



HAL
open science

Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse

Marion del Sol

► **To cite this version:**

Marion del Sol. Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse. *Droit Social*, 2014, pp.165-173. hal-02918483

HAL Id: hal-02918483

<https://hal.science/hal-02918483v1>

Submitted on 21 Aug 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Études

Rubrique de l'étude

Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse

L'essentiel

À de rares exceptions près, les analyses du processus de généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés sont restées cantonnées au champ de la protection sociale d'entreprise ou d'origine professionnelle et ont salué l'avancée sociale réalisée. Des éléments de controverse existent pourtant, le principal d'entre eux conduisant à s'interroger sur la pertinence de conditionner le droit à une couverture complémentaire santé au statut d'emploi de la personne.

par Marion Del Sol

Professeur à l'université de Rennes 1 –
IODE (UMR CNRS 6262) – Université de Rennes 1

Lors de son discours de clôture prononcé à l'occasion du 40^e Congrès de la Mutualité le 20 octobre 2012, le président de la République s'était engagé à permettre à tous les Français d'accéder « à une couverture complémentaire de qualité à l'horizon 2017 », manière d'acter que le droit à une couverture complémentaire est devenu une condition *sine qua non* de l'accessibilité financière aux soins. Or les partenaires sociaux signataires de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013¹ ont pris de vitesse les pouvoirs publics en se saisissant de la couverture santé comme objet de négociation. Dans une négociation portant essentiellement sur le droit du travail, la généralisation de la couverture santé a servi de monnaie d'échange en méconnaissance de tous les enjeux périphériques associés à une telle mesure, enjeux qui dépassent très largement les seuls rapports professionnels². Ce faisant, la promotion du dialogue social montre ses limites, mais également ses dangers.

En effet, en transformant l'incitation faite aux employeurs de financer des dispositifs de protection

sociale complémentaire en obligation, les signataires de l'ANI modifient substantiellement l'équilibre du système d'assurance maladie, ce qui ne va pas sans soulever des interrogations de fond. Si l'entreprise est sans conteste un territoire de santé, elle n'est pas nécessairement un lieu pertinent pour le développement de la complémentaire santé. En ce sens, une lecture critique du processus de généralisation de la couverture santé des salariés impulsé par l'ANI mérite d'être réalisée au-delà de la seule question des clauses de désignation qui a tellement alimenté la chronique juridique ces derniers temps.

Pour ce faire, il conviendra tout d'abord de prendre l'exacte mesure de la généralisation telle qu'exprimée conventionnellement et transcrite par voie législative³. Sur un plan qualitatif, il est à craindre que le résultat soit en demi-teinte et la généralisation en trompe-l'œil (I)⁴. Il importera ensuite de s'interroger sur la pertinence de la voie empruntée pour généraliser la couverture complémentaire santé, voie qui, à bien des égards, semble à

¹ Ci-après appelé ANI. Accord pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.

² B. Petit, Généralisation des complémentaires santé : une approche davantage « sociale » que « sociétale », JCP S 2013. 1309.

³ L. n° 2013-504, 14 juin 2013, relative à la sécurisation de l'emploi, JO 17 juin.

⁴ Pour autant, notre propos ne consiste ni à fustiger les partenaires sociaux, ni à « délégitimer » le dialogue social, ni à remettre en cause la nécessité de favoriser l'accessibilité financière des soins.

contre-courant de certaines évolutions significatives ayant touché ces dernières années le système d'assurance maladie (II). Enfin, la métamorphose des rapports entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire n'étant désormais plus « silencieuse »⁵, il s'agira de saisir la contribution du processus de généralisation au remodelage du paysage des protections complémentaires et du système d'assurance santé dans sa globalité (III).

I. — UNE VICTOIRE À LA PYRRHUS POUR LES SIGNATAIRES DE L'ANI

Saisir l'ANI dans sa globalité conduit sans conteste à relativiser l'une des contreparties obtenues par les syndicats salariés signataires que constitue l'obligation d'une couverture complémentaire santé au bénéfice des salariés. Prise isolément, cette contrepartie doit tout autant être relativisée au point de pouvoir considérer que les syndicats signataires ont finalement obtenu en la matière une victoire à la Pyrrhus.

De prime abord, la généralisation d'une couverture frais de santé dans un cadre collectif ne présente que des avantages : un coût attractif⁶, un niveau et une qualité de couverture plus élevés que dans les contrats souscrits à titre individuel⁷, une cotisation déconnectée du risque individuel (mutualisation et, sous l'effet de l'article 2 de la loi Évin du 31 décembre 1989, absence de sélection dans les contrats à adhésion obligatoire). C'est sans doute ces éléments que les signataires salariés de l'ANI avaient présents à l'esprit lorsqu'ils ont obtenu de rendre obligatoire une couverture complémentaire santé au bénéfice des salariés. Mais les modalités de mise en œuvre retenues démontrent une méconnaissance certaine de l'environnement juridique dans lequel un tel processus s'inscrit. Tant au plan quantitatif (population couverte) que qualitatif (niveau de couverture), les résultats risquent de ne pas être à la hauteur des attentes suscitées par l'annonce de la généralisation.

A — UNE GÉNÉRALISATION À RELATIVISER

À l'heure actuelle, 96 % des personnes disposeraient déjà d'une couverture frais de santé acquise, majoritairement, par la souscription d'un contrat individuel. Au terme du processus de généralisation, le pourcentage de personnes couvertes sera mécaniquement plus élevé⁸. Mais l'effet principal résidera dans l'inversion de la pro-

portion de personnes couvertes par des couvertures individuelles ou par des couvertures collectives, puisqu'une partie des 3,5 à 4,2 millions de salariés⁹ non couverts en santé par leur entreprise « basculera » dans le champ du collectif¹⁰. Au regard des avantages que représente en l'état actuel des choses le bénéfice d'une couverture collective par rapport à un contrat souscrit à titre individuel, il convient de prendre la mesure du basculement à venir. Cela suppose, d'une part, un bref rappel du champ d'application de l'obligation de couverture complémentaire en santé et, d'autre part, des développements sur les limites intrinsèques du nouveau dispositif.

1. Le champ d'application de la généralisation, limite extrinsèque

Le rappel du champ d'application du processus de généralisation en permet la délimitation. Les salariés du secteur privé, toutes branches confondues¹¹, constituent les bénéficiaires cibles de la généralisation. *A contrario*, toutes les personnes en inactivité sont en périphérie de la généralisation parce qu'en périphérie de l'emploi (notamment étudiants, retraités, chômeurs). De plus, parmi la population active, n'entrent pas dans le périmètre les travailleurs indépendants ni les agents, ayant ou non un statut de fonctionnaires, des trois fonctions publiques¹², pas davantage que les salariés des entreprises à statut telles que la SNCF ou EDF.

2. Les limites intrinsèques de la généralisation

En rendant obligatoire une couverture frais de santé au bénéfice des salariés, les signataires de l'ANI et le législateur transforment le modèle existant de protection sociale complémentaire d'entreprise caractérisé par sa logique incitative. Cependant, cette mutation s'inscrit dans un environnement juridique resté en partie inchangé et dont les signataires de l'ANI n'ont manifestement pas perçu les effets potentiellement limitatifs. Le champ effectif d'application de la généralisation risque dès lors d'être rogné par le jeu de certaines dispositions du décret du 9 janvier 2012 et de la loi Évin du 31 décembre 1989.

5 D. Tabuteau, La métamorphose silencieuse des assurances maladie, Dr. soc. 2010. 85-92.

6 Coût attractif en raison du jeu conjugué de la mutualisation entre les membres du personnel, de la participation patronale et du pouvoir de négociation de l'entreprise. Ainsi, l'effort financier pour le salarié est très généralement tout à fait supportable et, en moyenne, très largement inférieur à une cotisation individuelle.

7 Pour des comparaisons, v. M.-L. Arnould et G. Vidal, Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006, DREES, Études et résultats, n° 663, oct. 2008 – V. aussi M. Garnerio et V. Le Palud, Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010, DREES, Études et résultats, n° 837, avr. 2013.

8 Une projection réalisée par un cabinet d'actuariat estime qu'on peut attendre une augmentation de un point des personnes couvertes, ce qui ferait chuter le taux de non-couverture en 2016 à 3 % au lieu de 4 % aujourd'hui. V. ANI, un transfert massif de l'individuel vers le collectif, Actuaris, lettre Infotech n° 26.

9 L'estimation est délicate et, dans sa fourchette haute, est le fruit d'une extrapolation faite des résultats des travaux de l'IRDES. Pour une vue à la fois quantitative et qualitative, v. M. Perronin, A. Pierre et T. Rochereau, L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009, Les rapports de l'IRDES, n° 1890, juill. 2012, 201 p.

10 La projection réalisée par le cabinet Actuaris (préc.) souligne cette inversion. Ainsi, le taux de couverture individuelle passerait de 60 % à 43 % et le taux de couverture collective de 36 % à 54 %.

11 La transcription légale de l'ANI permet d'englober tous les secteurs d'activité et non pas seulement ceux couverts par les organisations patronales signataires de l'ANI, à savoir le MEDEF, l'UPA et la CGPME.

12 Sur les modalités d'accès à une couverture complémentaire de ces catégories, v. *infra*.

Le décret du 9 janvier 2012¹³ précise à quelles conditions une couverture complémentaire mise en place par l'entreprise peut être réputée à la fois collective et (à adhésion) obligatoire et ouvrir ainsi droit à un régime social de faveur pour le financement patronal. Bien que les employeurs ne soient pas juridiquement tenus de paramétrer les dispositifs en référence à ces dispositions réglementaires, la réalité est tout autre puisque le bénéfice du traitement social de faveur est déterminant de l'instauration de telles couvertures. Or, afin de juguler le coût de la couverture santé, les entreprises pourront être tentées de recourir aux dispositions qui sont susceptibles de limiter le nombre de bénéficiaires sans remise en cause de la déductibilité du financement patronal de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Il peut notamment être fait usage de la possibilité de fixer une condition d'ancienneté à l'accès à la couverture collective, dont la durée ne peut toutefois excéder six mois pour les frais de santé (CSS, art. R. 242-1-2). Seront alors exclus du bénéfice de la complémentaire santé tous les salariés en CDD dont le contrat prévoit une durée au plus égale à la limite d'ancienneté retenue¹⁴. À l'heure où les embauches se réalisent massivement par voie de CDD¹⁵, le jeu de l'article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale représente un frein important aux ambitions tant en matière de généralisation que de portabilité, le bénéfice de celle-ci étant conditionné par le bénéfice préalable de la couverture collective¹⁶.

La portée effective de la généralisation dépendra également de la norme juridique utilisée. En effet, le nouvel article L. 911-7 du code de la sécurité sociale précise que l'article 11 de la loi Évin doit être respecté par les employeurs faisant bénéficier leurs salariés d'une couverture par décision unilatérale. En application de ce texte, tout salarié présent dans l'entreprise au moment où cette décision intervient « ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système ». Lui est ainsi reconnu le droit de refuser la couverture d'entreprise lorsqu'une quote-part de financement est mise à sa charge. Autrement dit, le mode opératoire utilisé ne sera pas neutre sur l'effectivité de la généralisation ; si l'effet obligatoire et général d'un accord collectif de branche ou d'entreprise n'ouvre pas de « droit

individuel de ne pas entrer », il n'en va pas de même de la décision unilatérale. Or, si les négociations de branche et d'entreprise n'aboutissent pas avant le 1^{er} janvier 2016, l'obligation de couverture prendra effet par décision unilatérale. L'effectivité de la généralisation risque alors d'être mise à mal par la « résistance »¹⁷ de certains salariés qui pourront être d'autant plus enclins à mobiliser l'article 11 que la couverture collective sera de faible qualité.

B — LE RISQUE D'UNE COUVERTURE A MINIMA

Il ne s'agit pas de nier que la généralisation de la couverture santé au bénéfice des salariés du secteur privé contribue à l'amélioration de leurs conditions de travail *lato sensu*. Les modalités auxquelles il est recouru pour atteindre cet objectif font toutefois débat et portent en germe le risque de couvertures d'un moindre niveau que celles qui existent à l'heure actuelle.

1. L'enjeu de la norme utilisée pour la mise en œuvre de l'obligation de couverture

La loi du 14 juin 2013, relayant fidèlement les dispositions de l'ANI, institue un mécanisme en tiroirs. Le premier tiroir oblige les négociateurs de branche à se saisir de la question¹⁸. Le deuxième tiroir a vocation à être ouvert par les entreprises relevant d'une branche n'ayant pas réussi, avant le 1^{er} juillet 2014, à conclure un accord ; si elles sont dotées d'un délégué syndical, elles devront engager des négociations. Enfin, subsidiairement, un troisième tiroir s'imposera aux entreprises n'étant pas parvenues, au 1^{er} janvier 2016, à instituer par la voie négociée une couverture des frais de santé pour leurs salariés ou dans lesquelles il n'y a pas de présence syndicale ; par décision unilatérale, l'employeur devra alors faire bénéficier les salariés de son entreprise d'une couverture au moins aussi favorable que la couverture minimale dont les caractéristiques seront définies prochainement par voie réglementaire (CSS, art. L. 911-7, I).

Il y a fort à parier que les très nombreuses branches où n'existe pas encore de dispositif à adhésion obligatoire de frais de santé¹⁹ ne franchiront pas le pas dans le délai imparti par le législateur, à savoir le 1^{er} juillet 2014. Plusieurs raisons peuvent être avancées. Si les partenaires sociaux n'ont pas trouvé hier d'accord relatif à l'instauration d'un régime frais de santé au sein de leur secteur professionnel, il n'existe pas de raison objective pour,

¹³ Décr. n° 2021-25, 9 janv. 2012, relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, JO 11 janv. ; v. M. Del Sol, Caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire : il est (enfin !) venu le temps du décret, Lexbase, éd. soc., n° 472, 9 févr. 2012.

¹⁴ Les salariés recrutés en CDI seront également privés du bénéfice de la couverture pendant la durée de leur période d'essai (dans la limite maximale de la durée de la condition d'ancienneté fixée).

¹⁵ Au cours du premier trimestre 2013, le recrutement en CDD a représenté 82,4 % des embauches dans les entreprises d'au moins 10 salariés. V. Les mouvements de main-d'œuvre au 1^{er} trimestre 2013 – DARES, Indicateurs, n° 053, sept. 2013.

¹⁶ Par ailleurs, le décret de janv. 2012 permet la prévision de dispenses d'adhésion en raison soit d'une situation de double couverture (bénéfice de la CMUC ou encore d'une couverture d'origine professionnelle à des qualités d'ayant droit...), soit d'une situation particulière d'emploi (par exemple CDD de moins de 12 mois). En l'état actuel des textes, les dispenses ne jouent pas de plein droit, leur mise en œuvre étant laissée à l'initiative de chaque salarié concerné. Il est donc difficile d'anticiper sur leurs effets limitatifs de la généralisation. V. CSS, art. R. 242-1-6.

¹⁷ L. Lautrette, Justification, conditions et limites de la résistance d'un salarié à son affiliation à l'assureur intervenant dans l'entreprise, Dr. soc. 2013. 887.

¹⁸ Sont concernées, d'une part, les branches dans lesquelles ne pré-existe pas un accord instituant un régime « frais de santé » et, d'autre part, celles dans lesquelles le régime institué n'est pas, en termes de garanties et de financement, au moins aussi favorable que le cadre minimal applicable par défaut.

¹⁹ Selon une étude effectuée par la Comarep (Commission des accords de retraite et de prévoyance), sur les 270 plus grosses branches d'activité du secteur privé, hors métallurgie, seules 48 (soit 18 %) disposaient en 2011 d'un régime de frais de santé. Comarep, rapport d'activité 2011 (rendu public en avr. 2012), spéc. p. 43 s.

qu'aujourd'hui, ils parviennent à dégager un compromis en ce sens. Qui plus est, un tel accord est sans doute encore plus difficile à trouver dans le contexte actuel en raison des incertitudes juridiques existant sur les contours et surtout le niveau des garanties minimales (v. *infra*), mais également de l'impossibilité d'insérer une clause de désignation. Enfin, l'obligation pour tout employeur, en l'absence de cadre conventionnel, de faire bénéficier ses salariés d'une couverture minimale à compter du 1^{er} janvier 2016 peut contribuer aux attermolements des négociateurs de branche qui ne sont pas nécessairement désireux de « forcer la main » aux petites entreprises ni de déstabiliser les dispositifs conventionnels d'entreprise préexistants.

L'atonie actuelle des négociations de branche semble donner réalité à cette crainte. Cela signifie que, *in fine*, la généralisation s'effectuera peu par l'instauration de véritables régimes professionnels et massivement par de simples couvertures frais de santé. La protection en résultant sera donc moins ambitieuse puisque les financements seront affectés de façon quasi exclusive à l'acquisition de garanties sans qu'une quote-part soit réservée à l'organisation de mécanismes de solidarité tels que des mesures d'action sociale (par exemple, prise en charge de la cotisation salariale pour les salariés à très faibles revenus) et de prévention. Certes, l'article 1^{er} de la loi relative à la sécurisation de l'emploi précise que, le cas échéant, la négociation peut porter sur « les modalités selon lesquelles des contributions peuvent être affectées au financement de l'objectif de solidarité, notamment pour l'action sociale et la constitution de droits non contributifs ». Mais l'impossibilité d'accorder désormais un monopole de gestion à un assureur²⁰ et l'absence d'incitation pour les entreprises à recourir à l'éventuelle recommandation faite par la branche²¹ font très sérieusement douter que des éléments de solidarité seront négociés. Comme l'écrit J. Barthélémy, « à défaut de pouvoir contraindre toutes les entreprises à alimenter le pot commun, [des] droits non contributifs ne peuvent être concrétisés »²².

L'inconstitutionnalité des clauses de désignation conduit également à douter que les branches s'engagent résolument dans la détermination d'un contrat de référence dont la tarification serait renvoyée à la discussion contractuelle de gré à gré entre chaque entreprise de la branche et l'assureur choisi par celle-ci.

2. Les incertitudes relatives à la qualité des futures couvertures

Des incertitudes planent sur l'étendue et le niveau de prise en charge des couvertures. Une double contrainte s'impose toutefois.

D'une part, les contrats « frais de santé conclus avec l'organisme assureur devront satisfaire aux conditions des contrats "solidaires" et "responsables" »²³. La première condition influe sur les conditions de tarification puisque les cotisations ne peuvent être fixées en fonction de l'état de santé des assurés, ce qui introduit de la solidarité entre bien portants et malades. La seconde condition encadre certains paramètres de prise en charge afin de faire participer les complémentaires santé à la maîtrise des dépenses de santé et au respect du parcours de soins coordonné institué par la loi du 13 août 2004. En l'état actuel des textes le régissant²⁴, un contrat « responsable » ne doit pas prendre en charge certains frais (participation forfaitaire de un euro, « franchises » médicales), doit limiter certaines prises en charge (notamment les majorations qui résultent du non-respect par l'assuré du parcours de soins) et est tenu de prendre en charge les frais liés au recours au médecin traitant ainsi que des actions de prévention²⁵.

D'autre part, la généralisation doit conduire au bénéfice de la couverture minimale mentionnée au nouvel article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Ce texte dispose que la couverture minimale devra comprendre une prise en charge totale ou partielle du ticket modérateur au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, du forfait journalier hospitalier et des frais exposés au-delà des tarifs de responsabilité pour des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement. Mais le législateur renvoie à un décret la fixation de la liste des dispositifs médicaux compris dans ce « panier » ainsi que le niveau de la prise en charge des garanties. À ce jour, le texte réglementaire n'est toujours pas paru²⁶ alors que c'est lui qui donnera l'impulsion et l'ambition de la généralisation. Il n'est dès lors pas certain que les couvertures collectives instituées en application de la loi du 14 juin 2013 se révèlent d'aussi bonne qualité que celles déjà existantes. Si une montée en gamme des contrats collectifs a été enregistrée entre 2006 et 2010, accroissant l'écart qualitatif avec les contrats individuels²⁷, un mouvement inverse pourrait s'amorcer au

²⁰ En raison de l'annulation par le Conseil constitutionnel des clauses de désignation et de la suppression de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale : Cons. const., 13 juin 2013, n° 2013-672 DC, Dr. soc. 2013. 673, étude J. Barthélémy ; *ibid.* 680, étude D. Rousseau et D. Rigaud ; Constitutions 2013. 400, chron. A.-L. Cassard-Valembos ; RTD civ. 2013. 832, obs. H. Barbier.

²¹ Dans la LFSS pour 2014 déferée au Conseil constitutionnel, est fait place aux clauses de recommandation et était prévue une incitation financière pour les entreprises contractant auprès de l'assureur recommandé par la branche (pour les entreprises d'au moins 10 salariés, forfait social sur les financements de 8 % au lieu de 20 % ; pour les entreprises de moins de 10 salariés, absence de forfait social au lieu d'un forfait de 8 %). Sans invalider les clauses de recommandation, le Conseil constitutionnel a toutefois annulé le mécanisme incitatif au motif qu'il emporte une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques : Cons. const., 19 déc. 2013, n° 2013-682 DC.

²² J. Barthélémy, Les fondamentaux du droit de la « PSC », Dr. soc. 2013. 877.

²³ Cette exigence existait déjà, mais elle était une simple condition du bénéfice pour l'entreprise du régime fiscal et social de faveur concernant son financement. Il s'agit désormais d'une exigence de fond.

²⁴ V. *infra* les évolutions à venir de ces contrats sous l'effet de la LFSS pour 2014.

²⁵ CSS, art. L. 871-1.

²⁶ Au regard des points de convergence entre la nouvelle exigence des contrats « responsables » et certains éléments de la couverture minimale (prise en charge des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement), on peut espérer une intervention réglementaire unique.

²⁷ M. Garnero et V. Le Palud, Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010, DRESS, Études et résultats, avr. 2013, n° 987.

terme du processus de généralisation. Quoi qu'il en soit, il importerait de regarder attentivement les effets induits de ce « panier » minimal afin de savoir s'il en résultera un appauvrissement des couvertures d'origine professionnelle, y compris pour les salariés déjà couverts aujourd'hui.

« Il faut [donc] craindre une application minimaliste de la loi »²⁸. Si l'incertitude sur le contenu de la couverture minimale en est sans aucun doute une des raisons, elle n'est pas la seule. La nécessité de maîtriser l'engagement financier global induit par l'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013 sera sans conteste déterminante. Non seulement les entreprises non couvertes devront financer à hauteur d'au moins 50 % la couverture minimale, mais il conviendra également d'intégrer le coût de la portabilité dont bénéficieront « à titre gratuit » les anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage. Si des divergences d'appréciation existent sur la répartition de la charge du financement de la portabilité²⁹, il est en tous les cas certain qu'il en résultera un renchérissement difficile à mesurer et à maîtriser risquant d'engendrer une certaine frilosité des négociateurs et des entreprises. Une « sorte d'échec en demi-teinte de la généralisation des couvertures complémentaires santé »³⁰ semble se profiler, qui ne doit toutefois pas occulter les avancées en matière de portabilité ni faire oublier les dispositions protectrices d'ordre public de la loi Évin.

II – UN PROCESSUS À CONTRE-COURANT À LA LÉGITIMITÉ DISCUTABLE

Au fil des évolutions, le droit à l'assurance maladie obligatoire s'est détaché de la logique bismarckienne pour se muer en un droit personnel. Alors que la nécessité d'une couverture santé complémentaire est devenue une évidence et un élément à part entière du système d'assurance maladie, la voie empruntée pour la généraliser pose question. Promouvoir le cadre professionnel apparaît à contre-courant de certaines tendances enregistrées depuis plusieurs années.

A – L'UNIVERSALISATION DU DROIT À L'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Le texte fondateur de la Sécurité sociale présente celle-ci comme une organisation destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre certains risques sociaux³¹ susceptibles, notamment, de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. La logique est bismarckienne, les méca-

nismes de protection se construisant sur la base du statut d'emploi ou du secteur d'activité et emportant création de régimes professionnels de sécurité sociale (régime général pour les travailleurs salariés, régimes des indépendants, régime agricole ainsi que certains régimes spéciaux tels que celui des fonctionnaires).

Cette structuration et la logique qui la sous-tend conservent une grande partie de leur actualité. Elles ont cependant connu une évolution notable dans le champ du risque maladie dont le tournant est la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU)³². Avec ce texte, l'universalisation du droit à l'assurance maladie de base devient réalité puisque toute personne bénéficie désormais d'un droit à couverture maladie de base.

Il convient de s'entendre ici sur les contours de l'universalisation. Même si cela fut un temps envisagé, il ne s'est pas agi d'instituer un régime universel d'assurance maladie puisque les régimes catégoriels, reposant sur une base professionnelle, n'ont pas été affectés. Le principe d'affiliation demeure celui de l'activité professionnelle, complété par le critère familial pour le rattachement des ayants droit de l'assuré. En revanche, l'apparition du critère subsidiaire de résidence permet l'accès à une couverture de base pour toute personne qui en était dépourvue en raison de l'impossibilité de satisfaire soit au critère professionnel, soit au critère familial. En ce sens, le droit au bénéfice de l'assurance maladie de base se teinte d'universalité et devient implicitement un droit attaché à la personne. Il est d'ailleurs à souligner que les conditions d'activité permettant l'ouverture des droits à prestations en nature au titre du régime général ont été assouplies afin d'éviter qu'elles pénalisent les personnes touchées par la précarisation du marché du travail. En dernier lieu, on peut citer un décret du 27 décembre 2013³³ qui est assez emblématique du recul du critère professionnel. En effet, l'allègement des conditions exprimées en heures travaillées d'activité y est significatif (de 1 200 heures à 400 heures) et est allongée la durée des droits à partir du moment où les conditions d'ouvertures sont remplies (3 ans au lieu de 2 actuellement).

Pour remarquable qu'elle soit, cette évolution semble brouillée car elle ne s'accompagne pas d'une uniformisation des régimes³⁴, les conditions d'ouverture des droits n'étant pas alignées. Ces différences doivent toutefois être très fortement relativisées, car, quel que soit le régime de rattachement, le périmètre et le niveau de prise en charge des soins sont identiques ; les prestations sont universelles.

²⁸ P. Coursier, *Quelle généralisation pour quelle couverture complémentaire santé ?*, JCP S 2013. 1268, n° 49.

²⁹ Pour certains, les employeurs auront tendance à prendre intégralement en charge le coût de la portabilité lors de chaque départ (G. Briens, *La nouvelle portabilité des garanties de protection sociale complémentaire*, Dr. soc. 2103. 899) ; d'autres considèrent qu'il sera recouru à un financement mutualisé par anticipation pesant sur les cotisations des actifs dont au moins la moitié sera assumée par l'employeur (V. Roulet, *La portabilité des droits de prévoyance au vu de la sécurisation de l'emploi*, Dr. soc. 2013. 905).

³⁰ P. Coursier, préc., n° 49.

³¹ Ord. n° 45-2250, 4 oct. 1945, portant organisation de la sécurité sociale, art. 1^{er}.

³² L. n° 99-641, 27 juill. 1999, portant création d'une couverture maladie universelle. Voir le numéro spécial consacré à la CMU par la revue *Droit social* en janv. 2000.

³³ Décr. n° 2013-1260, 27 déc. 2013, portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, JO 29 déc.

³⁴ Pour cette raison, certains considèrent que la loi CMU emporte généralisation plutôt qu'universalisation. V. M. Kerleau, *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 2012/1, n° 9, p. 171-189.

La segmentation par régime s'en trouve estompée comme en atteste également la logique inter-régimes promue par la loi du 13 août 2004 en matière de pilotage de l'assurance maladie³⁵. En matière d'assurance maladie de base (dans son volet « prestations en nature »), « l'empreinte bismarckienne »³⁶ s'est considérablement effacée, la prise en charge s'opérant en fonction des seuls besoins de soins et sans influence de la catégorie professionnelle de rattachement³⁷.

B — LE STATUT D'EMPLOI, CRITÈRE CONTROVERSÉ DU DROIT À UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La voie empruntée pour généraliser la couverture complémentaire santé contraste avec l'évolution précédemment décrite en matière de couverture de base. Avec l'ANI du 11 janvier et la loi du 14 juin 2013, le droit à une complémentaire santé est dépendant de la situation d'emploi, actuelle ou passée³⁸.

De prime abord, cela ne surprend pas puisque les pouvoirs publics ont développé, parfois de longue date, des politiques d'incitation en faveur de la souscription de couvertures complémentaires dans un cadre professionnel. Il en va ainsi des contrats dits Madelin pour les travailleurs indépendants³⁹, mais également des couvertures souscrites par les entreprises au bénéfice de leurs salariés. Ainsi, la loi portant création de la CMU oblige les entreprises dotées de délégués syndicaux à engager tous les ans une négociation sur le thème de la complémentaire maladie lorsque les salariés ne sont pas couverts en vertu d'un accord de branche ou d'entreprise⁴⁰; ce même texte conditionne l'extension des conventions collectives à l'existence de dispositions relatives aux modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie⁴¹. Parallèlement, un régime social et fiscal de faveur peut bénéficier aux entreprises qui s'engagent dans le financement d'une protection sociale complémentaire au bénéfice de leur personnel. Plus récemment, le décideur public a fait le choix d'utiliser cette incitation financière forte⁴² comme levier pour orienter les initiatives des entreprises vers des couvertures collectives à adhésion obligatoire car elles présentent l'avantage d'assurer un degré plus élevé de mutualisa-

tion soit au niveau de l'entreprise, soit au niveau de la branche. D'une certaine façon, il s'agit de privilégier des dispositifs « socialisés » qui se rapprochent *mutatis mutandis* du système d'assurances sociales⁴³.

Mais le parallèle avec l'assurance maladie de base ne peut prospérer davantage. En effet, le HCAAM⁴⁴ a souligné que « les ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance (inactifs, fonctionnaires, salariés non couverts, notamment des petites entreprises, et professions indépendantes) supportent des taux d'effort nettement plus élevés [pour acquérir une complémentaire santé]. Notamment, le statut au regard de l'emploi devient un déterminant majeur de la couverture maladie »⁴⁵. Certes, la généralisation obligatoire attirera mécaniquement certains ménages non actuellement couverts dans le champ de ces dispositifs « socialisés ». Le statut d'emploi (salarié du secteur privé) n'en restera pas moins discriminant, puisque le droit à une couverture complémentaire sera désormais conditionné par la situation professionnelle alors que, dans le même temps, le droit à une couverture de base est attaché à la personne. C'est finalement là toute la différence entre l'universalisation d'un droit et sa simple généralisation.

Le résultat de ce processus à contre-courant conduit « à un modèle inédit d'assurance-maladie juxtaposant une Sécu de base de type "beveridgien" universelle et étatisée [...] et une Sécu "bismarckienne" paritaire, professionnelle et corporatiste »⁴⁶. Et l'on peut s'interroger sur la légitimité des partenaires sociaux à se saisir de la complémentaire santé comme d'un objet de négociation sociale standard, c'est-à-dire susceptible de ne produire des effets que dans le cadre de la relation d'emploi. Or, par les choix effectués « en vase clos » sans concertation avec toutes les parties prenantes, c'est l'ensemble du système d'assurance maladie qui va se trouver bouleversé. L'interrogation est d'autant plus forte que des enquêtes montrent que la survenance du risque maladie varie davantage en fonction de critères tenant à la personne (notamment âge et état de santé) qu'en fonction du type d'activité ou de la taille de l'entreprise⁴⁷.

D'ailleurs, jusqu'à présent, les branches professionnelles ne s'étaient que peu mobilisées sur ce thème de négociation, considérant sans doute le financement de garanties « frais de santé » comme un outil à disposition des entreprises, outil dont l'usage peut servir des objectifs divers propres à chaque structure (notamment politiques de rémunération, stratégie de ressources humaines⁴⁸). Par

³⁵ Création de l'UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie.

³⁶ M. Kerleau, préc., p. 174.

³⁷ La structure de financement de l'assurance maladie contribue également à l'universalisation. Les recettes de cette branche de la Sécurité sociale proviennent à plus de 50 % d'impôts et taxes affectés (spécialement la CSG) et non de cotisations.

³⁸ La situation passée d'emploi conditionne le droit à portabilité de la couverture en cas de cessation de la relation d'emploi.

³⁹ L'incitation est d'ordre fiscal, les travailleurs non salariés pouvant déduire de leur revenu professionnel imposable les cotisations d'un contrat de santé (ou de prévoyance) dans la limite d'un plafond.

⁴⁰ C. trav., art. L. 2242-11.

⁴¹ C. trav., art. L. 2261-22, 14°.

⁴² Déduction du financement patronal du revenu imposable de l'entreprise mais également, dans la limite d'un plafond élevé, de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (CSS, art. L. 242-1 et R. 242-1).

⁴³ M. Kerleau, Enjeux et pratiques autour du modèle collectif obligatoire de protection sociale complémentaire : la consistance des droits acquis en entreprise, in J.-P. Domin et a. (dir.), Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?, L'Harmattan, 2008. 167-180.

⁴⁴ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

⁴⁵ HCAAM, rapport 2013. 100.

⁴⁶ C. Le Pen, L'accord emploi ou la création d'une « Sécu bis », Le Cercle Les Échos, 8 avr. 2013.

⁴⁷ Baromètre santé Mercer, juin 2010.

⁴⁸ M. Kerleau et a., Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise, rapport pour la MiRe, 2008.

son impact sur l'architecture du système d'assurance maladie, l'assise professionnelle d'une généralisation de la couverture complémentaire santé fait incontestablement débat. Il en ira sans doute tout autrement du processus de généralisation de la prévoyance que l'ANI et la loi de sécurisation de l'emploi prévoient à compter de 2016, car les situations ouvrant droit à garanties de prévoyance (arrêts de travail, invalidité) ont souvent des causes professionnelles et, indépendamment de leurs origines, pèsent sur la performance de l'entreprise. Faire de l'entreprise un territoire de santé en développant la prévention et la promotion de la santé en adossement à des dispositifs de prévoyance prend alors tout son sens et sa pertinence. On ne peut pas en dire autant de la généralisation de la complémentaire santé.

III. — DES EFFETS SYSTÉMIQUES À NE PAS NÉGLIGER

Avec la généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés, est définitivement actée la nécessité de l'assurance complémentaire pour l'accès aux soins. Mais qui en doutait encore ?

S'il est difficile pour l'instant de spéculer sur le devenir des relations entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, il est d'ores et déjà possible de dessiner la nouvelle géographie de l'assurance privée en santé. Il est également intéressant de mettre en lumière quelques initiatives toutes récentes des pouvoirs publics qui sont autant de réactions au risque de déstabilisation systémique induit par la généralisation.

A — CONTRIBUTION À LA NOUVELLE GÉOGRAPHIE DE L'ASSURANCE PRIVÉE EN SANTÉ

Pour couvrir ses salariés, l'entreprise va souscrire un contrat sur le marché de l'assurance privée en santé dont les garanties se situent pour l'essentiel dans une relation de complémentarité avec la prise en charge réalisée par l'assurance maladie obligatoire. Si l'adossement aux prestations en nature de la Sécurité sociale est une caractéristique largement partagée par tous les contrats d'assurance santé, l'hétérogénéité des modalités d'accès à une assurance complémentaire est quant à elle remarquable et est accentuée, sans doute de façon définitive, par le processus de généralisation. Ce processus rend également vraisemblable l'essor de l'assurance surcomplémentaire.

1. La sanctuarisation de l'hétérogénéité de l'assurance complémentaire

Au fil du temps, par strates successives dont la généralisation est l'un des derniers – mais pas le moindre – avatars, l'assurance maladie complémentaire est devenue un véritable archipel dont les îlots correspondent aux principales voies d'accès à une couverture complémentaire :

- la CMUC ;
- les couvertures individuelles « sortie de CMUC » ;

- les couvertures acquises à titre individuel sans aide financière ;
- les couvertures acquises à titre individuel avec l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ;
- les couvertures individuelles « sortie ACS » (v. *infra*) ;
- les couvertures acquises à titre individuel dans un cadre collectif (travailleurs indépendants ayant souscrit un contrat Madelin, agents des trois fonctions publiques ayant ou non le statut de fonctionnaire) ;
- les couvertures acquises obligatoirement dans un cadre collectif par les actifs (salariés du secteur privé concernés par la généralisation) ;
- les couvertures individuelles « sortie de groupe » (bénéficiaires de l'article 4 de la loi Évin) ;
- les couvertures collectives maintenues à titre individuel à certains inactifs (bénéficiaires de la portabilité).

Parler de l'assurance maladie complémentaire en des termes généraux reviendrait à nier l'existence de ces îlots et surtout leurs différences, parfois substantielles, qui ne placent pas les bénéficiaires de la couverture dans des conditions comparables. Si l'effectivité de l'accès aux soins est désormais conditionnée par l'existence d'une couverture complémentaire, on ne doit pas pour autant se contenter de souligner le fort taux d'équipement qui devrait être de l'ordre de 97 % au terme du processus de généralisation (2016). Ce taux cache en effet une mosaïque de situations caractérisée par une forte hétérogénéité. Ainsi, les critères d'accès relèvent de registres différents : critère d'emploi ou lié à la situation antérieure d'emploi *versus* critère davantage social fondé sur le niveau de revenus (CMUC et ACS). Les conditions financières d'accès sont elles aussi diverses (gratuité pour la CMUC, « chèque santé » pour certaines couvertures individuelles, avantage fiscal pour les travailleurs indépendants, financement patronal d'au moins 50 % pour les salariés du secteur privé, financement de l'employeur souvent faible pour les agents des fonctions publiques, couverture gratuite pour les bénéficiaires de la portabilité). Enfin, le contenu des prises en charge n'est pas homogène : existent par exemple de significatives différences entre la prise en charge assurée par la CMUC et certaines couvertures individuelles⁴⁹, mais aussi dans le champ des couvertures professionnelles (selon les branches mais surtout la taille des entreprises, voire entre les catégories de salariés à l'intérieur d'une même entreprise⁵⁰).

En prenant les pouvoirs publics de vitesse, les partenaires sociaux contribuent à sanctuariser l'hétérogénéité

⁴⁹ M. Del Sol, De quelques faces cachées de l'accès à l'assurance maladie complémentaire individuelle, *Dr. soc.* 2012. 732.

⁵⁰ Rappelons que la Cour de cassation considère « qu'en raison des particularités des régimes de prévoyance [...], l'égalité de traitement ne s'applique qu'entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle » (Soc., 13 mars 2013, n^{os} 11-20.490 s., publié au Bulletin ; D. 2013. 778 ; *ibid.* 1026, obs. P. Lokiec et J. Porta) et que le décret du 9 janv. 2012 (CSS, art. R. 242-1-1) permet aux entreprises, en matière de frais de santé, d'instituer des dispositifs catégoriels (notamment cadres/non cadres) sous réserve que tout l'effectif soit couvert. M. Del Sol, Le principe d'égalité de traitement bouté hors du champ de la prévoyance, *Lexbase*, éd. soc., n^o 521, 28 mars 2013.

de l'assurance maladie complémentaire. En revanche, la situation ainsi créée pourra conduire l'État à envisager une remise à plat de l'ensemble des aides et incitations en faveur de la souscription ou du financement d'une couverture complémentaire. Les heures du régime fiscal et social de faveur dont bénéficie aujourd'hui le financement patronal sont peut-être comptées. À tout le moins, la question devrait être prochainement mise en débat, puisque l'article 2 de la loi de sécurisation prévoit qu'avant le 15 septembre 2014 le gouvernement devra remettre au Parlement un rapport « sur les aides directes et indirectes accordées au financement de la complémentaire santé ainsi que sur une refonte de la fiscalité appliquée aux contrats [et ce] au regard de l'objectif fixé de généraliser la couverture complémentaire santé à tous les Français à l'horizon 2017 »⁵¹. Il s'agira de répondre à la question posée par le HCAAM en juillet 2013 : qui l'État doit-il aider prioritairement ?

2. Le développement prévisible de l'offre d'une assurance surcomplémentaire

L'incertitude entourant la mise en œuvre de la généralisation devrait sans doute conduire nombre d'entreprises (spécialement les plus petites) à faire preuve de prudence et à s'engager *a minima*. En effet, à l'incertitude actuelle relative au niveau de la couverture minimale (v. *supra*), s'ajoutent l'absence de visibilité sur le coût de la portabilité et les évolutions tarifaires ainsi que la menace d'une remise en cause des incitations financières. Les couvertures nouvellement instituées seront donc probablement peu ambitieuses et la tentation de revoir à la baisse les couvertures existantes n'est pas à écarter⁵². Une telle perspective ouvre la porte au développement d'une offre d'assurance santé surcomplémentaire ciblant particulièrement les salariés « subissant » une couverture obligatoire d'un niveau limité. Outre le risque inflationniste qu'une telle offre pourrait avoir sur les dépenses de santé, il est à craindre que l'accès en soit financièrement sélectif, écartant des salariés ayant des besoins récurrents sur certains postes de soins mais des rémunérations insuffisantes pour souscrire une surcomplémentaire. Sur ce segment de l'assurance privée en santé, aucune régulation publique ne sera instituée. En revanche, dans le champ de l'assurance santé complémentaire, par l'intermédiaire de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les pouvoirs publics apportent les premières réponses à la nouvelle situation créée par la généralisation.

B — LES PREMIÈRES RÉPONSES DES POUVOIRS PUBLICS

Si les pouvoirs publics ont été pris de court par l'ANI, l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été pour eux l'occasion de reprendre l'initia-

tive⁵³. L'article 56 du texte recèle des mesures de nature diverse : certaines relèvent d'une logique d'aide sociale alors que d'autres s'inscrivent davantage dans une démarche régulatrice.

1. Des mesures en faveur des personnes en périphérie de l'emploi

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) contient plusieurs dispositions visant à améliorer les conditions d'accès à la CMUC⁵⁴ et à l'ACS, ainsi que la couverture souscrite par les bénéficiaires du « chèque santé ».

Doivent particulièrement être évoquées les mesures ciblant les personnes non éligibles à la CMUC et en périphérie des couvertures collectives dont le niveau de revenus rend difficile la souscription d'une complémentaire santé à titre individuel. Le législateur cherche manifestement à améliorer le taux d'utilisation de l'ACS en augmentant le montant pour les personnes âgées d'au moins 60 ans⁵⁵ qui relèvent des classes d'âge tarifaires les plus élevées. Il se préoccupe également d'amortir la sortie du dispositif ACS en adoptant un mécanisme comparable à celui institué en faveur des bénéficiaires de la CMUC en fin de droits⁵⁶ ; ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'expiration du droit à ACS, toute personne devra recevoir de l'organisme gestionnaire de sa complémentaire une proposition de prolongation de son contrat pour une période de un an au même tarif (mais sans le bénéfice de l'aide) ou une proposition d'un autre contrat sous réserve qu'il ait un « label » ACS (au sens des développements qui suivent)⁵⁷.

Enfin, les pouvoirs publics cherchent à infléchir l'offre à destination du public ACS afin d'en améliorer le rapport qualité-prix. Jusqu'à présent, le bénéficiaire d'une attestation ACS faisait son choix dans la gamme de contrats individuels de « droit commun » de l'assureur, sous réserve que ne soient pas couvertes la participation forfaitaire de un euro et les « franchises » médicales. Autrement dit, aucun cadrage impératif ne pesait sur les

⁵¹ La suppression, par la loi de finances rectificative pour 2013 du 29 déc. 2013, de l'avantage fiscal pour les salariés portant sur la part patronale de cotisations (jusqu'alors déductible des revenus imposables) marque d'une certaine façon le lancement de la réflexion.

⁵² Même si, juridiquement et socialement, cela ne sera pas chose aisée.

⁵³ L. n° 2013-1203, de financement de la sécurité sociale pour 2014, JO 24 déc. 2013.

⁵⁴ Ainsi, les étudiants allocataires de prestations d'aide sociale (de la part du réseau des œuvres universitaires) peuvent désormais bénéficier à titre personnel – et en quelque sorte de plein droit – de la CMUC. La mise en œuvre de cette mesure est toutefois différée à l'adoption d'un arrêté précisant les prestations dont l'octroi déclenche ce droit à CMUC.

⁵⁵ Pour les attestations ACS utilisées à compter du 1^{er} janv. 2014, le montant est revalorisé de 50 € et l'aide annuelle atteint désormais 550 €.

⁵⁶ Dispositif de sortie qui ne vaut toutefois que si la personne avait choisi un organisme complémentaire comme gestionnaire de la CMUC.

⁵⁷ La LFSS fait également obligation aux organismes gestionnaires d'informer leurs assurés bénéficiaires de l'ACS, au moins deux mois avant la date d'échéance de leur contrat, d'une part de la date d'échéance dudit contrat et, d'autre part, de la possibilité de le renouveler ou non avec le bénéfice de l'ACS (LFSS pour 2014, art. 56, IV). Il s'agit ainsi d'inciter l'assuré à vérifier qu'il est toujours éligible à l'ACS.

assureurs en termes de contenu et de niveau de prise en charge. À compter du 1^{er} janvier 2015, c'est une toute autre logique qui va se substituer à celle-ci puisque le bénéfice de l'ACS sera réservé aux contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles exigées dans un contrat « responsable »⁵⁸. L'ambition de cette évolution sera mesurée à l'aune du décret à paraître qui devra fixer notamment les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties des contrats « responsables » ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

2. Des mesures de régulation

À l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale, les pouvoirs publics ont décidé de faire monter en gamme les contrats « responsables » dont les critères de caractérisation seront renforcés. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2015, ces contrats devront prendre en charge le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Mais l'évolution est ailleurs. La LFSS accroît en effet les exigences de prise en charge, puisqu'au plus tard au 1^{er} janvier 2015, un décret fixera pour les contrats responsables « les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale »⁵⁹. L'évolution mérite attention puisqu'elle concernera tant les nouveaux contrats éligibles à l'ACS que toutes les couvertures collectives des salariés. Ayant

subi la pression des événements avec l'adoption de l'ANI de janvier 2013, les pouvoirs publics font le choix aujourd'hui d'instrumentaliser les contrats « responsables » afin, d'une part, d'améliorer la prise en charge de certains soins et dispositifs médicaux très peu remboursés par la sécurité sociale (notamment optique et soins dentaires) et, d'autre part, d'encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux. Comme les plafonds réglementaires s'imposeront aux futures couvertures collectives, il est escompté que, par l'effet de nombre, ces futures couvertures puissent utilement contribuer à la régulation de certaines dépenses de santé et des tarifs pratiqués par certains professionnels (notamment ceux dont les tarifs ne sont pas encadrés).

À la généralisation de l'assurance complémentaire, l'État semble vouloir répondre par une uniformisation de la couverture, au sens de « panier de soins ». Il s'agit de gommer les inégalités de couverture qui sont, pour l'instant, très marquées dans le champ de l'assurance complémentaire. La logique universelle inspire la démarche puisque, ainsi, les pouvoirs publics entendent qu'à besoin équivalent de santé, les individus aient une prise en charge relativement homogène de la part de leur assurance complémentaire. Le débat n'est pas pour autant clos, la répartition de la charge du coût de cette régulation par le contenu étant sujette à caution⁶⁰.

L'articulation des assurances maladie obligatoire et complémentaire est plus que jamais à l'ordre du jour⁶¹... mais les discussions vont incontestablement opérer une mue ■

⁵⁸ Précédemment, une tentative de labellisation des contrats ACS avait bien été amorcée par la LFSS pour 2012 mais elle n'a pu aboutir et est officiellement abandonnée. Avec la nouvelle rédaction de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale, est instituée une procédure de mise en concurrence des contrats « responsables » susceptibles de bénéficier de l'ACS au terme de laquelle une liste de contrats éligibles sera communiquée aux bénéficiaires de l'attestation ACS.

⁵⁹ Le texte ajoute que « ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge ».

⁶⁰ Par exemple, pour les contrats ACS, ce sont les assureurs complémentaires qui sont mis à contribution alors que, pour les couvertures collectives, ce seront les entreprises et les salariés.

⁶¹ V. P. Askenazy et *al.*, Pour un système de santé plus efficace (Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 8, juill. 2013