe d'égalité d'accès aux soins au fondement de la protection sociale en France. L'article s'intéresse aux interventions privées et publiques qui, depuis les années 2000, visent à réduire les restes à charge des assurés pour certains de ces biens très mal remboursés comme les équipements optiques, les prothèses dentaires et les aides auditives.

Ces interventions se rapportent en particulier à la mise en place et au développement de plateformes de conventionnement, appelées plus couramment réseaux de soins, qui sont initiées par des organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), aussi qualifiés d'assureurs privés dans le reste du texte. Il s'agit de dispositifs de contractualisation avec des professionnels de santé (opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes pour l'essentiel) qui s'engagent sur le prix, les propriétés et le règlement par tiers payant d'actes et d'équipements et vers lesquels les assurés sont incités à se diriger, parfois par le biais de remboursements majorés. Ainsi, les réseaux de soins sont en général analysés comme un outil de différenciation et de maîtrise des dépenses pour les Ocam dont le contenu des contrats est de plus en plus paramétré par les autorités publiques (Ginon, 2017 ; Kerleau, 2009). Ces réseaux de soins sont aussi vus comme un facteur de rapprochement des différents types d'opérateurs de l'assurance maladie complémentaire (AMC) : mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance. Si leurs modèles économiques (non lucratif ou commercial) et de gouvernance (électif, actionnarial, etc.) sont historiquement différenciés, tous s'investissent dans des activités de contractualisation, avec le soutien de l'État (Ginon, 2015 ; Mougéot, Naegelen, 2018). En somme, les réseaux de soins des Ocam participeraient des dynamiques de marchandisation de l'AMC qui se traduisent dans une mise en concurrence et une homogénéisation de ses opérateurs depuis les années 1990 (Benoît, Coron, 2018).

Cette lecture suggère un développement irrésistible et uniforme des dispositifs de contractualisation que notre approche, au croisement de la sociologie économique et de l'analyse de l'action publique, souhaite interroger. Celle-ci appréhende les réseaux de soins comme un ensemble de règles dont la production et l'évolution sont réinscrites dans un système de relations entre organisations (administrations publiques, Ocam, syndicats professionnels, etc.). Ces règles organisent les échanges d'une série de biens de santé couverts majoritairement par l'AMC. Elles spécifient les produits concernés par l'échange et arrêtent les modalités de fixation de leur prix et de leur remboursement. L'article analyse la façon dont le contenu de ces règles est façonné par les propriétés des organisations (publiques, assurantielles, professionnelles) et par les relations sociales entre celles-ci (Granovetter, McGuire, 1998). La démarche donne ainsi à voir des rapports de tension et de coalition entre des groupes d'acteurs en interdépendance

dont on interroge l'évolution. On questionne alors la contribution de l'évolution de ces rapports à la reproduction ou à la redéfinition des règles d'échange codifiés par les réseaux de soins (Dubuisson-Quellier, François, 2011). Notre questionnement porte plus généralement sur les différentes manières dont les assureurs privés sont amenés à investir un objectif qui est traditionnellement associé à l'assurance publique, à savoir la réduction du reste à charge et l'amélioration de l'accès aux soins des individus.

L'article identifie trois séquences historiques de production et de redéfinition des règles de l'échange associées aux réseaux de soins des Ocam. La première partie montre comment la couverture de l'assurance maladie des dépenses optiques, dentaires et auditives se rétracte et ouvre un espace de régulation aux assureurs santé privés à la fin des années 1990 (I). Ceux-ci développent au cours des années 2000 des réseaux de soins dont la deuxième partie met en évidence l'hétérogénéité et la fragile coalition de soutien (II). Cette situation facilite la remise en cause de ces règles de l'échange à la fin des années 2010 par des acteurs politico-administratifs qui élaborent une codification alternative de ces règles à travers la réforme dite du « 100 % santé » redéfinissant les liens entre assureurs privés, assurance maladie et professionnels de santé (III).

Encadré 1

Sources et méthodologie

On s'appuie sur une enquête qualitative qui combine trois sources permettant de reconstituer la genèse des règles d'échange associées aux réseaux de soins et l'évolution dans le temps de leur codification. Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cadres d'assurance santé privée (dirigeants de réseaux de soins, d'organisations représentatives des Ocam), d'acteurs politico-administratifs (parlementaire et conseiller politique, cadres des administrations centrales de la Santé et de l'Économie) et de responsables associatifs (représentants de patients et de consommateurs). Ce matériau sert à comprendre la perception par ces acteurs des règles d'échange, leur fondement normatif et le travail stratégique que leur production suscite. Ces données sont complétées par une revue de presse généraliste et spécialisée (*L'Argus de l'assurance*, *La Tribune de l'assurance*) concernant les réseaux de soins des assureurs privés et les épisodes réformateurs qui les affectent plus ou moins directement (loi « Le Roux » de 2014, réforme du « 100 % santé » de 2018). Non seulement cette source écrite rend compte de la réception des règles par les différents groupes d'acteurs, en particulier les professionnels de santé, mais elle permet aussi de retracer l'évolution de la définition du problème public du financement des soins optiques, dentaires et auditifs. Celle-ci est en outre appréhendée par l'étude d'une littérature grise de nature administrative et privée (rapports publics, travaux de *think tanks*) qui formalise des diagnostics sur le financement de ces soins peu couverts par l'assurance maladie, ainsi que des solutions d'action publique et/ou privée.

I. Les défaillances de l'assurance publique, espace d'action pour les assureurs privés depuis 1945

Une partie des « dispositifs médicaux », selon le vocable administratif, bénéficie d'une couverture financière résiduelle par l'assurance maladie, comme les lunettes, les audioprothèses ou encore les prothèses dentaires. Cette situation tient aux effets conjugués des règles de remboursement, d'enjeux professionnels et de stratégies des assureurs privés qui nourrissent une « dérive » des tarifs de ces soins de plus en plus couverts par l'AMC (I.1). Cette dérive place ainsi les Ocam dans une situation d'incertitude qui les conduit à mettre en place, par imitation d'autres opérateurs d'assurance, des dispositifs de régulation de prix (I.2).

I.1. La dérive des tarifs des équipements optiques, dentaires et auditifs

La création de la Sécurité sociale en 1945 s'accompagne de la définition d'un ensemble composite de règles de remboursement des produits et prestations de santé qui sont censées organiser une couverture universelle des dépenses de soins. Elles renvoient en premier lieu aux « tarifs conventionnels » négociés par les caisses d'assurance maladie et les représentants de certains professionnels de santé pour la rémunération de leurs actes et le remboursement aux assurés des frais avancés. Si ces tarifs sont opposables aux professionnels concernés ², ce n'est pas le cas des « tarifs de responsabilité » qui s'appliquent à plusieurs équipements comme les montures, les verres optiques, les prothèses dentaires et les aides auditives. Les tarifs de ces équipements peuvent être négociés ou arrêtés par voie réglementaire dans le cadre de la « nomenclature générale des actes professionnels » ou du « tarif interministériel des prestations sanitaires », devenu la « liste des produits et prestations remboursables » en 2000, qui sont fixés par le ministère de la Santé depuis la fin des années 1940 et répertorient les actes et les produits non médicamenteux admis au remboursement par la Sécurité sociale. Les tarifs de responsabilité servent de base au calcul de la part financée par l'assurance maladie, sans qu'ils ne soient nécessairement connectés aux prix réels des produits, comme le rappelle le député gaulliste Jacques Delong au ministre des Affaires sociales en 1968 : « Un malaise apparaît parmi les assurés au sujet de la différence entre le prix réel des verres optiques et le remboursement effectif par les caisses de sécurité sociale. À titre d'exemple, un assuré social a payé récemment des verres optiques 176,10 francs (sans monture) et n'a obtenu que 44,72 francs de

2. Le principe d'opposabilité accepte cependant des exceptions de plus en plus nombreuses, à commencer par la reconnaissance d'un « secteur 2 » à honoraires médicaux libres par la convention médicale de 1980.

remboursement ³ ». L'écart entre les prix des équipements optiques, dentaires et auditifs et leurs tarifs de responsabilité s'amplifie même avec le temps du fait que ces derniers sont rarement révisés. Le cas des montures de lunettes est emblématique. Son tarif est modifié à seulement quelques reprises depuis les années 1950, passant de 13 francs en 1963 à 18,65 francs en 1999 (équivalents à 2,59 francs constants de 1963) ⁴.

La déconnexion des tarifs des équipements de leurs prix réels est d'autant plus forte que plusieurs dynamiques, sans lien direct avec les règles de remboursement, contribuent au renchérissement de ces derniers. Ces dynamiques sont d'abord professionnelles. Elles concernent la démographie et/ou la rémunération de professions de santé contrôlant la distribution de ces équipements mal remboursés par la Sécurité sociale sur lesquels les réseaux de soins des Ocam vont se concentrer. Du côté des chirurgiens-dentistes, dont l'exercice est presque exclusivement libéral, la rémunération des « soins conservateurs » (détartrage, dévitalisation, etc.) est modérée par des tarifs opposables rarement révisés qui sont compensés par des prix élevés appliqués aux actes prothétiques. Ceux-ci représentent 58 % des honoraires moyens des chirurgiens-dentistes en 2008 et sont rémunérés à plus de 72 % par des dépassements sur leurs tarifs de responsabilité (Bellamy, Badara Mbaye, 2013). Ce sont moins les modalités de rémunération des audioprothésistes, salariés pour près des deux tiers en 2015, que la croissance limitée de leurs effectifs qui affecterait le prix des aides auditives. Celui-ci répercuterait des niveaux de salaire élevés découlant d'un déficit de professionnels lié à la faiblesse des capacités universitaires de formation ⁵. La situation est différente pour les opticiens-lunetiers dont le nombre ne cesse de croître en l'absence de mécanisme de régulation démographique (+242 % entre 1999 et 2015). Si cette tendance encourage au cours des années 2000 une modération des prix des équipements optiques, elle se traduit aussi par une diminution du nombre de ventes par professionnel qui est compensée par la réalisation d'importantes marges commerciales (Trevien, 2015).

Les effets de ces dynamiques professionnelles sur les prix de vente des équipements sont accentués par les stratégies des Ocam qui agissent dans un environnement de plus en plus concurrentiel à partir des années 1980 avec la percée d'institutions de prévoyance et de compagnies d'assurance au détriment des sociétés mutualistes dominant jusqu'alors le secteur de l'AMC (Domin, 2021). Ces opérateurs cherchent à se différencier par le

3. « Débats parlementaires de l'Assemblée nationale. Questions remises à la présidence de l'Assemblée nationale », *Journal officiel de la République française*, n° 2, 13 janvier 1968, p. 88, <https://archives.assemblee-nationale.fr/3/qst/3-qst-1968-01-13.pdf>.

4. Arrêté du 4 janvier 1963 portant modification du tarif des articles d'optique ; arrêté du 29 décembre 1999 modifiant le titre II du tarif interministériel des prestations sanitaires et relatif aux lunettes et lentilles de contact, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorfi/id/JORFTEXT000000397629>.

5. « Le marché de l'aide auditive à l'horizon 2016 », Xerfi, 2014, <https://vimeo.com/123461908>.

relèvement de leurs garanties qui solvabilise et stimule le renchérissement du prix des équipements, comme le résume un dirigeant de la Mutualité française, en responsabilité depuis le milieu des années 1990 : « La complémentaire santé a ceci de spécifique que la concurrence se fait par l'augmentation des remboursements et non pas par la maîtrise des remboursements. (...) Les mutuelles considèrent qu'elles parviennent à attirer les clients parce qu'elles remboursent bien les chambres particulières, sans se rendre compte que tout ça fait monter les tarifs et on arrive au problème, aujourd'hui, de l'optique notamment où les prix d'optique ont explosé en France, parce que les complémentaires ont fait cette course au remboursement de l'optique ⁶. » Ce mode de différenciation par le niveau des garanties est d'ailleurs reconnu au début des années 2000 par des experts liés à l'administration sanitaire qui s'attachent à classer les contrats d'assurance en fonction de leur niveau de couverture de certaines prestations (prothèse dentaire, monture et verres, etc.) et dont les réflexions irriguent par la suite plusieurs rapports publics sur la protection maladie ⁷. En plus de certifier ce mode de différenciation, les autorités publiques l'entretiennent par leur absence d'intervention jusqu'aux années 2010 sur le niveau des garanties en matière optique, dentaire et auditive et par la réduction de la participation de la Sécurité sociale au financement de ces soins (encadré 2).

En somme, l'écart entre le prix et le tarif des équipements s'inscrit dans des relations d'interdépendance relativement équilibrées entre professionnels de santé et Ocam qui sont peu affectées par les interventions des autorités publiques et nourrissent une « dérive institutionnelle » des tarifs (Mahoney, Thelen, 2010). Celle-ci signifie que les règles de remboursement restent plutôt stables dans le temps mais qu'une série de changements contextuels (démographie des professions de santé, évolutions de leur rémunération, concurrence entre assureurs privés) modifie leur impact sans que cela ne suscite un ajustement de l'action publique. Ainsi, cette dérive des règles entraîne une baisse du financement par la Sécurité sociale des soins auditifs, dentaires et optiques qui devient résiduel et donne lieu à d'importants restes à charge pour les assurés sociaux. À la fin des années 2000, sa contribution financière est évaluée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à environ 4 % en optique, 14 %

6. Entretien de l'auteur avec un conseiller du président de la Fédération nationale de la mutualité française, 9 janvier 2019.

7. Ce travail de classement des contrats en fonction de leur niveau de remboursement pour certaines prestations est initié par des économistes et statisticiens du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes), devenu l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2004, dans le cadre de l'enquête biannuelle « santé et protection sociale » menée depuis 1988. Leurs conclusions se retrouvent dans le premier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en 2004, avant que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé ne systématise ces opérations de classement dans le cadre de son enquête annuelle auprès des opérateurs de l'AMC réalisée depuis 2002.

Encadré 2

Tarif de responsabilité, ticket modérateur et déremboursement des soins

Le plus souvent inférieur au prix des produits et prestations, le tarif de responsabilité n'est en outre pas entièrement payé par l'assurance maladie. Le tarif est soumis à un « ticket modérateur » désignant la part des dépenses laissée à la charge des assurés sociaux qui peut cependant être financée par l'AMC. Mieux, le mécanisme du ticket modérateur, présent dès 1945 et alors fixé à 20 % des tarifs, est un moyen de garantir un espace d'action aux sociétés mutualistes qui jouent un rôle central dans la couverture des dépenses de santé depuis le XIX^e siècle mais se trouvent écartées du nouveau dispositif d'assurances sociales (Gibaud, 2008). À partir des années 1960, le paramétrage du ticket modérateur est modifié par les gouvernements successifs dans le cadre des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Cette action concerne les équipements optiques et auditifs dont le ticket modérateur passe à 30 % en 1967, 35 % en 1993 puis 40 % en 2011. Pour les prothèses dentaires (couronnes, bridges, dentiers), ce dernier est resté stable à 30 % depuis 1967 mais aucun remboursement public n'est accordé aux implants dentaires, technologie apparue dans les années 1990 et rémunérée sur la base de « tarifs libres ».

pour les audioprothèses et 18 % pour les prothèses dentaires (HCAAM, 2008:76, 2013:109)⁸.

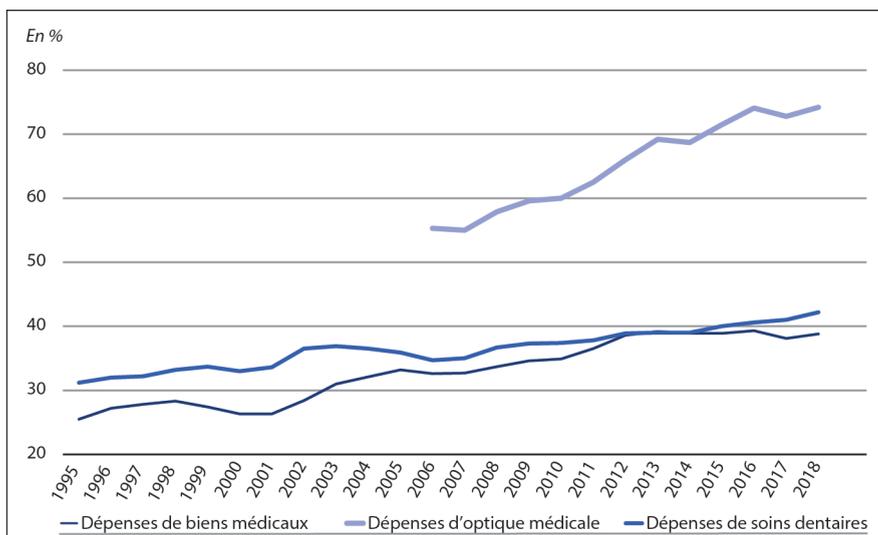
1.2. La mise en place par imitation de dispositifs privés de régulation

La dérive des tarifs de certains dispositifs médicaux a deux conséquences pour les Ocam. Premièrement, ces dispositifs sont de plus en plus financés par l'AMC et représentent donc une part croissante des dépenses des assureurs privés. D'après les comptes de la santé, leur contribution financière aux soins dentaires (conservateurs et prothétiques) passe de 33 à 42 % et aux biens médicaux (optique, prothèses, etc.) de 26 à 39 % entre 2000 et 2018 (graphique 1). La part de ces deux postes dans les dépenses des Ocam s'élève ainsi à 32,5 % en 2010, contre 24,7 % en 2000 (HCAAM, 2013:91). Deuxièmement, cette dérive institutionnelle affecte l'attractivité des contrats des assureurs santé privés dont le prix peut augmenter et/ou les garanties laisser d'importants restes à charge à leurs assurés, en dépit de leur relèvement. En effet, malgré les remboursements de la Sécurité sociale et de l'AMC, les ménages financent directement 40 % des dépenses de prothèses dentaires et 44 % des dépenses optiques en 2006 (HCAAM, 2008:76). Cette situation

8. Les statistiques publiques ne permettent pas de reconstituer sur une période longue la structure de financement de ces dépenses. La part de l'assurance maladie serait cependant relativement stable dans les années 2000-2010 si l'on s'en tient aux données présentées dans les rapports du HCAAM.

pose des difficultés commerciales aux Ocam, comme nous l'évoque un cadre de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) : « En 2006, en gros, enfin justement ce qui remontait du conseil d'administration, là, dans les commissions d'administrateurs : l'insatisfaction des adhérents – mais au même titre que toutes les complémentaires, là, il n'y a pas de spécificité MGEN – sur les remboursements au titre de l'optique. (...) Et donc l'optique, la MGEN avait beau remettre quelques millions au pot tous les deux ou trois ans, en fait quand on regardait la “satisfaction adhérent”, on va dire, c'était toujours pareil ⁹. » En résumé, la dérive des tarifs de certains dispositifs médicaux pose des problèmes à la fois financiers et commerciaux aux assureurs privés qui sont sans certitude sur les actions à entreprendre. C'est alors par imitation d'autres opérateurs d'assurance santé que certains cadres d'Ocam mettent en place dès la fin des années 1990 des dispositifs de régulation des dépenses qu'ils perçoivent comme efficaces (DiMaggio, Powell, 1983). Les sources d'inspiration ne sont toutefois pas, au départ, identiques entre mutuelles et compagnies d'assurance dont les opérations d'imitation sont en grande partie structurées par leurs systèmes respectifs de normes et de valeurs.

Graphique 1. Part des assurances privées dans le financement des dépenses de biens médicaux, d'optique médicale et de soins dentaires (1995-2018)



Note : les dépenses d'optique médicale sont une composante des dépenses de biens médicaux et ne peuvent être isolées qu'à partir de 2006.

Source : <http://www.ecosante.fr/> et <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/> (Drees, comptes de la santé).

9. Entretien de l'auteur avec un responsable projet à la direction du développement de la MGEN de 2005 à 2017, 27 mars 2019.

Ce qui fait référence du côté des mutualistes, c'est la démarche conventionnelle de la Sécurité sociale qui négocie avec les organisations médicales le montant opposable des tarifs de leurs actes. Ce travail d'imitation est porté par des valeurs et des pratiques que les sociétés mutualistes partagent avec l'assurance maladie, en particulier celles de fonctionnaires comme la MGEN. Dans l'univers mutualiste, les mutuelles de fonctionnaires se distinguent en effet par leur adhésion précoce aux principes de la Sécurité sociale qui heurtent les catégories historiques de pensée mutualiste comme la prévoyance volontaire, la neutralité politique et l'entraide locale (Gibaud, 2008). Elles sont en outre pleinement intégrées au fonctionnement de l'assurance maladie à la suite de la « loi Morice » de 1947 qui les autorise à recevoir une délégation de gestion du régime général des agents de l'État. C'est notamment le cas de la MGEN dont les cadres acquièrent alors une expérience de gestion du régime obligatoire les prédisposant à ouvrir des négociations avec des organisations professionnelles pour les soins couverts en tant qu'assureur complémentaire, comme l'explique l'un de ses cadres : « Comme la MGEN est gestionnaire du RO [régime obligatoire] déjà, elle est présente dans pas mal d'instances locales ou nationales, donc, je veux dire, les relations avec les PS [professionnels de santé], c'était un peu... alors natif, c'est pas natif, mais de par son activité professionnelle, elle avait déjà... Elle n'était pas étrangère, voilà, à siéger dans des instances avec les professionnels de santé ¹⁰. » La logique conventionnelle innervait ainsi le « protocole dentaire » de la MGEN dont la démarche diffère des conventions entre mutuelles et opticiens apparues au niveau local à partir des années 1980 dans le but d'instaurer des procédures de tiers-payant et de remise de prix. Conclu en 1996, le protocole est négocié avec les représentants de la Confédération nationale des syndicats dentaires et reste ouvert à tous les chirurgiens-dentistes sans sélection. Élargi en 1999 aux mutuelles constitutives de la Mutualité fonction publique, il fixe des plafonds d'honoraires à un ensemble d'actes prothétiques, pour lesquels leurs adhérents sont mieux remboursés.

La démarche conventionnelle de la Sécurité sociale, adoptée par les mutuelles, est à l'inverse examinée avec défiance dans le monde des sociétés d'assurance où le principe de neutralité actuarielle, qui correspond à l'équivalence entre la prime de l'assuré et ses prestations obtenue par l'estimation statistique des risques encourus, l'emporte et restreint les mécanismes de solidarité. Ce sont des dispositifs de *managed care* développés par des assurances privées aux États-Unis à partir des années 1970 qui inspirent quelques cadres de compagnies d'assurance comme les Assurances générales de France (AGF) et la Caisse nationale de prévoyance (CNP).

10. Entretien de l'auteur avec un responsable projet à la direction du développement de la MGEN de 2005 à 2017, 27 mars 2019.

Le *managed care* désigne un ensemble hétérogène de techniques qui visent à maîtriser les dépenses de santé en agissant sur l'utilisation et le contenu des soins (Pierru, 2007:48-65 ; Hacker, Marmor, 1999). Il peut prendre la forme de contrats d'assurance fondés sur des réseaux de soins qui reconfigurent selon une logique concurrentielle les rapports des assureurs aux professionnels de santé, ceux-là abandonnant leur statut de « payeur aveugle » pour devenir des « acheteurs de soin avisés ». Sur la base de critères économiques et de qualité, les assureurs sélectionnent les professionnels vers

Encadré 3

Les voyages transatlantiques des pionniers des réseaux assurantiels

La circulation du *managed care* se donne concrètement à voir dans des voyages transatlantiques entrepris par quelques cadres de l'assurance à l'origine des premiers réseaux, dont leur figure de proue médiatique, Marianne Binst. Celle-ci se familiarise avec le système de santé étasunien lors de la préparation de sa thèse de sociologie soutenue en 1988 et consacrée à une comparaison de services cardiologiques aux États-Unis, en France et en Suisse, au cours de laquelle elle étudie une année à la Harvard School of Public Health. Elle participe ensuite à la création, au sein du cabinet de conseil français Bossard Consultants, d'un département santé où elle travaille jusqu'à son embauche en 1998 par les AGF. Elle y crée alors une première structure inspirée du *managed care* et appelée « Santé Conseil Service » dont l'activité initiale est limitée à l'analyse de devis optiques pour les assurés, avant de s'engager dans une contractualisation avec des professionnels de santé au début des années 2000 puis d'être à l'origine du réseau Santéclair. Elle est rejointe par Michel Charton, médecin réanimateur féru d'innovations gestionnaires et futur président du réseau d'Axa, Itelis, dans les années 2010. Recruté par Bossard en 1991, il y a approfondi sa connaissance du *managed care* à l'occasion de missions à l'étranger. Avant de rallier les AGF, Michel Charton intègre la CNP en 1996 où il travaille à la mise en place de « Carrés bleus », service d'analyse de devis dentaires et optiques initié par Claire Bodin, par ailleurs à l'origine au début des années 2000 des premiers réseaux dentaires et optiques de Groupama. L'inspiration américaine du service Carrés bleus est encore plus immédiate dans ce cas puisque ce service est construit en référence aux Preferred Provider Organizations (PPO) qu'une équipe de la CNP découvre lors de voyages d'études aux États-Unis auprès de grandes compagnies d'assurance au milieu des années 1990. Les PPO sont des contrats d'assurance adossés à un réseau de soins qui incitent leurs adhérents à consulter les professionnels affiliés grâce à des remboursements majorés. Ils sont moins contraignants que les Health Maintenance Organizations (HMO) dans lesquels les professionnels peuvent être salariés et qui encadrent les parcours de soins des assurés et les privent de tout remboursement pour des consultations hors du réseau (apRoberts, dans ce numéro).

lesquels leurs assurés sont dirigés et dont les pratiques sont encadrées par le biais de mécanismes plus ou moins contraignants (rémunération aux résultats, guides de bonnes pratiques, etc.). Après une première tentative avortée d'importation dans les années 1980 sous l'égide d'acteurs scientifiques, administratifs et politiques en vue d'une refonte complète de la couverture des dépenses de santé (Benamouzig, 2005:389-423), les réseaux étasuniens suscitent l'intérêt de techniciens de l'assurance alors qu'au même moment des mouvements consuméristes et médicaux mettent en cause outre-Atlantique leurs effets sur l'accès aux soins et leur qualité (Pierru, 2007:66-72). Mais l'imitation des dispositifs de *managed care* repose moins sur une efficacité attestée que sur la croyance partagée par ces acteurs assurantiels dans l'inefficacité économique de l'assurance maladie publique, les coûteux comportements stratégiques des professionnels de santé et les vertus régulatrices de la concurrence. Ce sont cependant uniquement les principes et objectifs du *managed care* qui sont importés (encadré 3), le cadre institutionnel français du financement des soins empêchant une fidèle reproduction des contrats d'assurance proposés aux États-Unis où les compagnies offrent une couverture primaire et pas seulement complémentaire (Gay, Sauviat, dans ce numéro).

II. À l'initiative d'assurances privées, le développement de réseaux de soins fragiles et composites au cours des années 2000

Durant les années 2000, le travail des Ocam de production de règles encadrant les échanges de ces biens de santé mal remboursés par la Sécurité sociale gagne en ampleur et en sophistication avec la mise en place de réseaux de soins de grande envergure (tableau 1). Ceux-ci peuvent prendre appui sur les premiers dispositifs de contractualisation et d'analyse de devis et restent traversés par l'opposition originelle entre les modèles conventionnel et concurrentiel. Plus précisément, ces références se combinent à des clivages organisationnels propres au secteur de l'AMC, favorisant une diversification des réseaux de soins dans leur format et leur fonctionnement (II.1). Leur essor se heurte toutefois aux mobilisations contestataires d'assurés et de professionnels de santé ; en réaction à celles-ci, des acteurs publics et privés disparates apportent un soutien à ces dispositifs (II.2).

II.1. Une hétérogénéité des réseaux de soins aux causes organisationnelles

Ce qui entretient tout d'abord une diversification des formes de réseaux, c'est l'inexistence d'instances d'échange et de coordination entre les différents types d'opérateurs de l'AMC jusqu'à la création en 2004 d'une Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

Tableau 1. Présentation des principaux réseaux de soins des assurances privées en 2018

	Carte blanche	Itelis	Santclair	Optistya/Audistya	Kalivia	Sévéane
Date de création	2001 *	2009**	2003	2008	2010	2010
Promoteur originel	Swiss Life et Henner	Axa	Allianz (AGF) et Maaf	MGEN	Union Harmonie mutuelles et Malakoff Médéric	Groupama et Pro BTP
Type d'opérateur	Sociétés d'assurance	Société d'assurance	Sociétés d'assurance	Mutuelle	Mutuelle et institution de prévoyance	Société d'assurance et institution de prévoyance
Assurés affiliés (en millions)***	7	10	10	5	12	6
Forme des réseaux	Ouverts (optique, audio, dentaire, etc.)	Ouverts (audio, dentaire, etc.) et fermé (optique)	Ouverts (audio, dentaire, etc.) et fermé (optique)	Ouverts (optique, audio)	Ouverts (optique, audio, dentaire)	Ouverts (audio, dentaire) et fermé (optique)

* Carte blanche est le nom donné à Domicil, service interne au groupe Henner créé à la fin des années 1990 pour la gestion du tiers payant avec des professionnels de santé affiliés et cédé à Swiss Life en 1999.

** Itelis est à l'origine une société spécialisée dans l'écoute médicale et psychologique créée en 2001 par le groupe des Mutuelles mieux-être qui noue un partenariat en 2005 avec Axa, celle-ci étendant alors son contrôle sur l'activité de ses filiales comme Itelis en 2009.

*** D'après les données de Xerfi (2018:96) pour 2016-2017.

(Unocam) qui reste cependant peu investie par les assureurs santé. Celle-ci regroupe de plus anciennes organisations représentatives comme la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et la Fédération française de l'assurance (FFA), fondées respectivement en 1902 et 1937, qui peinent aussi à se constituer en espaces de définition et de stabilisation de pratiques communes. Instance représentative mais aussi productrice de services à destination des mutuelles (Gibaud, 2003), la FNMF initie au cours des années 2000 plusieurs dispositifs de contractualisation et de conseil qui font écho à certains principes du *managed care* dont plusieurs nouveaux conseillers auprès de la présidence fédérale sont familiers. C'est le cas du projet « Priorité santé mutualiste » lancé en 2006 qui constitue un service téléphonique d'orientation des adhérents des mutuelles dans leur parcours de soins à partir d'indicateurs tarifaires et de qualité. Ces initiatives fédérales se heurtent cependant à la faible adhésion de mutuelles jalouses de leur autonomie, et à la concurrence de grands groupes qui naissent de puissantes dynamiques de concentration (Abecassis *et al.*, 2014) et portent leur propre dispositif de contractualisation ¹¹. Du côté des sociétés d'assurance,

11. On peut citer l'exemple du groupe VYV qui procède du rapprochement en 2017 entre Harmonie mutuelle et la MGEN dont les réseaux fusionnent en 2019 au sein de Kalixia.

le travail de la FFA se limite à la production d'une expertise portée par sa modeste direction santé qui met en place au milieu des années 2000 un groupe de travail autour de la gestion du risque en réaction à l'apparition des premiers réseaux de soins. L'objectif est de partager des expériences et d'arrêter des principes communs mais le groupe est « parfois difficile à animer parce que [on n'obtient] pas toujours facilement un consensus des uns et des autres sur ces sujets-là ¹² », d'autant plus que la direction santé dispose de trop faibles ressources humaines et symboliques pour peser sur les acteurs du secteur. De fait, bien que les réseaux liés à des sociétés d'assurance se caractérisent par une ingénierie de coordination inspirée du *managed care* (services en ligne d'information et d'orientation des assurés, etc.), ils ne reposent pas sur une architecture commune. Leurs périmètres d'action peuvent différer, ainsi que leurs modalités de contractualisation avec les professionnels.

La coexistence de plusieurs instances de coordination aux capacités d'action limitées empêche l'harmonisation des dispositifs de contractualisation des Ocam dont les différentes cultures, liées aux divisions historiques du secteur de l'AMC, renforcent la diversité de leurs formats. Dans le cas des mutuelles, le pilotage des réseaux est internalisé, à l'image de la MGEN qui conserve la gestion de ses conventionnements optiques et auditifs, initiés en 2008 et ouverts aux mutuelles appartenant à son union mutualiste de groupe Istya créée en 2011. Cette intégration organisationnelle des réseaux est facilitée par la réflexion précoce des mutuelles sur l'accès aux soins et une approche préventive de la santé des adhérents, ainsi que par la présence de longue date de professionnels de santé en leur sein (Guillaume, 2000) que favorise leur spécialisation dans la couverture santé ¹³. La situation est tout autre pour les sociétés d'assurance. La gestion de leurs réseaux est confiée à des entreprises commerciales dont elles peuvent être actionnaires, à l'image de la société anonyme Santéclair formée en 2003 à partir de services internes des AGF et de la mutuelle d'assurance Maaf et disposant de près de 400 salariés. Cette division organisationnelle du travail est encouragée par une conception concurrentielle des réseaux inspirée du *managed care*, ces sociétés commerciales pouvant alors offrir leurs services à tous les opérateurs et, ce faisant, renforcer leur pouvoir dans les transactions avec les professionnels de santé grâce à la gestion d'un volume d'assurés plus important ¹⁴. Cette division du travail s'explique aussi par la culture professionnelle des directions des compagnies d'assurance qui est fondée sur

12. Entretien de l'auteur avec un cadre de la direction santé de la FFA, 19 mars 2019.

13. Les garanties frais de soins/santé représentent 85 % des cotisations collectées par les mutuelles, contre 31 % pour les sociétés d'assurance en 2016 (Drees, 2019:27-29).

14. Par exemple, les sociétés Santéclair et Itelis servent environ respectivement 50 et 70 Ocam de tout type (mutuelles, sociétés d'assurance, etc.) au milieu des années 2010. *A contrario*, les réseaux initiés par des mutuelles ont des stratégies commerciales nettement moins affirmées, leurs bénéficiaires étant constitués pour l'essentiel des adhérents de leurs mutuelles fondatrices.

des savoirs assurantiels généralistes (actuariels, commerciaux, etc.) liés à la diversité des risques couverts, et accorde peu d'importance à la gestion du risque promue par les initiateurs des réseaux de soins, comme le résume un responsable du réseau Kalivia : « Les patrons, les rois, les barons, c'est les barons du SI [système d'information], les barons de la finance, les barons de l'actuariat. Ces gens-là ne savent même pas ce que c'est que la gestion du risque, ils ne veulent même pas savoir ce que c'est ¹⁵. » L'autonomisation des activités de contractualisation permet alors d'attirer des compétences de professionnels de santé, peu présents dans le monde de l'assurance, que nécessitent la gestion du « risque santé » et ses actions sur la prévention des sinistres et la maîtrise de leur dédommagement.

Enfin, les réseaux de soins des Ocam présentent différentes modalités de contractualisation avec les professionnels de santé dont rend compte un cadre de la société Carte Blanche : « On est les deux opposés, [Réseau X] et Carte Blanche. On fait le même métier, totalement différemment. On ne se retrouve sur rien en faisant le même métier. (...) [Réseau X] est contre les professionnels de santé, va mettre en avant tout ce qui est négatif sur les professionnels de santé. (...) On est plutôt dans le partenariat, on essaye de trouver des solutions en collaboration avec les offreurs de soins ¹⁶. » De fait, les réseaux de soins sont porteurs de prescriptions hétérogènes à l'égard des professionnels de santé qui découlent de leur double filiation concurrentielle et conventionnelle et de l'inégale proximité des Ocam aux organisations professionnelles, ces deux facteurs étant le plus souvent reliés. Certains réseaux présentent ainsi un caractère fermé, ce qui signifie que le nombre de professionnels affiliés est soumis à un *numerus clausus* censé favoriser une baisse des prix des équipements. Les professionnels consentiraient à réduire leurs prix pour remporter les appels d'offre et intégrer le réseau en échange d'un adressage d'assurés plus important. Cette démarche de mise en concurrence est le plus souvent le fait de réseaux d'origine assurantielle qui tiennent à distance, en amont de la contractualisation, les organisations professionnelles de santé de la préparation des cahiers des charges. Ceux-ci précisent les critères de qualité des produits et prestations que les adhérents du réseau doivent respecter et qui sont en partie définis par des professionnels de santé salariés de ces sociétés commerciales. À l'inverse, une ouverture des réseaux, c'est-à-dire sans limitation du nombre de professionnels adhérents, tend à être privilégiée par les mutuelles, sans que cela ne soit systématique puisque les réseaux de la MGEN revêtent un caractère fermé entre 2008 et 2015. Il s'agit de cette façon d'améliorer le maillage du territoire en professionnels et, partant, l'accès aux soins des assurés. Cette ouverture peut s'articuler à une

15. Entretien de l'auteur avec un cadre de Kalivia, 4 janvier 2019.

16. Entretien de l'auteur avec un cadre de Carte Blanche, 6 février 2019.

intégration d'organisations professionnelles à la conception des cahiers des charges, à l'image de Kalivia où des représentants syndicaux ou d'enseigne commerciale sont consultés lors de la définition des conditions d'adhésion. Cette démarche répond à une logique d'échange d'expertises plus que de négociation, l'affiliation au réseau restant individuelle et volontaire.

II.2. La précaire alliance de promoteurs publics et privés

Ces désaccords sur les règles d'échange ne sont pas propices au rapprochement des gestionnaires et partisans des réseaux de soins dans le but d'obtenir une reconnaissance politique de ces dispositifs. C'est en réaction à des mouvements protestataires initiés par des organisations professionnelles mais aussi, secondairement, par des assurés qu'émerge une coalition de soutien aux réseaux de soins. Apparue dès le début des années 2000, cette contestation des réseaux adopte une rhétorique de protection des libertés (de choix des assurés, de prescription des soins) que remettrait en cause la démarche d'accréditation des professionnels et de référencement des équipements. Celle-ci est accusée de porter atteinte non seulement aux règles du marché mais aussi à la qualité des soins que la préoccupation économique de baisse des prix contribuerait également à dégrader. Ce discours contestataire vient en appui d'actions collectives qui cherchent à entraver le fonctionnement des réseaux de soins et relèvent de deux registres. D'une part, des organisations professionnelles recourent à un « répertoire de la rue » (Courty, 2006:89-90) à travers des opérations de *boycott*. Cette stratégie est celle du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui, de 2002 à 2008, pousse ces derniers à renoncer à leur partenariat avec le réseau Santéclair sous peine feutrée de poursuites disciplinaires. Elle se retrouve en 2015 dans la demande d'organisations d'audioprothésistes à leurs adhérents de ne pas participer au renouvellement du réseau Kalivia dont les critères de qualité sont jugés insuffisants. D'autre part, un « répertoire bureaucratique » est mobilisé par des adhérents mutualistes et des organisations professionnelles qui intentent des actions en justice pour dénoncer des pratiques de remboursement discriminatoires et des infractions à la libre concurrence. Ainsi, la Centrale des opticiens saisit entre 2015 et 2018 le Tribunal de commerce de Paris et l'Autorité de la concurrence contre la commercialisation de sa propre collection de lunettes imposée par le réseau Carte Blanche à ses opticiens affiliés, tandis que des adhérents de la MGEN dénoncent auprès de juridictions de proximité et de la Cour de cassation des différences de remboursement en fonction des chirurgiens-dentistes consultés à la fin des années 2000.

S'ils sont le plus souvent rejetés¹⁷, ces recours contentieux élargissent néanmoins le système de relations dans lequel s'inscrit la fabrication des réseaux et favorisent l'émergence défensive d'une coalition de soutien à ces dispositifs. Des organisations administratives sont, en premier lieu, amenées à prendre officiellement position sur les réseaux des Ocam comme l'Autorité de la concurrence qui, après un avis favorable à leur sujet en 2009, réaffirme son soutien à la suite de saisines d'organisations professionnelles au cours des années 2010. Chargée de lutter contre les pratiques anticoncurrentielles, l'Autorité vante les effets positifs des réseaux de soins sur la compétition (entre Ocam, entre professionnels de santé) et, partant, sur les prix des équipements ainsi que, dans une moindre mesure, sur les prix et la qualité des contrats d'assurance¹⁸. Ce raisonnement économique est relayé par la Cour des comptes qui considère ces dispositifs comme un instrument de réduction des restes à charge des assurés couverts par l'AMC (Cour des comptes, 2013:415-417, 2016:280-281). Ce soutien d'organisations administratives aux réseaux de soins ne conduit pas pour autant à renforcer leurs échanges avec les Ocam et procède à une réduction de sens des dispositifs de contractualisation dont les mécanismes concurrentiels d'appel d'offres et de *numerus clausus* sont jugés les plus fonctionnels. Cette signification donnée aux réseaux de soins se retrouve, mais de manière moins assumée, dans le discours d'associations de patients et de consommateurs qui voient dans ces derniers une solution au problème des restes à charge des assurés, celui-ci faisant de leur part l'objet d'une attention croissante dans les années 2010. Ces acteurs développent une expertise économique qui prolonge une réflexion critique initiée dans les années 1980 sur l'opacité des pratiques professionnelles et attribue l'inflation des prix des équipements aux stratégies de maximisation des revenus des professionnels de santé que pourraient contrarier les réseaux¹⁹. Si la production de cette expertise peut donner lieu à des rapprochements entre acteurs associatifs et de l'AMC²⁰, ces derniers entretiennent cependant des rapports d'associés-rivaux dont témoignent les critiques adressées par les associations aux pratiques tarifaires des Ocam et à leurs stratégies commerciales accusées de contribuer au renchérissement du prix des équipements.

17. Si un arrêt de la Cour de cassation de 2010 donne raison aux adhérents mutualistes dénonçant la différenciation de remboursement en fonction du cabinet dentaire consulté, les recours des organisations professionnelles sont presque toujours repoussés, notamment par l'Autorité de la concurrence (voir ses décisions des 26 février 2013, 9 juin et 24 octobre 2016).

18. Autorité de la concurrence, Avis 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement des réseaux de soins agréés.

19. On se réfère en particulier aux études de l'association UFC-Que Choisir sur les marchés de l'optique (UFC-Que choisir, 2013, 2014) et des audioprothèses (UFC-Que choisir, 2015).

20. Le Collectif inter-associatif sur la santé et le magazine *60 millions de consommateurs* s'associent par exemple avec la société Santclair pour créer en 2013 l'« Observatoire citoyen des restes à charge en santé » qui est à l'origine d'études évaluant l'évolution de ces restes à charge dans leurs différentes composantes (dépassements d'honoraires de médecins, remboursement des dispositifs médicaux, soins dentaires, etc.).

Constituée au cours des années 2010, cette alliance en soutien aux réseaux de soins peut difficilement être assimilée à une « coalition de cause » qui serait soudée par un ensemble de croyances et de valeurs et agirait de manière coordonnée pour peser sur l'action publique (Bergeron *et al.*, 1998). Si ces acteurs publics et privés sont favorables à un plus grand contrôle des Ocam sur les prix, ils divergent à propos des modalités de ce contrôle et des principes sur lesquels il se fonde. Ces désaccords peuvent expliquer la difficulté à définir une stratégie politique commune qui s'illustre dans l'élaboration de la loi du 27 janvier 2014, dite loi « Le Roux ». Présenté comme une consécration juridique et politique des réseaux des Ocam, le texte circonscrit surtout le périmètre et le contenu de leur action. Celui-ci vise initialement à sécuriser juridiquement les conventions mutualistes, après que des mutuelles ont été condamnées en justice pour leur modulation du niveau des prestations en fonction des professionnels qu'interdit le Code de la mutualité, à l'inverse des codes régissant les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Répondant à une demande de la Cour des comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2010, le texte est poussé par des acteurs mutualistes d'envergure comme la FNMF. Toutefois, d'initiative parlementaire et porté par un personnel politique de second rang proche du monde mutualiste ²¹, il bénéficie d'appuis politiques sans ressource importante et suscite des réserves de nombreux parlementaires. À gauche, certains s'inquiètent du rôle donné aux assureurs privés qui pourraient concurrencer la Sécurité sociale dans la régulation des dépenses. À droite, des élus se font l'écho de la mobilisation contestataire de plusieurs syndicats médicaux qui voient dans les pratiques de contractualisation une atteinte aux principes du libéralisme médical (liberté d'installation, de choix du patient, etc.) ²². Ces équilibres politiques se répercutent sur l'élaboration de la loi qui aboutit à un encadrement plus strict du fonctionnement des réseaux des Ocam, révélant la précarité de l'alliance de leurs promoteurs. Ces derniers s'avèrent effectivement incapables d'agir de concert contre les nouvelles dispositions sur lesquelles ils sont en désaccord comme l'autorisation des *numerus clausus* pour les seuls opticiens et l'exclusion des prestations médicales et autres soins financés majoritairement par la Sécurité sociale du champ de la contractualisation des prix.

21. La députée socialiste rapporteure de la proposition de loi est une ancienne administratrice de La Mutuelle des étudiants entre 2005 et 2008, tandis que le conseiller du groupe socialiste à l'Assemblée nationale chargé de la santé au moment de la préparation de la loi a été trésorier puis vice-président de cette même mutuelle entre 2008 et 2011, avant de rejoindre la FNMF en 2016 comme directeur adjoint des affaires publiques.

22. Les réseaux de soins des assurances font partie des motifs de la grève initiée le 12 novembre 2012 par des organisations d'internes et de médecins libéraux contre la politique de santé de la nouvelle majorité, qui est accusée de remettre en cause les libertés médicales et d'être au service des mutuelles.

III. La redéfinition étatique des règles d'échange : des réseaux de soins démonétisés ?

Objet d'un nouvel encadrement juridique, les réseaux de soins des Ocam correspondent à des règles d'échange hétérogènes dont l'institutionnalisation reste incomplète. En effet, elles continuent à ne pas être reconnues par l'ensemble des parties prenantes et bénéficient de soutiens peu cohésifs (François, 2011). Cette situation est rendue davantage visible par l'évolution du contexte politique au cours des années 2010. Celui-ci est marqué par une problématisation publique du financement des dépenses optiques, dentaires et auditives en termes de renoncement aux soins qui suscite l'intervention d'acteurs politiques et administratifs jusqu'alors en retrait comme la Direction de la Sécurité sociale (DSS) (III.1). Leur mobilisation s'illustre à la fin des années 2010, à travers la réforme du « 100 % santé », dans une recodification des règles d'échange qui concurrence et démonétise partiellement les dispositifs de contractualisation des Ocam (III.2).

III.1. La mise à l'agenda politique du problème du renoncement aux soins optiques et prothétiques et de leur financement

Les enjeux de financement des biens optiques et prothétiques font l'objet, au cours des années 2010, de nouvelles problématiques qui sont portées par des acteurs scientifiques en relation avec l'administration sanitaire comme les économistes de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), laboratoire dans le giron de l'assurance maladie, et les sociologues de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), dont l'activité repose sur une logique partenariale avec des acteurs publics. Leur perspective n'est pas uniquement d'évaluer les restes à charge des assurés dans le domaine de la santé et ne se concentre pas sur les causes de ces restes à charge. Leur regard se déplace sur leurs effets en termes de renoncement aux soins qu'ils travaillent à mesurer et à expliquer. Si la démarche n'est pas nouvelle – elle apparaît en 1992 dans l'enquête biennale santé et protection sociale supervisée par l'Irdes –, elle a recours à de nouveaux outils méthodologiques qui permettent de mieux appréhender les mécanismes de ce phénomène et de rendre compte de son ampleur, en particulier pour les soins optiques et dentaires²³. Le renoncement à ces deux types de soins pour des raisons financières sur les 12 derniers mois concernerait en 2014 respectivement 10,1 % et 16,8 % des individus de plus de 18 ans, tandis que ces taux sont à peine moins élevés pour les adultes couverts par l'AMC (9,1 % et 15,3 %) (Célant *et al.*, 2017:132-135). La position et les pratiques de ces acteurs scientifiques,

23. Une nouvelle méthodologie d'appréhension du renoncement aux soins est mise en œuvre par l'Irdes en 2012, tandis que l'Odenore crée un « baromètre du renoncement aux soins » en lien avec des caisses primaires d'assurance maladie en 2014.

intéressés à l'évaluation des politiques publiques et soucieux des apports de la recherche à la transformation de l'action publique, facilitent la circulation de leur questionnement au sein de l'espace administratif qui se réalise dans des publications collectives, des commandes et l'organisation de colloques (Drees, 2011 ; *Regards*, 2018 ; Revil *et al.*, 2020). Ces échanges se font surtout avec l'assurance maladie et l'administration sanitaire centrale, en particulier la Drees et la DSS. Après avoir été sensibilisées aux problèmes de non-recours aux droits, ces dernières portent une attention croissante aux renoncements aux soins et font des « droits maladie de base et complémentaire » des leviers pour l'égalisation de l'accès aux soins (Revil, 2019), dans un contexte de reconnaissance administrative du problème des restes à charge et, pour certains cas, de leur montant dit « catastrophique ».

La thématique du renoncement aux soins pour raisons financières innerve ainsi progressivement des pratiques et réflexions administratives, comme en attestent le traitement régulier de ce problème dans les rapports annuels de la Drees sur les comptes nationaux de la santé à partir de 2009, la priorité donnée à la garantie « à tous les assurés [d']un accès réel aux droits et aux soins » dans la Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et le régime général de l'assurance maladie pour la période 2014-2017 ou encore la mise en place auprès du ministre de la Santé en 2016 d'un Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale. L'attention administrative se porte plus spécifiquement sur les soins dentaires, optiques et audio-prothétiques qui sont parmi les soins les moins bien couverts par l'assurance maladie et représentent plus du tiers du reste à charge après remboursement de celle-ci (Adjerad, Courtejoie, 2020). La redéfinition scientifique et administrative du problème des restes à charge sous l'angle non plus commercial et financier des opérateurs privés de l'AMC mais du renoncement aux soins et de l'égalité d'accès à ces derniers favorise l'inscription à l'agenda politique du financement des biens optiques et prothétiques. Celle-ci découle de plusieurs mécanismes accumulés (Garraud, 1990). Si cette opération répond à une logique d'« anticipation » selon laquelle l'identification et la sélection du problème sont réalisées discrètement par des agents de l'État et ses instances d'expertise qui nuancent la capacité des réseaux à améliorer l'accès aux soins des individus (Durand, Emmanuelli, 2017), elle est aussi liée à la mobilisation médiatisée d'autres acteurs comme les associations de malades et de consommateurs évoquées précédemment. Bien que celles-ci ne remettent pas toujours en cause les règles de financement des soins, elles insistent sur l'ampleur du renoncement aux soins optiques et prothétiques et donnent un surcroît de visibilité à cette lecture du problème. Ces mécanismes d'anticipation et de mobilisation soutiennent enfin une appropriation de la question du financement de ces soins par plusieurs acteurs politiques de haut rang à la faveur de l'élection présidentielle de 2017. Promesse à forte rentabilité électorale,

la suppression des restes à charge pour les soins optiques, dentaires et auditifs devient un produit banal de l'offre politique par son inscription dans les programmes de plusieurs candidats (François Fillon, Emmanuel Macron, Jean-Luc Mélenchon) qui sont éloignés dans l'espace politique.

Mesure d'apparence consensuelle, la suppression des restes à charge pour des biens circonscrits fait l'objet d'un important investissement politique de la part du chef de l'État nouvellement élu et de son gouvernement. Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme baptisée « RAC zéro » puis « 100 % santé » fait partie des mesures érigées en emblème de la politique sociale du mandat d'Emmanuel Macron. Non seulement elle entretient l'image de gouvernants fidèles à leurs promesses électorales, mais elle vise aussi à être symboliquement efficace : la réforme revêt une signification politique qui peut être valorisée dans la compétition partisane en produisant des effets réels par la réallocation de ressources (Siné, 2006:142-150). Elle est inscrite en 2019 à la liste des « objets de la vie quotidienne » recensant la soixantaine de mesures prioritaires dont l'élaboration et l'exécution sont suivies par les services du Premier ministre et du président de la République ²⁴, tandis que sa mise en œuvre est publicisée dans le cadre du « baromètre des résultats de l'action publique » lancé en janvier 2021. Ce contrôle politique centralisé de la réforme s'articule dès l'été 2017 à une délégation à la haute administration de sa mise en forme technique, au diapason de la « soudure fonctionnelle entre gouvernants politiques et fonctionnaires co-gouvernants » qui fonde et que conforte le travail gouvernemental macronien (Eyméri-Douzans, 2019:216). La fabrication de la réforme revient plus précisément à la DSS et à sa sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, pourtant peu en relation avec les opérateurs de l'AMC mais dont le pilotage est légitimé par une problématisation centrée sur le renoncement aux soins. Ce pilotage révèle à l'inverse une relégation des organisations administratives qui ont pour clientèle habituelle les Ocam, sont sensibles à leurs démarches de contractualisation avec les professionnels et travaillent à la conception et à l'application des règles organisant le secteur de l'AMC, comme la sous-direction des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire de la DSS et la sous-direction des assurances de la Direction générale du trésor.

III.2. La recodification par les autorités publiques des rapports des Ocam aux professionnels de santé

La distribution politique des aptitudes administratives à intervenir sur la réforme a des répercussions sur la définition des modalités techniques de suppression des restes à charge et sur l'équilibre des relations entre l'État,

24. Circulaire du Premier ministre du 3 octobre 2019 relative au suivi des priorités de l'action gouvernementale.

les Ocam et les professionnels de santé. La marginalisation de la sous-direction des assurances est aussi celle des solutions qu'elle promeut avec d'autres organisations du secteur financier de l'État, notamment le développement des réseaux de soins des assureurs privés dont l'action aurait pu être amplifiée par « un décroisement des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires [qui] leur permettrait d'exercer des responsabilités au premier euro sur des champs d'intervention clarifiés » (Cour des comptes, 2016:192). C'est au contraire à l'articulation des participations de l'assurance maladie et de l'AMC à la couverture des prestations que travaille la DSS, prolongeant une dynamique d'harmonisation des interventions des deux financeurs qu'elle a contribué à enclencher dans les années 2000²⁵. Cette articulation fonde l'architecture de la réforme qui peut être rapportée à trois opérations techniques (Domin, Gay, 2021). Celles-ci combinent les diagnostics formulés par différents groupes d'acteurs (l'insuffisante régulation des prix, l'inégalité d'accès aux soins) mais y apportent une réponse originale s'appuyant sur des outils administratifs préexistants²⁶. Tout d'abord, les nomenclatures des prestations et équipements sont actualisées et leur description gagne en précision. Les équipements optiques, aides auditives et prothèses dentaires recensés sont ensuite distribués entre plusieurs paniers de soins qui diffèrent en fonction de leur niveau de prise en charge. L'un est composé de biens qui sont censés couvrir l'ensemble des déficiences et sont intégralement remboursés par la Sécurité sociale et l'AMC. L'autre est constitué d'équipements aux qualités techniques ou esthétiques supérieures pour lesquels aucune couverture financière complète n'est garantie. Enfin, des « prix limite de vente » ou des « honoraires plafonnés » sont fixés aux produits du premier panier et pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de ses tarifs de responsabilité, les Ocam étant dans l'obligation de couvrir les reliquats dans le cadre de leurs contrats responsables (encadré 4). À l'inverse, les prix des équipements restent libres pour le deuxième panier²⁷.

Par son objectif de suppression des restes à charge pour certains biens de santé, la réforme concurrence les réseaux de soins des Ocam, dont le travail de contractualisation de tarifs et de standards de qualité est remis en

25. Comme le résume un ancien cadre de la DSS à propos de cette sous-direction : « Il faut dire qu'ils s'en moquent un peu qu'il y ait des institutions de prévoyance, des mutuelles et des organismes assureurs. Ils s'en moquent un peu de quelles sont leurs règles prudentielles parce que leur enjeu c'est comment je fais en sorte que, AMO et AMC confondues, j'améliore l'accès aux soins », entretien de l'auteur avec un chef de bureau de la DSS, 18 juillet 2019.

26. L'originalité de la solution s'observe par rapport aux propositions des acteurs publics et privés déjà évoquées mais aussi par rapport à la proposition du candidat Macron d'obliger les Ocam à proposer trois contrats types présentant des garanties différenciées et censés renforcer la transparence du marché : si le sommet de l'exécutif contrôle la réalisation de la réforme, la DSS conserve néanmoins une autonomie d'action dans sa conception.

27. Pour être exact, il existe un troisième panier composé uniquement de soins prothétiques dentaires pour lesquels les honoraires sont plafonnés mais la couverture intégrale des frais n'est pas garantie.

Encadré 4

Agir par l'incitation sur les assureurs privés : le contrat responsable

La réforme du « 100 % santé » prend appui sur les contrats solidaires et responsables mis en place au début des années 2000 par les autorités publiques afin de peser sur le contenu des garanties des contrats des Ocam et sur leurs conditions de souscription *via* des incitations fiscales et sociales (Del Sol, Turquet, dans ce numéro). D'une part, ces contrats ne peuvent pas lier directement leurs tarifs à l'état de santé des individus, ni recueillir des informations médicales lors de la souscription. D'autre part, ils sont soumis à des obligations de couverture qui cherchent à harmoniser la régulation de l'assurance maladie et de l'AMC : prise en charge des forfaits journaliers hospitaliers et des tickets modérateurs à l'exception de certains produits et prestations, plafonnement de remboursements, etc. C'est dans ce cadre que, dès 2014, des planchers et des plafonds de remboursement sont imposés aux Ocam en matière optique. Si un contrat répond à ces critères, son opérateur règle une taxe de solidarité additionnelle à taux réduit, payée sur ses cotisations et primes. Les mécanismes incitatifs sont amplifiés dans le cas des couvertures collectives offertes par les entreprises qui profitent de plusieurs allègements sociaux pour la souscription d'un contrat responsable. Ces incitations fiscales et sociales s'avèrent efficaces : les contrats responsables représentent 96 % des cotisations et primes des Ocam en 2017 (Drees, 2019:143).

cause par la définition de prix limite de vente nationaux et la sophistication de la classification des équipements. Sans que ce soit le but recherché par l'administration, la réforme démonétise en partie l'ingénierie et l'utilité des réseaux de soins, comme l'admet une administratrice civile de la DSS : « Nous, on n'avait pas vu à quel point ça remettait en question leur marché. On était très naïf sur ce coup-là. On n'a pas fait ça pour les embêter quoi, contrairement à ce qu'ils pensaient. On pensait qu'il y avait un boulevard encore pour eux pour exister quoi ²⁸. » Cette démonétisation technique est rendue possible par l'isolement stratégique des directions de réseaux de soins et par la valorisation sociale d'acteurs que ces dernières tendent à contourner comme les organisations de professionnels de santé. D'un côté, les représentants des réseaux sont peu consultés au cours de l'élaboration de la réforme et sans soutien public majeur dans sa critique. Leur discours est notamment peu relayé par les grandes fédérations de l'AMC (FNMF, FFA, Centre technique des institutions de prévoyance) qui sont parmi les interlocuteurs privilégiés des autorités publiques. Cette non-coalescence tient à des dynamiques historiques, décrites précédemment, de marginalisation des instances fédérales dans le développement des réseaux de soins et de division organisationnelle entre opérateurs d'assurance et réseaux de

28. Entretien de l'auteur avec un chef de bureau de la DSS, 27 janvier 2020.

soins qui peuvent nourrir des divergences d'intérêt affleurant dans le paramétrage de la réforme ²⁹. De l'autre côté, les organisations professionnelles, tenues le plus souvent à l'écart des dispositifs de contractualisation, sont directement associées à la construction des paniers de soins, y gagnent une reconnaissance politique et apportent en retour pour certaines leur soutien public. Cela est particulièrement marqué dans le volet dentaire de la réforme qui est conçu dans le cadre de l'accord conventionnel du 21 juin 2018 entre l'assurance maladie, l'Union dentaire et la Confédération nationale des syndicats dentaires. Cette intégration professionnelle se retrouve aussi dans la définition par la DSS des prix limite de vente des équipements optiques et auditifs qui, si elle s'appuie sur des expertises administratives, est aussi négociée avec les parties prenantes.

Ainsi, le « 100 % santé » correspond à une recodification par les autorités publiques des relations d'échange entre assureurs privés et professionnels de santé qui s'inscrit dans un mouvement plus général de standardisation des contrats participant d'une « éducation » du marché de l'assurance santé (Batifoulier, Duchesne, Ginon, dans ce numéro). Ses opérateurs privés se trouvent soumis à des impératifs d'égalité et de solidarité, celle-ci prenant toutefois une forme de plus en plus fragmentée. En transférant une partie du coût financier de la réforme aux Ocam, celui-ci risque de se répercuter sur le montant des cotisations et des primes, comme l'anticipent leurs fédérations représentatives. Mais cette répercussion pourrait être contrastée en fonction des opérateurs et de la qualité des contrats. Tandis que les grands groupes sont davantage en capacité d'absorber le coût des mesures grâce à la profondeur de leur portefeuille, l'effort financier est plus élevé pour les contrats d'entrée de gamme, proposés le plus souvent par des mutuelles en couverture individuelle, dont les garanties sont les plus éloignées des niveaux de remboursement imposés par la réforme. Si cette dernière prétend égaliser l'accès à certains soins, son coût est cependant inégalement réparti entre les contrats de frais de santé et pourrait aggraver des inégalités entre assurés. Cette égalisation dans l'accès aux soins est d'ailleurs partielle dans la mesure où la réforme identifie un ensemble de prestations à prix libres pour lesquelles l'encadrement public des règles de l'échange se limite à imposer des planchers et des plafonds de remboursement aux contrats responsables des Ocam. L'accès à ces prestations dépend donc de la qualité des garanties, qui tend à être corrélée au niveau de revenus des individus, et circonscrit un nouvel espace d'intervention et de contractualisation pour les réseaux de soins. C'est là que se situe la signification principale de la réforme du « 100 % santé » qui assigne aux Ocam des objectifs de l'assurance

29. Ces divergences s'expriment notamment dans la définition des prix limite de vente que les assurances privées souhaitent fixer à un niveau plus bas que les directions des réseaux. Tandis que les premières cherchent à limiter leurs dépenses, les secondes souhaitent s'aménager des marges d'action et de négociation avec les professionnels.

maladie et, simultanément, leur permet de développer des stratégies commerciales d'offre différenciée. Non seulement elle est un élément de rationalisation du marché de l'AMC, mais elle reconnaît et organise plusieurs des logiques économiques et politiques qui sont constitutives de ce marché et en font l'originalité (Batifoulier, Ginon, 2019).

Conclusion

Analyser la genèse et le changement des règles de l'échange de certains biens de santé peu remboursés par la Sécurité sociale est une façon féconde de réfléchir aux liens entre l'assurance maladie et les assureurs privés. Le premier apport de la démarche est de rendre compte des différentes formes d'investissement des opérateurs privés d'assurance dans la réalisation d'un objectif civique attribué ordinairement à l'assurance publique : la réduction des restes à charge et l'amélioration de l'accès aux soins des assurés. Si cet investissement peut être dirigé par les autorités publiques à travers des mécanismes incitatifs comme les contrats responsables, il est aussi porté par un volontarisme intéressé des Ocam pour lesquels la réduction des restes à charge s'articule à des considérations marchandes propres au secteur de l'AMC (maîtrise de leurs dépenses, attractivité des contrats). Prenant la forme de réseaux de soins, ce volontarisme est exprimé par les différents opérateurs du secteur dont l'unification paraît encore davantage avancée. Leurs engagements ne sont cependant pas uniformes tant les divisions historiques entre types d'Ocam sont à l'origine de cultures organisationnelles contrastées qui façonnent différemment l'organisation et les modalités de la contractualisation avec les professionnels de santé. Aussi les réseaux de soins suscitent-ils des pratiques hétérogènes, de surcroît contestées par certains groupes professionnels, ce qui donne aux règles de l'échange un caractère collectif limité, marque de leur incomplète institutionnalisation.

Ce dernier point permet d'aborder le second apport de notre démarche qui est de mettre au jour certaines conditions sociales et politiques de possibilité des interventions étatiques sur les relations entre assurance publique, assureurs privés et professionnels de santé. La recodification étatique des règles de l'échange, à travers la réforme du « 100 % santé », est rendue possible par la difficulté des dispositifs privés de contractualisation à réduire à grande échelle les restes à charge, que met en évidence le problème des renoncements aux soins, et par le caractère peu contraignant de règles dont l'institutionnalisation est inachevée. Ainsi, la réforme procède moins d'une logique de renforcement de l'agencement des réseaux qu'elle ne se construit en réaction à celui-ci. Elle est portée par des acteurs tenus à l'écart de ces derniers dispositifs et s'appuie sur une ingénierie technique (les prix limite de vente, les nomenclatures administratives, le contrat responsable)

dont l'administration est familière mais qui se distingue de celle des réseaux de soins. Cette reconfiguration étatique des relations d'échange correspond à une approche privative de la politique de santé fondée sur un enrôlement d'acteurs privés qui permet à l'État d'agir en contenant les coûts politiques et sans augmenter le volume de la dépense publique. Cette approche assigne certes aux assureurs privés l'objectif civique d'égaliser l'accès aux soins des assurés. Mais, dans le même temps, elle ne remet pas en cause les logiques de souscription et les mécanismes de mutualisation de l'AMC qui obéissent de plus en plus à des principes marchands d'équilibres, sinon de bénéfices financiers et dont le caractère anti-redistributif ne cesse de s'accroître.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N., Domin J.-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 331, p. 60-75, <https://doi.org/10.7202/1023485ar>.
- Adjerad R., Courtejoie N. (2020), « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels », *Études & Résultats*, n° 1171, Drees, novembre, <https://bit.ly/3xTsy2W>.
- Batifoulier P., Ginon A.-S. (2019), « Les marchés de l'assurance maladie complémentaire : logiques économiques et dispositifs juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 789-800, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02449979>.
- Bellamy V., Badara Mbaye A. (2013), « Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 », *Études & Résultats*, n° 849, Drees, août, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/er849.pdf>.
- Benamouzig D. (2005), *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Puf, <https://doi.org/10.3917/puf.benam.2005.01>.
- Benoît C., Coron G. (2018), « Les “mises en marché” du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 259-279, <https://doi.org/10.3917/rfas.184.0259>.
- Bergeron H., Surel Y., Valluy J. (1998), « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? », *Politix*, n° 41, p. 195-223, <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1718>.
- Célant N., Stéphanie G., Rochereau T. (2017), « L'enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », *Les rapports de l'Irdes*, n° 566, septembre, <https://bit.ly/35nnAOX>.
- Cour des comptes (2013), *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre, <https://bit.ly/2T1s2Rm>.
- Cour des comptes (2016), *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre, <https://bit.ly/3hOISLD>.
- Courty G. (2006), *Les groupes d'intérêt*, Paris, La Découverte, <https://doi.org/10.3917/dec.court.2006.01>.
- DiMaggio P.J., Powell W.W. (1983), « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, p. 147-160, <https://doi.org/10.2307/2095101>.
- Domin J.-P. (2021), « Monopole mutualiste versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire. Retours sur un débat méconnu (1983-1985) », *Revue française de socio-économie*, n° 26, p. 67-86, <https://doi.org/10.3917/rfse.026.0067>.
- Domin J.-P., Gay R. (2021), « La réforme du “100 % santé” : mesure de solidarité ou faux-nez du marché ? », in Batifoulier P., Del Sol M. (dir.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*, Presses universitaires du Septentrion, à paraître.
- Drees (2011), *Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris*, Drees, <https://bit.ly/3f2MGbJ>.

- Drees (2019), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*, Panoramas de la Drees, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://bit.ly/3oQXhbU>.
- Dubuisson-Quellier S., François P. (2011), « Introduction. Institutions économiques et institutions marchandes : nature, puissance et genèse », in François P. (dir.), *Vie et mort des institutions marchandes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 11-38, <https://doi.org/10.3917/scpo.franc.2011.01.0011>.
- Durand N, Emmanuelli J. (2017), « Les réseaux de soins », *Rapport*, n° 2016-107R, Inspection générale des affaires sociales, juin, <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf>.
- Eymeri-Douzans J.-M. (2019), « Le technocrate et le président. Réflexions sur Emmanuel Macron et la haute administration », in Dolez B., Fretel J., Lefebvre R. (dir.), *L'entreprise Macron*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, p. 201-216, <https://doi.org/10.3917/pug.dolez.2019.01.0201>.
- François P. (2011), « Puissance et genèse des institutions. Un cadre analytique », in François P. (dir.), *Vie et mort des institutions marchandes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 39-77, <https://doi.org/10.3917/scpo.franc.2011.01.0039>.
- Garraud P. (1990), « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique (1940/1948-)*, n° 40, p. 17-41, <https://www.jstor.org/stable/27890055>.
- Gibaud B. (2003), *Fédérer autrement. Histoire de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) 1902-2002*, Paris, Mutualité française.
- Gibaud B. (2008), « Mutualité/Sécurité sociale (1945-1950) : la convergence conflictuelle », *Vie sociale*, n° 4, p. 39-52, <https://doi.org/10.3917/vsoc.084.0039>.
- Ginon A.-S. (2015), « Réseaux de soins et identité mutualiste à la lumière de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 2, p. 312-324, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237386>.
- Ginon A.-S. (2017), « Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, p. 456-468, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237580>.
- Granovetter M., McGuire P. (1998), « The making of an industry: Electricity in the United States », *The Sociological Review*, vol. 46(1_suppl), p. 147-173, <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1998.tb03473.x>.
- Guillaume P. (2000), *Mutualistes et médecins : conflits et convergences, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Les Éditions de l'Atelier.
- Hacker J.S., Marmor T.R. (1999), « The misleading language of managed care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 24, n° 5, p. 1033-1043, <https://muse.jhu.edu/article/15407>.
- HCAAM (2008), *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, juillet, <https://bit.ly/2TWuWqO>
- HCAAM (2013), *La généralisation de la couverture complémentaire en santé*, Rapport, 18 juillet, <https://bit.ly/3yGCnS0>.
- Kerleau M. (2009), « Le nouveau cadre institutionnel de la protection sociale complémentaire d'entreprise : quels enjeux pour les mutuelles santé ? », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 312, p. 15-34, <https://doi.org/10.7202/1020934ar>.

- Mahoney J., Thelen K.A. (eds.), (2010), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, New York, Cambridge University Press.
- Mougeot M., Naegelen F. (2018), « Medical service provider networks », *Health Economics*, n° 27, p. 1201-1217, <https://doi.org/10.1002/hec.3769>.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Regards (2018), Dossier, « De l'accès aux soins à l'accès aux services », n° 53, <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1.htm>.
- Revil H. (2019), « Faciliter l'accès aux soins et à la santé », in Warin P. (dir.), *Agir contre le non-recours aux droits sociaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, p. 85-106, <https://www.cairn.info/agir-contre-le-non-recours-aux-droits-sociaux--9782706143991-p-85.htm>.
- Revil H., Warin P., Richard F., Blanchoz J.-M. (2020), « "Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action". Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 261-297, <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0261>.
- Revue de droit sanitaire et social* (2017), Dossier, « Santé et restes à charge », hors série.
- Siné A. (2006), *L'ordre budgétaire : l'économie politique des dépenses de l'État*, Paris, Economica.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, p. 85-92, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02199175>.
- Trevien C. (2015), « Le commerce de détail d'optique depuis 2003 », *Insee Première*, n° 1576, 17 novembre, <https://bit.ly/2W9Fdkr>.
- UFC-Que choisir (2013), *Distribution de l'optique. Examen à la loupe d'un marché juteux*, Direction des études, avril, <https://bit.ly/2UAWKBA>.
- UFC-Que choisir (2014), *Complémentaires santé et opticiens. Les liaisons dangereuses imposent un changement de monture pour la réforme du secteur*, Département des études, mai, <https://bit.ly/3eEZGnB>.
- UFC-Que choisir (2015), *Audioprothèses. Un marché verrouillé au détriment des malentendants*, septembre, <https://bit.ly/3y1Ft34>.
- Xerfi (2018), *Les plateformes santé et réseaux de soins dans l'assurance*, Xerfi-DGT.

Résumés des articles

Numéro spécial Assurance santé : aux frontières du public et du privé

La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ?

Philippe BATIFOULIER, Victor DUCHESNE et Anne-Sophie GINON

Le développement de la couverture complémentaire des frais de santé en France s'accompagne d'un mouvement de grande ampleur qui consiste à promouvoir au sein de l'ensemble du champ de l'assurance maladie complémentaire des missions et des valeurs traditionnellement caractéristiques des services publics. Nous proposons de nommer « marché éduqué » cet ensemble de dispositifs juridiques qui configurent le marché de l'assurance santé, pour l'imprégner de valeurs sociales et « l'élever » à une autre forme de mutualisation plus solidaire. Ce texte repose sur une analyse bi-disciplinaire droit et économie. Il analyse la façon dont se construit ce marché éduqué et renouvelle l'intervention publique en matière de couverture santé. À partir d'une comparaison avec les États-Unis, nous montrons que le « marché éduqué » constitue une forme moderne de résolution des contradictions entre la priorité donnée au développement du marché et la tentative de préservation de la mission sociale de la couverture des frais de santé.

Mots-clés : assurance santé, marché éduqué, responsabilité sociale, solidarité, France.

L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du *fiscal welfare*... *what's going wrong in France* ?

Marion DEL SOL et Pascale TURQUET

Cet article interroge à la fois la rationalité, la légitimité et l'équité des dépenses sociofiscales conditionnées à la mise en œuvre de dispositifs collectifs d'assurance maladie complémentaire en entreprise. Ces dépenses sont relativement anciennes mais ont changé de nature au 1^{er} janvier 2016, date depuis laquelle les entreprises ont l'obligation de financer au moins à 50 % une couverture complémentaire maladie au bénéfice de leurs salariés. La logique d'incitation qui prévalait jusqu'alors a par conséquent fait place à celle du subventionnement à l'achat d'une assurance privée. Si le caractère incohérent et inégalitaire d'un tel subventionnement ainsi que l'inefficacité de la juxtaposition assurance maladie obligatoire (AMO)-assurance maladie complémentaire (AMC) font l'objet de nombreux questionnements et critiques, l'assurance privée semble cependant toujours constituer l'horizon indépassable des réformes dans le champ de l'assurance maladie.

Mots-clés : assurance maladie, assurance privée en santé, *fiscal welfare*, inégalités, France.

L'assurance sociale confiée à des assureurs privés : Medicare Advantage aux États-Unis

Lucy apROBERTS

Unique assurance sociale pour la santé aux États-Unis, Medicare couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus. Comme la couverture de Medicare n'exclut pas des restes à charge importants, ses bénéficiaires souscrivent généralement une assurance complémentaire privée. Toutefois, un autre dispositif en pleine émergence peut être souscrit par les bénéficiaires de Medicare : un contrat dit « Medicare Advantage » offert par un assureur privé qui gère un réseau de soins. Ce type de contrat est financé par Medicare et couvre les mêmes garanties, à ceci près qu'il offre en plus une couverture complémentaire. La proportion d'affiliés à Medicare qui choisissent Medicare Advantage – 40 % actuellement – augmente chaque année. Pour les assurés sociaux, les réseaux restreignent le choix des soignants mais ils réalisent des économies telles que les assurés obtiennent une meilleure couverture que Medicare sans payer davantage. Mais la concurrence entre assureurs privés impose des contrats qui réduisent la solidarité entre malades et bien portants.

Mots-clés : assurance santé, Medicare, Medicare Advantage, assureur privé, États-Unis.

Le gouvernement fédéral américain au chevet de l'assurance santé

Anne-Laure BEAUSSIER

Pour beaucoup d'observateurs des politiques de santé des États-Unis, les 28 millions de personnes restant privées d'assurance maladie en 2020, dix ans après l'adoption de l'Obamacare, la réforme du système de santé emblématique du premier mandat de Barack Obama, constituent une démonstration d'échec, appelant à une réforme de la réforme. L'Affordable Care Act (ACA) avait pourtant fait le pari qu'il était possible, avec les bons instruments réglementaires et incitatifs, non seulement de soutenir et de reconstruire un marché des assurances santé qui semblait au bord de l'explosion mais également de l'inciter à endosser des objectifs de service public et de bien commun. Dix ans plus tard cependant, les limites de la réforme, à la fois en termes de couverture de la population et en termes de maîtrise des dépenses de santé alimentent de nombreuses critiques. Cette contribution revient sur la stratégie suivie par l'ACA. Elle explicite ses principaux instruments, analyse les difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre et discute les alternatives envisagées aujourd'hui tant du côté démocrate que du côté républicain.

Mots-clés : politiques de santé, Affordable Care Act, assurance santé, États-Unis.

Bricoler une action municipale de santé à faible coût ou rebâtir des solidarités organisées ? Regard sur la diversité des « mutuelles communales »

Clémentine COMER

À partir du cas des « mutuelles communales », contrats de complémentaire santé à tarif préférentiel proposés par les élus locaux à leurs administrés, cet article examine l'élargissement à bas coût de l'intervention sociale des municipalités. Il rend en cela compte de bricolages et d'expérimentations de la part de pouvoirs publics locaux pourtant dépourvus de compétences en matière de couverture d'assurance maladie. Parce qu'il répond à un projet citoyen et social plus ou moins porté politiquement, s'insère dans les réseaux locaux d'acteurs de l'assurance, et rencontre une offre commerciale que se disputent mutuelles territoriales, réseaux de courtiers et grandes compagnies d'assurance, le déploiement des mutuelles communales donne à voir des configurations d'action publique contrastées, tant du point de vue de la portée solidaire des dispositifs que de leur pérennité économique.

Mots-clés : assurance maladie complémentaire, mutuelle communale, pouvoir public local, assureur, France.

Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ?

Renaud GAY

Les réseaux de soins initiés par des organismes complémentaires d'assurance maladie correspondent à des dispositifs de contractualisation avec des professionnels de santé qui visent à réguler le prix de certains actes et équipements peu couverts par la Sécurité sociale et à réduire le reste à charge des assurés. L'article analyse leur formation et leur développement depuis la fin des années 1990 en s'intéressant au système de relations entre organisations dans lequel leur production s'inscrit. De cette manière, il rend compte de l'hétérogénéité des formats et des pratiques associés à ces dispositifs, des contestations dont ils font l'objet et de leur partielle démonétisation à la fin des années 2010 sous l'effet d'interventions étatiques recodifiant les règles d'échange de certains biens de santé. L'article donne ainsi à voir plusieurs modalités d'investissement des opérateurs privés d'assurance dans la réalisation d'un objectif civique d'amélioration de l'accès aux soins des individus.

Mots-clés : assurance maladie complémentaire, réseau de soins, *managed care*, privatisation, administration sanitaire, France.

English Abstracts

Special Issue Health Insurance: on the border of the public and private sectors

The construction of an “educated market” for health insurance: A reorientation of solidarity?

Philippe BATIFOULIER, Victor DUCHESNE and Anne-Sophie GINON

The development of top-up cover for medical costs in France is undergoing a major shift towards promoting goals and values traditionally associated with public services, throughout the top-up health insurance sector. We propose to apply the term “educated market” to this collection of legal frameworks which configure the health insurance market in such a way as to instil social values and “elevate” it to a more solidarity-oriented form of mutualisation. This article is based on a bi-disciplinary – legal and economic – analysis. It analyses the construction of this educated market and the renewal of public intervention in health cover. By drawing comparisons with the United States, we will show that the “educated market” amounts to a modern resolution of the conflict between prioritising the development of the market and attempting to preserve the social aims of medical cover.

Keywords: health insurance, educated market, social responsibility, solidarity, France.

Employee top-up health insurance through the lens of fiscal welfare... what's going wrong in France?

Marion DEL SOL and Pascale TURQUET

This article simultaneously examines the rationality, legitimacy and equity of socio-fiscal expenditure aimed at implementing collective top-up health insurance schemes within businesses. This type of spending is fairly well-established, but changed fundamentally from the 1 January 2016, from which date businesses are required to finance at least 50% of supplementary health cover for their employees. The system of incentives which dominated previously has therefore given way to one of subsidisation of private insurance purchasing. Though numerous questions and criticisms have been raised in relation to the inconsistent and unequal nature of such subsidisation as well as the inefficient coexistence of “AMO” (*assurance maladie obligatoire* = compulsory health insurance) and “AMC” (*assurance maladie complémentaire* = supplementary or top-up health insurance), private insurance does nevertheless seem to be the inevitable destination of reforms to health insurance.

Keywords: health insurance, private health insurance, fiscal welfare, inequality, France.

Social health cover entrusted to private insurers: Medicare Advantage in the United States

Lucy apROBERTS

Medicare is the only socialized health insurance in the United States and covers those aged sixty-five and over. Since Medicare cover allows for considerable excesses or “copayments”, insured individuals generally take out a private top-up policy. However, a new scheme may also be taken up by Medicare recipients: a contract known as “Medicare Advantage”, offered by a private insurer managing a care network. This type of contract is financed by Medicare and provides the same cover, except that it also offers supplementary cover. The proportion of Medicare users selecting Medicare Advantage – currently 40% – is rising each year. For users of social health cover, the networks restrict choice of care providers but also bring savings, in that users receive better cover than Medicare without paying more. However, competition between private insurers imposes contracts which have the effect of diminishing solidarity between the sick and the healthy.

Keywords: health insurance, Medicare, Medicare Advantage, private insurer, United States.

The American federal government at the bedside of health insurance

Anne-Laure BEAUSSIER

For many observers of US health policy, the fact that 28 million people remained deprived of health insurance in 2020, ten years after the passing of Obamacare, the health system reform emblematic of Barack Obama's first term, is a demonstration of its failure and calls for a reform of the reform. The Affordable Care Act (ACA) gambled on it being possible, with the right legislative instruments and incentives, not only to support and reconstruct a health insurance market which seemed to be on the verge of collapse, but also to provide it with incentives to endorse goals of public service and the common good. However, ten years later, the limitations of the reform, both in terms of population coverage and in terms of managing healthcare spending, are subject to many criticisms. This article looks back at the strategy adopted by the ACA. It explains its key instruments, analyses the difficulties encountered in their implementation, and discusses the alternatives suggested today by both Democrats and Republicans.

Keywords: health policy, Affordable Care Act, health insurance, United States.

Cobble together a low-cost, municipal-level health scheme, or rebuild organised solidarity? A look at the diversity of “municipal mutuals”

Clémentine COMER

Looking at the case of “municipal mutuals”, supplementary health insurance contracts through which local elected officials offer preferential pricing to their constituents, this article examines the low-cost broadening of municipal social interventions. As part of this, it looks at the improvisations and experiments of local authorities despite health insurance cover falling outside of their remit. Since it addresses a civic and social project of political significance, integrates with the local network of actors in the matter of insurance, and because it is up against a commercial market contested by regional mutual organisations, networks of brokers and large insurance companies, the deployment of municipal mutual organisations exhibits a variety of public action configurations, from the point of view both of the reach of the schemes' solidarity and of their economic sustainability.

Keywords: supplementary health insurance, municipal mutuals, local authorities, insurer, France.

Private insurers acting in service of better access to certain health goods?

Renaud GAY

The healthcare networks set up by top-up health insurers consist of contractual arrangements with healthcare professionals aimed at regulating the prices of certain procedures and facilities poorly covered by public health insurance and to reduce out-of-pocket excess for patients. This article analyses their formation and development from the late 1990s onwards, looking at the system of relationships between organisations which allow them to exist. In this way, it highlights the heterogeneity of formats and practices associated with these arrangements, the disputes surrounding them, and their partial demonetisation in the late 2010s as a result of state interventions recodifying the trade rules for certain health goods. The article thereby highlights several modalities of investment by private insurance operators in pursuit of the civic goal of improving access to healthcare for individuals.

Keywords: top-up health insurance, healthcare network, managed care, privatisation, healthcare administration, France.

BULLETIN d'ABONNEMENT 2021

nom, prénom

fonction

adresse

tél.

e-mail

Désire m'abonner à :

- La Chronique internationale de l'IRES* au prix de 30,00 €.
- La Revue de l'IRES* au prix de 79,00 €.
- La Chronique internationale de l'IRES + Revue* au prix de 99,00 €.

Les étudiants (justificatif à l'appui) pourront bénéficier d'une remise de 50 % sur les abonnements et sur les publications achetées à l'unité.

Règlement par :

- Chèque bancaire (payable en France) à l'ordre de l'IRES
- Virement à l'ordre de l'IRES - Banque CDC
IBAN FR72 4003-1000-0100-0024-5046-D80 – BIC : CDCGFRPPXXX

date et signature

La Revue de l'IRES est une revue pluridisciplinaire publiée par l'Institut de Recherches Économiques et Sociales. Elle est destinée à nourrir la connaissance dans les domaines intéressant l'ensemble des organisations syndicales : marché du travail et politiques d'emploi, politique économique, revenus et protection sociale, conditions de travail et activité de travail, modes de gestion des salariés, relations professionnelles. S'adressant aux chercheurs, praticiens et experts venant de différentes disciplines (droit, économie, gestion, histoire, sociologie, sciences politiques), La Revue de l'IRES porte une attention particulière aux articles novateurs issus d'enquêtes empiriques ou mobilisant une méthodologie originale, ainsi qu'aux éclairages comparatifs internationaux sur les relations sociales.

Les articles proposés pour publication à La Revue de l'IRES sont évalués de façon collégiale par un comité de lecture formé du directeur de l'IRES, de la rédactrice en chef de la revue, d'un(e) rapporteur(e) interne et de la secrétaire de rédaction (acceptation pour discussion en réunion d'équipe, demande de modifications préalables ou refus). Lorsque le projet d'article est accepté, l'auteur en fait une présentation lors d'un séminaire composé des chercheurs de l'IRES et des conseillers techniques des organisations syndicales réunis en comité de lecture. À la suite de la réunion, une synthèse des remarques du comité de lecture est transmise à l'auteur pour modification avant l'envoi de sa version finale.

Les propos tenus par les auteurs n'engagent qu'eux et ne reflètent en aucun cas la position de l'IRES sur les thématiques traitées.

Le fait de soumettre un article à La Revue de l'IRES vaut accord autant pour la diffusion de son édition papier que son édition électronique (sur le site de l'IRES comme sur le site Cairn.info).

Modalités d'envoi : les articles, qui ne doivent pas excéder 60 000 signes (notes et tableaux compris), doivent être envoyés au secrétariat de rédaction de la revue (julie.baudrillard@ires.fr). Voir les consignes aux auteurs sur le site de l'IRES (www.ires.fr).

L'IRES

L'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) a été créé en 1982 par l'ensemble des organisations syndicales représentatives françaises, avec le concours du gouvernement. La CFDT, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT, la CGT-FO et l'UNSA-Éducation le gèrent en commun depuis cette date.

L'IRES est juridiquement constitué sous forme d'association. Son assemblée générale est composée de neuf syndicalistes, neuf personnalités scientifiques et quatre représentants du Premier ministre. Son bureau regroupe six syndicalistes, un par organisation constitutive. La présidence est assumée à tour de rôle par le représentant de l'une d'entre elles. Le directeur est un universitaire.

Ses ressources sont assurées par une subvention publique de l'État et par des conventions de recherche.

Ses missions

L'Institut a pour vocation d'apporter aux organisations syndicales des éléments d'appréciation et d'analyse sur l'ensemble des questions économiques et sociales.

Pour réaliser ses missions, l'IRES procède selon deux modalités.

- D'une part, un centre de recherche et de documentation regroupe une trentaine de personnes : chercheurs, documentalistes et administratifs. Il se consacre à la réalisation d'un programme à moyen terme approuvé par l'assemblée générale.

- D'autre part, il soutient l'effort de recherche propre à chaque centrale. Pour cela, après accord de l'assemblée générale, il finance des programmes réalisés par des équipes choisies par chacune des organisations. Les résultats de ces recherches sont mis à la disposition de l'ensemble d'entre elles. On peut se les procurer auprès de chaque centrale. L'ensemble de ces activités est regroupé sous l'appellation Agence d'Objectifs.

Les thèmes plus précis de recherche privilégient les questions relatives au travail, aux stratégies économiques, à la protection sociale et aux relations professionnelles.

Assemblée générale de l'IRES

Neuf syndicalistes

Membres du Bureau :

Marie-Laurence BERTRAND, CGT
Fabrice COQUELIN, UNSA-Éducation
Bernard IBAL, CFTC
Franck LOUREIRO, CFDT
Franck MIKULA, CFE-CGC
Éric PERES, CGT-FO
Membres de l'Assemblée générale :
Sébastien DUPUCH, CGT-FO
Philippe PORTIER, CFDT
Fabienne ROUCHY, CGT

Quatre représentants du Premier ministre

Nicolas CARNOT, *Directeur des études et des synthèses économiques, INSEE*
Gilles DE MARGERIE, *Commissaire général, France Stratégie*
Fabrice LENGART, *Directeur de la DREES*
N.N.

Neuf personnalités scientifiques

Denis ADAM, *Délégué général du CHA*
Mario CORREIA, *Maître de conférences à l'université de Méditerranée*
Cécile GUILLAUME, *Professeure associée à l'Université de Roehampton*
Donna KESSELMAN, *Professeure à l'université Paris-Est Créteil*
Bernard LAURENT, *Professeur à l'École de management de Lyon*
David MEYER, *Conseiller économique, social et environnemental*
Sandrine MICHEL, *Professeure à l'université Montpellier I*
Angel PINO, *Professeur à l'université Michel de Montaigne Bordeaux 3*
Frédéric REY, *Maître de conférences au Cnam - laboratoire Lise-Cnrs*

Ce numéro spécial de *La Revue de l'IREs* porte sur l'assurance santé et, en particulier, sur le rôle des assurances privées, à but lucratif ou non, dans le financement des dépenses de santé en France et aux États-Unis. Issues pour l'essentiel de travaux menés dans le cadre de l'ANR Marché du Risque Santé (MaRiSa), les contributions présentées sur ces deux pays offrent des regards croisés qui permettent de revisiter les transformations de la couverture des dépenses de santé en France à la lumière des imbrications entre opérateurs publics et privés mises en évidence depuis longtemps outre-Atlantique. Si les deux pays se distinguent par la trajectoire historique et l'organisation de leur système de santé, ils connaissent cependant une même tendance au brouillage de la frontière public/privé en matière d'assurance santé qui se réalise à la faveur de la rétraction de l'assurance maladie obligatoire et de la reconfiguration de ses programmes. Empruntant des voies différentes en France et aux États-Unis, ce mouvement se traduit dans les deux pays par un développement de l'assurance santé privée qui s'accompagne d'une segmentation de la population et d'une fragmentation des mécanismes de solidarité, avec pour effet d'accroître les inégalités d'accès aux soins.