



HAL
open science

Nouvelles règles, nouveaux défis : Les mutuelles au cœur de la construction d'un marché de l'assurance complémentaire santé.

P. Abécassis, Nathalie Coutinet

► To cite this version:

P. Abécassis, Nathalie Coutinet. Nouvelles règles, nouveaux défis : Les mutuelles au cœur de la construction d'un marché de l'assurance complémentaire santé.. 2020. hal-03408095

HAL Id: hal-03408095

<https://hal.science/hal-03408095v1>

Preprint submitted on 28 Oct 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License



Projet de recherche EnCommuns

**Philippe Abecassis, Nathalie Coutinet,
CEPN-CNRS – Université Sorbonne Paris**

*Nouvelles règles, nouveaux défis : Les mutuelles
au cœur de la construction d'un marché de
l'assurance complémentaire santé*

**WP 37
Septembre 2020**

Nouvelles règles, nouveaux défis : Les mutuelles au cœur de la construction d'un marché de l'assurance complémentaire santé

Philippe Abecassis, Nathalie Coutinet, CEPN-CNRS – Université Sorbonne Paris Nord

Résumé :

Les réformes de la protection sociale en santé mises en œuvre depuis les années 1990 ont non seulement modifié le financement mais également conduit à une délégation d'une partie de la régulation de l'offre de soins aux Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Les pouvoirs publics ont adopté différents dispositifs : loi Le Roux, contrats responsables, généralisation de la complémentaire d'entreprises et 100 % santé qui, en visant à solvabiliser le marché, ont permis de le développer les OCAM et d'en faire des acteurs à part entière du système de protection sociale. L'objet de ce travail est d'analyser ces dispositifs à travers une grille de lecture fondée sur trois formes d'injonctions : financière, politique et/ou sociale. L'article pointe à la fois la continuité et les incohérences de ces dispositifs, notamment leur capacité à générer des inégalités sociales nouvelles dans le champ de l'assurance complémentaire santé.

De nombreuses réformes menées depuis les années 1990 ont profondément transformé l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire (AMO et AMC). Elles ont non seulement conduit à une modification du financement des soins ambulatoires mais surtout à une transformation de leur régulation. Plus précisément il s'agit d'une délégation de la régulation de l'offre de soins aux Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). En effet, les assureurs à statut privé (sociétés d'assurance lucratives -SAL-, institutions paritaires -IP- et mutuelles) ont inventé de nouveaux outils de régulation tels que les plateformes de conventionnement sélectif¹ (PCS) mis en place depuis le début des années 2000. Ils ont été accompagnés en cela par les pouvoirs publics qui ont entériné et légalisé les PCS avec la loi Le Roux du 27 janvier 2014 et associé les OCAM aux nouveaux dispositifs de régulation que sont la couverture santé complémentaire obligatoire pour les salariés du secteur privé (ANI du 13 janvier 2013), les contrats responsables et solidaires (2004) ou le "Reste à charge zéro" (RAC-0) -aussi appelé "100 % santé", dont la mise en place a débuté en 2019. La plupart des dispositifs laissent une large part de responsabilité aux OCAM : le soin d'élargir la couverture santé complémentaire à des populations plus larges (ANI), d'améliorer le rapport coût/qualité des soins (PCS) et de fournir un remboursement minimum (contrats responsables). Le RAC-0, visant à fournir des biens et soins médicaux (BSM) en optique, dentaire et audioprothèse sans reste à charge (RAC) pour les souscripteurs d'un contrat responsable, semble quant à lui entamer une reprise en main de l'État sur une partie de ce marché.

L'analyse des dispositifs montre que l'ensemble des acteurs s'accorde non seulement sur la volonté de conserver, voire de développer un marché de la complémentaire santé, mais aussi sur celle d'en faire un élément central de l'assurance santé. Cette volonté commune est consolidée, selon les acteurs et les périodes, par des objectifs et des intérêts quelquefois divergents, voire contradictoires. De façon schématique, trois impératifs catégoriques, que nous qualifions ici "d'injonctions", sous-tendent ces objectifs. L'injonction financière conduit

¹ Dans ce travail, nous appelons PCS les réseaux réalisés par contractualisation entre les plateformes et les offreurs de BSM.

les acteurs privés à rechercher un profit ou un équilibre financier à travers l'activité d'assurance santé. Elle peut aussi être mobilisée par les pouvoirs publics soucieux d'optimiser la dépense publique de santé. L'injonction sociale correspond à la demande légitime des assurés qui souhaitent une prise en charge socialisée du risque maladie, y compris pour les "petits risques" et les BSM indispensables mais peu socialisés (optique, dentaire, audioprothèse). Elle peut se traduire par une pression sociale sur certains acteurs politiques et professionnels ou par des comportements collectifs comme le non-recours à certains dispositifs. L'injonction politique est soutenue par les principes de justice tels que l'égalité d'accès aux soins ou les solidarités. Dans un sens plus négatif, cette injonction peut conduire les acteurs à agir pour obtenir ou conserver un pouvoir de régulation. Chacun des dispositifs mis en place pour organiser et réguler l'AMC reflète, dans des proportions différentes, chacune de ces trois injonctions.

Ce travail a pour objectif d'analyser, dans un premier temps, les dispositifs mis en place en montrant que, s'ils répondent à des injonctions différentes, tous visent à solvabiliser le marché. Dans un deuxième temps, l'analyse se concentre sur la façon dont ces dispositifs ont été adoptés. Leur mise en œuvre s'accompagne en effet de plusieurs difficultés de nature à atténuer, voire à inverser les effets attendus en termes de réduction des inégalités. Enfin, la cohérence globale de ces dispositifs sera éprouvée en mobilisant une approche historico-politique.

1. Un éventail de dispositifs convergents visant à solvabiliser le marché

De multiples dispositifs ont été instaurés par les pouvoirs publics et les OCAM depuis une vingtaine d'années. Apparus au début des années 1990, les premiers d'entre eux, les PCS, ont connu un véritable essor dans les années 2000. Ils seront institutionnalisés par la loi Le Roux en 2014. De leur côté, les pouvoirs publics ont instauré des contrats "responsables et solidaires" dès 2004. Ceux-ci ont été révisés en 2015 et 2019 avec l'objectif de plus en plus net de réguler et de normaliser l'activité des OCAM. L'Accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013 généralisant la complémentaire santé d'entreprise est venu compléter ces dispositifs. Tous ces dispositifs contribuent à l'instauration progressive d'un véritable marché de l'AMC même s'ils se fondent sur des injonctions dominantes de nature différente.

1.1. Dispositifs d'injonction financière

La législation européenne sur les assurances² a eu un impact majeur sur l'environnement des OCAM et plus particulièrement sur celui des mutuelles à la fin des années 1990. Elle a notamment conduit à des refontes du Code de la mutualité en 2001, puis en 2017. Ces transformations ont accru les contraintes financières pesant sur les OCAM et renforcé la concurrence (Abecassis *et al.* 2018). Elles ont entraîné les OCAM dans un mouvement de concentration les conduisant à une baisse spectaculaire du nombre d'acteurs. Le nombre de mutuelles a ainsi baissé de 77,3 % entre 2001 et 2017, celui des IP de 56,1 % et celui des assurances de 12 % (Barlet *et al.* 2019). Parallèlement, les différentes familles d'OCAM ont multiplié les coopérations, par l'intermédiaire de contrats de partenariats (ventes croisées, réassurance) ou d'entreprises tiers telles que Mutex, une société qui permet aux OCAM d'élargir leur offre de produits (Abecassis *et al.* 2014).

Sur ce marché en croissance, la concentration a permis d'augmenter les parts de marché des groupes ainsi constitués en développant une offre de services diversifiée. En s'appuyant sur le

²Directive 73/239/CEE de juillet 1973 abolissant tout monopole assurantiel à l'exception de l'assurance santé ; règles prudentielles Solvency I (92/49/CEE, transposées en droit français en 2001) et Solvency II (2009/138/CEE, transposées en droit français en 2015) renforçant les exigences quantitatives de solvabilité, les exigences qualitatives de surveillance et de gestion des risques ainsi que celles en matière de *reporting* et de transparence.

pouvoir de marché ainsi obtenu, les groupes ont pu imposer les PCS. Ces derniers s'appuient en effet sur une contractualisation entre les fournisseurs de BSM et un ou plusieurs OCAM. Ce faisant, les OCAM ont donné forme à une ambition persistante datant des années 1980, au cours desquelles des économistes influents tels que M. Mougeot et R. Launois ont proposé la mise en place de "réseaux de soins coordonnés" associant les professionnels et les assureurs privés. Dans leurs propositions, le secteur ambulatoire serait confié aux OCAM tandis que le secteur hospitalier et les soins les plus coûteux resteraient à la charge de l'AMO (Benamouzig, 2012)³.

Les PCS s'inscrivent ainsi dans un esprit de modification des financements de l'AMO dont l'efficacité comme acteur de la régulation est altérée. Dans cette évolution, les BSM délaissés par l'AMO (optique, dentaire) ont vu leurs prix croître plus rapidement que ceux mieux remboursés. Dans ce contexte, la constitution de PCS peut être vue comme une réponse de ces organismes à la défaillance de la régulation publique. Leur stratégie vise alors à s'emparer de ce rôle de régulateur en contrôlant les prix et le niveau de qualité des BSM pris en charge. Les PCS sont, dans ce cadre, un outil de mutualisation ou d'externalisation de certaines fonctions de gestion comme le tiers payant.

Les premières PCS ont pris forme avec le réseau Carrés Bleus en 1996, suivi d'Itélis, de Carte Blanche et de Santéclair. Le paysage des PCS ne s'est pas stabilisé par la suite et fait l'objet de rapprochements depuis 2016. Les PCS ont massivement contractualisé avec des opticiens, des audioprothésistes, des dentistes et des établissements de santé strictement sélectionnés sur la base de critères qualitatifs et/ou tarifaires. Sociétés juridiquement indépendantes (SA ou SAS) détenues par les OCAM, les PCS sont en outre chargées de fournir des services de tiers payant, de conseils en santé, d'analyse de devis, de géolocalisation de professionnels, etc. Autant d'outils permettant aux OCAM d'inciter leurs clients à privilégier les professionnels des réseaux. Ces derniers trouvent, pour leur part, un intérêt évident à contractualiser avec une PCS : une clientèle potentielle dont la solvabilité est garantie et assortie de services de traitement des devis et de tiers payant.

La croissance du marché de l'AMC a conduit les pouvoirs publics à établir une régulation spécifique par la loi du 13 août 2004. Il s'agit d'une forme de "reprise en mains" sur la régulation, au cours de laquelle sont créés les contrats responsables et solidaires. Ceux-ci avaient pour objectif d'améliorer la coordination entre AMO et AMC ainsi que d'inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés instaurés par la même loi. Dans ce cadre, en contrepartie d'un avantage fiscal⁴, Les OCAM ne peuvent ni sélectionner les patients ni tarifier en fonction des risques sur les contrats responsables et solidaires ; les patients bénéficient du tiers payant à hauteur des tarifs de responsabilité ; la participation forfaitaire, les franchises médicales, le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et les consultations hors du parcours de soins coordonnés ne peuvent être pris en charge. Enfin, les contrats responsables et solidaires doivent respecter certains plafonds et planchers de remboursement (tableau 1).

Les OCAM sont alors à fois régulateurs et régulés par différents mécanismes de limitation de l'offre de produits et d'encadrement de la concurrence, qui ne peut plus s'exercer que par les prix. Cette double régulation parachève à sa manière le projet de séparation des risques des années 1980. Le projet initial a certes été rendu possible grâce à la mise en concurrence progressive des assureurs complémentaires, conformément aux décisions de la commission

³ Ce projet a été repris dans son principe à plusieurs reprises : en 1996 dans le plan Juppé ; en 2002 par C. le Pen dans son rapport « Vers une assurance maladie universelle ? » et par J-F Chadelat dans son rapport pour le Ministre de la santé intitulé « La Répartition des Interventions entre les AMO et AMC en matière de dépenses de Santé ».

⁴Le taux de la taxe de solidarité additionnelle est de 13,27 % sur les contrats responsables et de 20,27 % sur les autres contrats.

européenne (Domin 2010). Mais aussi, pour éviter l'écueil de la sélection des risques, par l'instauration depuis 2001 de dispositifs séparés de prise en charge des populations les plus défavorisées, à travers la CMU/CMU-C puis l'ACS, financés par les OCAM. En vertu de ce financement et de leur rôle croissant dans la régulation de l'AMC, les OCAM obtiennent l'autorisation, en 2004 de créer l'UNOCAM (Union nationale des OCAM), ce qui institutionnalise leur rôle de co-régulateur du système de financement des soins au côté de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie).

Les règles de la concurrence étant posées, rien n'empêche plus le marché de se développer. Les OCAM sont alors contraints de s'approprier les outils et méthodes des SAL en situation de concurrence (concentration, prédation, financiarisation, sélection des risques, etc.). Alors que les SAL, déjà forgés à ces méthodes en profitent pour pénétrer ce nouveau marché, les mutuelles et les IP qui n'étaient pas, par nature, enclines à adopter de tels comportements opèrent une véritable révolution (Barlet *et al.* 2019).

1.2. Dispositifs d'injonction politique et sociale

Contrairement aux autres OCAM, ni les mutuelles ni les PCS ne pouvaient pratiquer de remboursement différencié. L'article 2 de la loi Le Roux les autorise dorénavant à, « *directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix* ». Ainsi, la loi Le Roux prend acte de l'existence des plateformes de tiers payant et des PCS. Cependant, la loi élargit les possibilités de conventionnement en apportant plusieurs modifications majeures. L'une d'entre elle consiste à placer les mutuelles sur un pied d'égalité avec leurs concurrents, principalement les SAL, en les autorisant à différencier tous les BSM, hormis la consultation médicale⁵ (Ginon 2015, p.312). La différenciation peut porter sur la nature de la prestation servie et sur son niveau de prise en charge financière. La loi autorise donc les OCAM à effectuer une triple discrimination : par les prix, par le niveau de qualité ainsi que le taux de prise en charge. En reconnaissant les PCS, La loi Le Roux en reconnaît *de facto* toute l'efficacité financière. En particulier, la concurrence entre offreurs de soins déjà mise en œuvre dans les PCS constitue une expérience jugée efficace de "mise en marché" (Benoît *et al.* 2018) qui coïncide avec -voire valide- la politique de désengagement de l'État. Les PCS sont aussi un moyen de solvabiliser et de réguler le marché de la complémentaire santé puisqu'en autorisant les mutuelles à développer leurs propres PCS, la loi étend de fait la concurrence entre les OCAM eux-mêmes (au-delà des offreurs de soins). Malgré ces 'vertus', le développement des PCS tels que définis par la loi Le Roux soustrait à la Sécurité sociale – et à l'État- une grande partie de son pouvoir de régulation (Roux 2016) puisque celui-ci est largement entaillé par la contractualisation entre les OCAM et les professionnels de santé.

Une injonction sociale accompagne le fondement politique sur lequel se fonde la loi Le Roux. Elle donne lieu à une nouvelle version des contrats responsables en 2015 : afin de contenir les tarifs des BSM, notamment de l'optique et de la consultation médicale, le nouveau cahier des charges prévoit un panier de soins minimal et encadre les produits d'optique par des barèmes de remboursement planchers et plafonds. Il introduit en outre un mécanisme incitatif de remboursement différencié des consultations selon que le praticien adhère ou non au dispositif de "Contrat d'accès aux soins" (tableau 1). Selon Bourdoiseau (2015), Le contrat responsable de 2015 serait ainsi une "arme sociale" en ce qu'elle contribue à l'amélioration des soins et à

⁵ Les réseaux de soins conventionnés ne peuvent concerner ni les médecins ni les actes des autres professionnels de santé dont les tarifs sont fixés par convention avec la Sécurité Sociale.

la réduction des inégalités d'accès aux soins, mais brandie pour frapper les dépassements d'honoraires.

La qualification "d'arme sociale" est pourtant dévaluée par les faibles amplitudes entre planchers et plafonds des contrats responsables. Ceci incite de plus en plus d'assurés à souscrire des contrats d'assurance santé supplémentaire, générant des ruptures de solidarités liées à la segmentation des risques et de nouvelles inégalités. Car les contrats responsables de 2015 permettent surtout aux OCAM de ventiler les risques dans deux contrats distincts *a minima* : un contrat de base respectueux des critères imposés et un contrat supplémentaire offrant une prise en charge plus élevée de certains BSM, tels que les dépassements d'honoraires ou les dépenses en optique ou dentaire. Cette distinction permet de scinder définitivement la dimension *responsable* de la dimension *solidaire* qui ne s'exerce plus que dans le périmètre de chaque type de contrat.

1.3 L'instrumentalisation de l'injonction sociale par le politique

En obligeant toutes les entreprises privées à souscrire un contrat collectif là où le contrat d'assurance complémentaire était facultatif et le plus souvent individuel, l'ANI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016, constitue une étape majeure de la solvabilisation du marché de l'AMC en pérennisant les sources de financement. De fait, l'ANI *normalise* le contrat collectif, au sens industriel du terme. Une normalisation qui comporte l'avantage de sécuriser la prise en charge du RAC par les OCAM en fixant un niveau de couverture minimal (contrat socle). Celui-ci correspond, en termes de niveau de prestations, à un contrat responsable minimaliste à peu près identique à celui proposé aux bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C. Tout en solvabilisant le marché de l'AMC, l'ANI impacte la solvabilité du marché des soins. Ce dispositif bénéficie en effet aux producteurs de BSM, notamment ceux qui ont contractualisé avec un PCS, dont les ventes financées par les OCAM augmentent avec le volume des salariés couverts par contrat collectif. Il avantage aussi les OCAM qui signent des contrats collectifs plus volumineux et moins volatiles que les contrats individuels. La sécurisation de la prise en charge du RAC est donc associée, dans ce processus, à une amélioration de la solvabilité du marché. Cette équation se retrouve avec le RAC-0. Cette réforme, lancée le 13 juin 2018 pour une application progressive (de 2019 à 2022), prévoit la prise en charge à 100 %, après remboursement de l'AMO et de l'AMC, des dépenses de soins d'optique, de dentaire et d'audioprothèse. Ce dispositif répond d'abord à un besoin urgent de réduction du RAC sur les BSM concernés par ce nouveau dispositif. Malgré un coût de mise en place important financé conjointement par l'AMO et l'AMC⁶, le dispositif constitue une nouvelle aubaine pour les OCAM. En effet, en instaurant des limites supérieures de prix à un niveau assez faible (tableau 1), la loi se substitue en partie à la négociation auparavant menée entre les fournisseurs et les OCAM et/ou les PCS. Les fournisseurs se voient ainsi dans l'obligation de prendre à leur compte la totalité des diminutions de prix imposés par la loi. Qui plus est, l'État entend amplifier sa pression en réduisant progressivement les plafonds. En audioprothèse par exemple, la loi prévoit une diminution de 30 % des prix d'ici à 2022. Le dispositif RAC-0 a conduit à une modification technique des contrats responsables⁷. Ce faisant, le législateur a étendu sa pression sur des prix hors panier RAC-0. Ainsi, les nouveaux plafonds en optique sont moins élevés que ceux des anciens contrats responsables. En particulier, le plafond de prise en charge des montures diminue de 33 %. Par ailleurs, de nouveaux plafonds apparaissent sur l'audioprothèse et les soins dentaires. Ces dispositions tarifaires marquent certainement une reprise en main de l'État sur la régulation des prix, laissant des marges de manœuvre très étroites aux OCAM. La loi banalise en cela l'offre des

⁶ Le Ministère de la Santé avance un coût très incertain de 1 milliard d'euros pour l'AMO et les OCAM.

⁷ Décret du 11 janvier 2019.

OCAM, rendue déjà très homogène par les dispositifs antérieurs, et incite encore davantage à la constitution d'un marché de la surcomplémentaire que l'État n'entend aucunement réguler.

Tableau 1 : Comparaison des contrats socle ANI, ACS, CMU-C, CSS, RAC-0 et des contrats responsables (2015 et 2019)

PRESTATIONS		TM sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie	Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Prothèses et orthodontie dentaire	Optique (tous les 2 ans, sauf mineurs, par équipement)			Audioprothèses (par appareil)	Médicaments
CONTRATS*					Correction simple	Correction complexe	Correction très complexe		
CMUC (1999)	Adultes	100 %	100 % (a)	Moyenne : 87,3 % (b) Jusqu'à 302,5 % (c)	54.59 €	194.37 €	124.48 €	700 € (d)	TM des médicaments remboursés à 65 %
	Enfants			54.57 €	230.35 €	142.46 €			
ACS (2004)	A	100 % (e)	100 %	125 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	B			225 %	100 €	200 €	150 €	100 %	
	C			300 %	150 €	350 €	250 €	450 €	
Contrats responsables (2015)		Min. 100 % (f) Max. 125 % (hors CAS)	Min. 100 % sauf établissements médico-sociaux	TM	Montures : max. 150 € de 50 € à 470 € de 200 € à 800 € de 125 € à 660 € (g)			Non concerné	
ANI (2016) (Contrat socle)		100 % (h)	100 %	125 %	100 €	200 €	150 €	100 %	
RAC-0 (2019)		Non concerné	Non concerné	Toutes dents : 290 € Devant : de 440 € à 1465 €	Monture : max. 30 € de 95 € à 265 € de 180 € à 370 € de 180 € à 370 € (g)			max. : 1 300 € en 2019 1 100 € en 2020 950 € en 2021	Non concerné
CSS (2019)		100 % (e)	Min. 100 % (a) sauf étab. médico-sociaux	Dentiers (en résine) : 1100 €				Obligatoire : TM	
Contrats responsables (2019)		Min. 100 % (f) Max. 125 % (hors CAS)	Min. 100 % sauf établissements médico-sociaux	TM, dans la limite des honoraires fixés par la convention dentaire	Montures : max. 100 € de 50 € à 420 € de 200 € à 700 € de 200 € à 800 € (g)			max. 1700 €	TM des médicaments remboursés à 65 %

* Lorsqu'ils sont exprimés en pourcentage, les taux de remboursement sont basés sur les tarifs maximums fixés par l'assurance maladie, lorsqu'ils sont exprimés en Euros, les montants remboursés s'ajoutent au remboursement de la part AMO.

- (a) Y compris la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales et la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- (b) Moyenne calculée sur l'ensemble des actes de prothèses et d'orthodontie dentaire du panier de soins CMU-C.
- (c) Taux appliqué à la "pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramo-métalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramo-métalliques ou en équivalents minéraux", code CCAM : HBLD023.
- (d) Tous les 4 ans.
- (e) Sauf cures thermales et médicaments remboursés à 15 %.
- (f) Sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % ou 30 %.
- (g) il s'agit d'exemples, les contrats prévoient d'autres corrections mixtes dont les montants sont inclus dans les fourchettes présentées ici.

Sources : Auteurs

2. Une diffusion progressive aux effets variés

Les contrats issus des dispositifs présentés précédemment ont été plébiscités par les assurés. En 2018, les contrats responsables représentaient 95,7 % des contrats souscrits. Ceux-ci sont de plus en plus souvent complétés par des contrats surcomplémentaires : 2,37 millions de personnes ont souscrits des options facultatives faisant office de surcomplémentaire, soit

environ un quart des bénéficiaires de contrats collectifs. Mais ces dispositifs n'ont pas été sans générer des inégalités importantes, notamment entre salariés du secteur privé et du secteur public ou entre actifs et inactifs.

2.1 Comment ces dispositifs ont-ils été adoptés ?

L'ANI a été le dispositif le plus structurant du marché de l'AMC, comme l'atteste le nombre remarquable d'accords signés entre les branches professionnelles et les OCAM : de 80 accords avant l'ANI, on est passé à 281 en 2017. Ces accords ont toutefois été majoritairement signés par les branches les plus nombreuses en salariés. De ce fait, en 2017, les sept huitièmes des salariés dépendaient de branches professionnelles couvertes par un accord de branche. Cependant, les accords proposent des contrats à peine supérieurs au contrat socle de l'ANI et, finalement, peu souscrits par les entreprises. Celles-ci ont préféré, pour la majorité des contrats effectifs (55 %), négocier directement avec l'OCAM de leur choix. Le coût mensuels moyens de ces contrats (parts entreprise et salarié) varie de 49 à 62 euros par salarié célibataire, selon la nature des établissements. Ce coût est diversement partagé entre le salarié et l'entreprise : pour 61 % des contrats, le financement par l'employeur est limité à la valeur minimale autorisées, soit 50 %, alors que 11 % des contrats sont entièrement pris à charge par l'employeur (Perronnin 2019).

En termes qualitatifs, seuls 25 à 30 % des contrats correspondent au contrat socle. Ce nombre relativement faible s'explique en partie par une offre assez réduite car associée à des tarifs inférieurs au coût d'équilibre⁸. La moitié des entreprises a opté pour des contrats intermédiaires, proposant 1,5 à 2 fois les prestations du contrat socle. Les autres proposent des contrats légèrement supérieurs au contrat socle, incluant par exemple la prise en charge de produits pharmaceutiques remboursés à 15 % ou à 30 %. Au-delà du nombre de contrats, le nombre observé de bénéficiaires est moins élevé que le nombre de bénéficiaires théoriques. Les dispenses et dérogations prévues par l'ANI ont en effet été massivement mobilisées. Ainsi, les taux d'adhésion, habituellement situés autour de 90 % pour les contrats d'entreprise, avoisinaient 50 % la première année pour les contrats ANI, avec cependant un taux plus important dans les TPE et PME (pouvant aller jusqu'à 100 %) que dans les grandes entreprises.

Dans une moindre mesure, les PCS ont aussi contribué à la modification du marché de l'AMC, notamment en instaurant des normes minimales de qualité et en contrôlant les prix des BSM offerts. Les travaux de la DREES montrent cependant des disparités vis-à-vis des PCS en fonction de chaque famille d'OCAM (Durand *et al.* 2017). Si, en 2016, 34 % des OCAM adhéraient à un réseau dentaire et 51 % à un réseau d'optique, les SAL ont privilégié cette stratégie bien plus tôt que les autres. Elles ont été quasiment rattrapées par les IP au cours des années 2015-2016. Pour autant, en raison du nombre encore important de mutuelles sur le marché, les taux de couverture des assurés sont plus homogènes pour les mutuelles : autour de 79 % en optique et 58 % en dentaire. Le taux de recours aux réseaux relativise cependant ces données : ils varient fortement selon le type de prestations : en 2016, environ 60 % des assurés ayant accès à une PCS le mobilisaient en optique, 70 % en dentaire et seulement 50 % en audiologie.

En termes de prix, la stratégie des PCS semble avoir porté ses fruits car tous les réseaux ont annoncé des baisses de prix allant de 15 à 50 %. Une analyse réalisée par Santéclair sur 95 163 devis dentaires a toutefois permis d'observer une réduction effective des prix plus faible, de l'ordre de 19 % en moyenne par rapport à une prestation identique hors réseau

⁸ Selon le cabinet Actuaris, le tarif d'équilibre d'une offre socle tourne autour de 25 à 32 € par salarié et par mois, alors que le prix moyen offerts était de 24 € (Viel 2015).

(Marques *et al.* 2016). Une analyse identique sur 2 447 devis d'audioprothésiste fait apparaître une réduction effective de 30 %. Ces réductions de prix ont eu un effet de stabilisation des autres prix, au-delà du périmètre des BSM pris en charge par les PCS. C'est le cas des prix des produits non pris en charge par une PCS chez un professionnel du réseau comme sur les prix pratiqués par les professionnels hors réseau. En optique par exemple, alors qu'ils augmentaient au même rythme que l'ensemble des biens à la consommation, les prix ont augmenté moins vite à partir de 2005, l'écart d'inflation se situant autour de 0,4 % par an (Jacquier 2018).

À en croire les PCS, les diminutions de prix ne se font pas au détriment de la qualité. Celle-ci est garantie par le cahier des charges que les professionnels membres d'une PCS s'engagent à respecter par convention. Les PCS s'assurent du respect de la convention en effectuant des contrôles *a priori* (référencement des produits et fournisseurs ; contrôle préalable des devis) et *a posteriori* (contrôles aléatoires des professionnels et mesures de la satisfaction des clients). Ainsi, Santéclair dit avoir réalisé 1 529 000 contrôles automatiques et 42 300 contrôles manuels en 2015. Ces contrôles mettent en évidence un peu plus de 10 % d'irrégularités et garantiraient aux usagers des PCS, selon l'étude de Marques *et al.* (2016), un accès plus fréquent à des niveaux de qualité plus élevés que les usagers hors réseau⁹.

2.2. Impacts socio-économiques en termes d'inégalités et de solidarité

S'ils ont été globalement bien reçus et massivement adoptés, les dispositifs de régulation ont-ils pour autant atteint leur but premier : la réduction des inégalités d'accès aux soins et /ou l'amélioration de la prise en charge des patients sur les soins délaissés par l'AMO ? La réponse est complexe : il est indéniable que ces dispositifs ont contribué à la réduction du RAC et à l'amélioration de l'accès aux soins. Toutefois, la volonté de passer par des mécanismes de marché et la multiplication des contrats ont peu réduit les inégalités sociales d'accès aux soins. Ils ont même contribué à l'émergence de nouvelles inégalités et soustrait aux acteurs leur capacité à mettre en œuvre toute forme de solidarité.

Les deux dernières Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) indiquent qu'un peu plus de 6 % des français bénéficiaient de la CMU-C avant l'ANI, 53 % d'un contrat à titre individuel et 34 % d'un contrat collectif, cette dernière proportion atteignant 68 % pour les seuls salariés du privé (Célant *et al.* 2014, 2017). Cependant, le taux de couverture par un contrat collectif dans le privé dépendait de plusieurs critères parmi lesquels la catégorie socio-professionnelle du salarié et la taille de son entreprise. Ainsi, un peu plus de 85 % des cadres bénéficiaient d'un tel contrat contre un peu moins de 50 % des ouvriers non qualifiés¹⁰.

En 2012, parmi les personnes non couvertes par la CMU-C ou par leur entreprise, 53 % d'entre elles déclaraient désirer un contrat complémentaire mais n'avaient pas les moyens financiers nécessaires. Ce taux est passé à 58 % en 2014 mais n'était que de 20 % pour les ménages dont le revenu dépassait le seuil CMU-C. Le revenu semble ainsi être le déterminant principal de la demande d'assurance, bien avant l'état de santé. En définitive, les salariés n'ayant pas accès à une assurance complémentaire collective avant l'ANI disposaient majoritairement de salaires faibles, travaillaient à durée déterminée ou à temps partiel et étaient majoritairement jeunes. Plus généralement, la non-couverture résultait principalement d'une faiblesse du revenu, y compris pour les personnes en ALD ou en invalidité.

Face à ces inégalités, l'ambition affichée des dispositifs d'injonction sociale était de réduire le RAC global des français sans augmenter les dépenses de l'AMC. Les contrats responsables

⁹ L'étude de Marques *et al.* (2016), qui porte sur la nature et la qualité des traitements de surface des verres optiques, a été réalisé en collaboration avec la PCS Santéclair, qui lui a fourni les données. Elle doit à ce titre être considérée avec précaution.

¹⁰ Sauf indication contraire, toutes les données sont assez stables entre 2012 et 2014. Les écarts mesurés par les ESPS 2012 et 2014 ne dépassent pas 0,4 %.

devaient s'attaquer aux prix des BSM à fort RAC après remboursement par les OCAM. L'ANI devait le faire en augmentant le taux d'accès aux contrats complémentaires. Dans cette optique, l'efficacité de ces dispositifs est probante mais de faible ampleur. La simulation de Jusot *et al.* (2015), réalisée à partir des données ESPS 2012, anticipait déjà à cet égard un impact faible de l'ANI sur le taux d'accès, de l'ordre de 1 % à 1,3 %, sans réduire les d'inégalités de couverture. Par ailleurs, ces dispositifs peuvent engendrer des effets indirects comme un effet prix, cruel pour les populations mal couvertes : en normalisant le contrat collectif dans le cadre de l'ANI, le dispositif renchérit mécaniquement le prix des contrats individuels, souscrits majoritairement par les exclus du dispositif. Aux inégalités subsistant après la mise en place de l'ANI s'ajoutent celles relevant de l'accès aux PCS. Cet accès est assujéti à la détention d'un contrat souscrit auprès d'un OCAM offrant les services d'une PCS. Or les contrats collectifs sont plus fréquemment associés à une PCS que les contrats individuels (Durand *et al.* 2017, annexe 3).

S'ils ont peu agi directement sur le prix des contrats, les différents dispositifs ont fortement réduit les différences qualitatives entre contrats, en incitant notamment à une amélioration de la qualité. Sur la base d'une classification des contrats en fonction de leur qualité, la DREES a comparé la qualité des contrats entre 2011 et 2016. Alors que l'analyse avait montré une montée en gamme générale entre 2006 et 2010 (Barlet *et al.* 2016), seuls les contrats individuels ont poursuivi cette tendance entre 2011 et 2016 : leurs garanties ont ainsi augmenté de 20 % sur la période contre moins de 4 % pour les contrats collectifs (*ibid.*, Fiche 11). Cette relative faiblesse des contrats collectifs, devenus la norme, plaide pour une croissance du marché de la surcomplémentaire.

Les contrats collectifs diffèrent fortement entre eux, en fonction de la branche, de la taille de l'entreprise ou du statut socio professionnel des salariés. Les nouveaux dispositifs de régulation ont parfois réussi à estomper ces inégalités, comme l'a fait l'ANI sur les différences en fonction de taille des entreprises. Mais d'autres différences ont été amplifiées, notamment lors des négociations régulières des accords de branches ou d'entreprises au cours desquels les inégalités sociales observées sur le marché du travail sont souvent transposées sur les contrats d'assurance complémentaire (Abecassis *et al.* 2017). Ainsi, les salariés disposant d'un revenu élevé et d'un statut pérenne bénéficient-ils d'un contrat de meilleure qualité et d'une participation financière plus élevée que les autres.

L'énumération précédente des effets des dispositifs de régulation en termes d'inégalités montre la complexité de la tâche d'analyse. À l'instar de toute politique économique, chaque dispositif est ambivalent, il réduit certaines inégalités et en crée d'autres. L'une des façons de rendre compte de cette ambivalence consiste à étudier des trajectoires types de bénéficiaires de l'assurance santé et d'estimer les effets des dispositifs de régulation sur leur RAC. Le tableau 2 recense cinq cas types de trajectoires en tenant compte des impacts de l'ANI, avec recours éventuel à une assurance surcomplémentaire, du bénéfice des services d'une PCS d'autre part. Il montre que sans surcomplémentaire ou options facultatives, l'ANI n'est pas toujours favorable aux assurés. Dans la trajectoire A par exemple, certains salariés cumulent des avantages en prix et en qualité alors que d'autres, principalement les faibles revenus dans les TPE/PME sont soit conduits à souscrire des options facultatives ou à une surcomplémentaire, c'est-à-dire réduire l'avantage prix de l'ANI, soit à ne pas bénéficier des avantages du dispositif.

Tableau 2 : Trajectoires types des assurés en santé avant et après l'ANI

Trajectoires			Impact sur la couverture complémentaire	Recours à des options ou à une surcomplémentaire	Amélioration ou dégradation de la situation du bénéficiaire								
	Avant ANI	Après ANI											
A	Compl. collective	Compl. collective	<p style="text-align: center;"><i>Taille des entreprises</i></p> <p style="text-align: center;">↑</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">- Qualité constante - prix en baisse</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">- Qualité en hausse - prix en baisse</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">- Qualité constante - prix en baisse</td> <td style="padding: 5px;">- Qualité constante - prix en baisse</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Revenus →</p>	- Qualité constante - prix en baisse	- Qualité en hausse - prix en baisse	- Qualité constante - prix en baisse	- Qualité constante - prix en baisse	<p style="text-align: center;"><i>Taille des entreprises</i></p> <p style="text-align: center;">↑</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Utile</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Peu utile</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Très utile</td> <td style="padding: 5px;">Utile</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Revenus →</p>	Utile	Peu utile	Très utile	Utile	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Amélioration probable</u> dans les grandes entreprises et/ou pour les revenus élevés - <u>Indéterminé</u> dans les TPE/PME - L'accès à une PCS est toujours améliorant
- Qualité constante - prix en baisse	- Qualité en hausse - prix en baisse												
- Qualité constante - prix en baisse	- Qualité constante - prix en baisse												
Utile	Peu utile												
Très utile	Utile												
B	Compl. individuelle	Compl. collective	<ul style="list-style-type: none"> - Prix en baisse importante - Qualité Indéterminée mais probablement en hausse car la qualité en collectifs est en moyenne meilleure qu'en individuel 	<p>Utile car cette trajectoire type concerne surtout les salariés des TPE/PME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Indéterminé</u> (l'amélioration est plus probable) - L'accès à une PCS est améliorant 								
C	Compl. individuelle	Compl. individuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Prix en hausse (pour compenser la baisse du nombre de souscripteurs) - Qualité en hausse 	<p>Peu utile car l'offre est diversifiée et le choix de l'assureur est libre</p>	<p><u>Dégradation</u> car, en raison des plafonds des contrats responsables, l'augmentation de la prise en charge ne compense pas celle des prix des contrats</p>								
D	Pas de Compl.	Compl. collective	<ul style="list-style-type: none"> - Prix en forte hausse - Qualité en forte hausse 	<p>Variable selon les cas (voir trajectoire A)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Amélioration certaine</u></p>								
E	Pas de Compl.	Pas de Compl.	<p>Sans effet</p>	<p>Non concerné</p>	<p style="text-align: center;"><u>Aucun</u></p>								

Sources : Auteurs

La solidarité prônée par les mutuelles constitue une réponse à ces nouvelles inégalités. Toutefois les mécanismes de marché encouragés par les dispositifs de régulation, même accompagnés de règles protectrices, verrouillent les marges de manœuvre des mutuelles en termes de solidarité. Celles-ci n'ont pas d'autre option que de se rapprocher de la mutualisation assurantielle des risques.

Deux phénomènes expliquent cette exigence. Il est d'une part communément admis que la segmentation des risques engendrée par l'accroissement de la concurrence, en augmentant l'anti-sélection et l'aléa moral, conduit à une réduction de la solidarité. La théorie de l'assurance indique en effet que la multiplication des contrats "séparateurs", offrant des niveaux de garanties différents, incite les assurés à "s'auto-sélectionner" en fonction de leur consommation de soins attendue. Les assureurs peuvent alors segmenter les assurés selon leur risque et appliquer un tarif spécifique, adapté à ce niveau de risque. Paradoxalement, c'est au nom de la solidarité collective que l'ANI -mais aussi les PCS- ont conduit à une offre différenciée de contrats collectifs dans le cadre des contrats responsables ou non, comme en surcomplémentaire. La singularité de cette évolution est que la contribution des mutuelles à cette segmentation est considérable : en 2017, elles couvrent 60 % des contrats surcomplémentaires. A l'encontre des principes mutualistes, les acteurs ont aussi réagi aux risques d'anti-sélection et d'aléa moral en proposant des contrats à tarifs différenciés en fonction de l'âge, du revenu, de la localisation, voire du comportement (Leduc *et al.* 2016). Une autre dimension, l'érosion des solidarités intergénérationnelles, résulte de la segmentation des droits selon les statuts au regard de l'emploi. Dans le cadre de l'ANI, cette segmentation conduit le plus souvent les nouveaux retraités à opter pour un contrat individuel plus cher et de plus faible qualité que leur contrat collectif d'entreprise antérieur¹¹. À ce changement de contrat s'ajoute l'arrêt de la contribution financière de l'entreprise.

¹¹ Le droit à portabilité de la mutuelle collective à titre individuel garantit une continuité du niveau de couverture. Les hausses de coût conduisent cependant fréquemment les retraités à opter pour un autre contrat. Le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, en limitant la hausses de ces coûts dans le temps, ne fait que retarder l'échéance.

De la même façon, les dispositifs de régulation du marché de l'AMC bousculent les solidarités entre actifs et inactifs ou entre salariés du secteur public et du secteur privé. L'ampleur est importante et plusieurs dispositifs, tel que l'allongement de la portabilité des droits aux périodes de chômage ou le RAC-0, tentent de réintroduire une forme de solidarité. Le dispositif RAC-0, par exemple, a clairement vocation à "resolidariser" le remboursement des soins.

CONCLUSION : UNE LECTURE HISTORICO POLITIQUE DES DISPOSITIFS DE REGULATION DE L'AMC

Dans le système français de protection sociale de santé à deux niveaux, l'AMC est exclusivement offerte par des organismes privés. À ce titre, elle requiert une régulation qui puisse concilier les appétences de chaque famille d'OCAM, les besoins en BSM des assurés et les objectifs de redistribution des pouvoirs publics. Pour cet objectif dédaléen, les nombreux dispositifs de régulation mis en œuvre ont adopté le paradigme de marché comme ligne directrice. Il s'agit d'en conserver les mécanismes 'vertueux' (concurrence, optimisation, etc.) tout en atténuant les risques et dérives bien connues (opportunisme des acteurs, inégalités induites, etc.) par des rectifications incitatives ou contraignantes. L'histoire des régulations de l'AMC présente ainsi une succession de dispositifs proposés successivement par différents acteurs aux intérêts souvent complémentaires, parfois contradictoires. Ces intérêts de nature financière, sociale ou politique construisent des rapports de force entre acteurs qui sous-tendent les régulations tout en brouillant leur lisibilité. Relire l'histoire des dispositifs de régulation de l'AMC à la lumière de cette grille à deux entrées -un paradigme, un jeu de rapports de forces- est assez éclairant. Cela fournit des éléments explicatifs de la continuité apparente de régulations parfois contradictoires. Les premiers contrats responsables et solidaires importent le remboursement différencié, porté la notion de parcours de soins, au sein de l'AMC. Il s'agit d'un mécanisme bonus/malus visant à inciter les 'mauvais' patients à rentrer dans le rang ou à supporter le coût de leur déviance et à récompenser les 'bons' patients qui acceptent de contribuer à la réduction des dépenses de santé. Les PCS et la loi Le Roux étendent cette logique aux BSM délaissés par l'AMO en introduisant une double différenciation : entre patients d'une part, qui se divisent entre ceux qui se font soigner *via* leur PCS et les autres, entre offreurs de soins d'autre part, où l'on trouve ceux qui acceptent le cahier des charges de la PCS et les autres. Cette apparente continuité entre contrats responsables et PCS ne doit pas cacher le jeu de pouvoir qui se joue dans cette séquence. Les premiers peuvent être vus comme une mesure publique visant à inciter les OCAM à offrir des contrats respectueux du dispositif de coordination mis en place par la loi de 2004. Les PCS seraient la réponse des SAL : un moyen de marquer leur indépendance et de défendre leurs intérêts financiers. En écho, le parlement aurait produit la loi Le Roux dans l'intérêt des mutuelles. Celles-ci se sont alors lancées dans une course à la constitution ou la prise de contrôle des PCS. C'est notamment le cas du groupe VyV qui, par rapprochements successifs, a construit la plus grosse PCS de France (16 millions de bénéficiaires) et "pris le contrôle" de la FNMF. Les marchés "libérés" par la loi Le Roux, ceux de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse, sont ainsi devenus des domaines réservés aux OCAM. Ils constituaient, avant la mise en place du dispositif RAC-0, un élément essentiel de différenciation et de concurrence. Le dispositif RAC-0 a sans nul doute un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins. Cependant, complété par les nouveaux contrats responsables (2019), il réduit le pouvoir de régulation des PCS en légiférant là où ces derniers négociaient. Dès lors, puisque tout bénéficiaire d'un contrat complémentaire peut prétendre au même dispositif, les OCAM sont réduits à de simples exécutants techniques chargés de faire appliquer la loi aux professionnels de santé concernés par le dispositif RAC-0. Ce dernier, en plus d'être généreux, comporte

donc l'avantage pour les pouvoirs publics de rétablir partiellement une régulation non concurrentielle du secteur.

L'ANI a initié une seconde séquence de régulation intéressante en imposant un panier minimal aux contrats collectifs d'entreprise (le contrat socle). Cette nouvelle régulation portée par les partenaires sociaux se superpose, pour les salariés du privé, à celle introduite indirectement par les PCS, qui garantissent le meilleur remboursement possible pour un panier de soins restreint, et par les premiers contrats responsables qui garantissent une prise en charge totale ou partielle d'un large panier de soins.

En 2014, les nouveaux contrats responsables, dans un souci d'égalité des droits entre salariés et non-salariés, adoptent des dispositions comparables à celles de l'ANI, applicables à tous les types de contrats. L'adaptation se fait en fixant des bornes minimales légèrement inférieures à celle du contrat socle de l'ANI. Ces contrats corrigent aussi le risque inflationniste instauré par l'ANI en fixant également des bornes supérieures.

La logique de différenciation, selon que le praticien adhère ou non à un Contrat d'accès aux soins, est consolidée dans le cahier des charges des contrats responsables de 2019. Ceux-ci introduisent une nouvelle régulation des BSM qui s'ajoute à l'existant : l'encadrement des prises en charges est renforcé par des bornes inférieures et supérieures plus resserrées. De plus, la loi définit un panier *obligatoire* auquel elle assortit un remboursement plafond et des critères de qualité précis. Dans cette démarche, le paradigme de marché semble avoir disparu et les intérêts sociaux et politiques de l'État paraissent avoir triomphé.

Il n'en est rien. D'une part, l'encadrement plus strict des contrats est toujours associé à une différenciation multiple des prises en charge : en fonction du parcours de soins, des offreurs de BSM, de la nature du bien ou service, de la branche ou de l'entreprise d'appartenance du bénéficiaire. Cette multiplication des "parcours assurantiels" contraint les OCAM à segmenter leur offre, en proposant notamment des surcomplémentaires et des options, et à rechercher un équilibre financier sur chaque segment. D'autre part, ces politiques ont conduit au développement d'offres de contrats non responsables qui s'affranchissent de toutes les réglementations. Ainsi, en 2018, la croissance des contrats responsables n'était que de 1 % tandis que celle des contrats non responsables atteignait 10,8 %.

Au total, au fil des réglementations, les contrats complémentaires santé ont balancé entre deux mouvements contradictoires. Un premier, guidé par le paradigme de marché, a mis à mal les principes de solidarité des mutuelles, qui dominaient l'AMC. Chaque dispositif a posé une nouvelle pierre à la construction d'un véritable marché de l'AMC que les acteurs, mutuelles en tête, n'ont eu de cesse de combattre tout en s'y adaptant. Un second mouvement, porté par l'État avec le soutien sporadique de différents acteurs en fonction de leurs injonctions propres, a conduit à une régulation de plus en plus contraignante des prises en charge proposées par les contrats et les soins associés, notamment sur les BSM délaissés par l'AMO.

Ce double mouvement a construit un système complexe où l'offre de contrats est devenue peu lisible sur un marché hyper-segmenté, source d'inégalités multiples que les solidarités historiques, auparavant portées par les mutuelles, peinent à briser.

BIBLIOGRAPHIE

- 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(1), p.13-22.
- Abecassis P., Coutinet N. & Domin J.-P., 2014, « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Recma/Revue Internationale de l'Economie Sociale*, vol.93(331), p.60-75.

- Abecassis P., Coutinet N. & Domin J.-P., 2018, « Les transformations de l'assurance maladie complémentaire à la lumière de la démutualisation/hybridation des banques coopératives », *Revue d'économie industrielle*, vol.1(141), p.11-40.
- 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*, vol.3(193), p.56-73.
- Barlet M., Befly M. & Raynaud D., 2016, *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Paris, DREES (Rapport).
- Barlet M., Gaini M., Gonzalez L. & Legal R., 2019, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019*, Paris, DREES (Rapport).
- 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* (4), p.259-279.
- Bourdoiseau J., 2015, « Nouveau contrat responsable et iatrogénèse », *La Gazette du palais*, vol.258(15 sept.), p.5-8.
- Célant N., Guillaume S. & Rochereau T., 2014, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, Paris, IRDES (Rapport).
- Célant N., Guillaume S. & Rochereau T., 2017, *L'Enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014*, Paris, IRDES (Rapport).
- Domin J.-P., 2010, « La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? », *Économie et institutions* (15), p.5-29.
- Durand N. & Emmanuelli J., 2017, *Les réseaux de soins*, Paris, IGAS (Rapport).
- Fonds CMU, 2019, *Rapport d'activité 2018*, Paris, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Rapport).
- Franc C., Perronnin M., Pierre A. & Cases C., 2010, « Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection », *Questions d'économie de la santé* vol.150 (janvier), 6 p.
- 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.61(2), p.312-324.
- Jacquier K., 2018, « Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables », *Études et résultats* (1096), 4 p.
- Jusot F. & Pierre A., 2015, « Une évaluation *ex ante* de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture », *document de travail IRDES*, n°67, 57 p.
- Leduc A. & Montaut A., 2016, « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels », *Études et Résultats*, (972), 6 p.
- Marques C. & Bouzou N., 2016, *Les réseaux de soins conventionnés. Pour une meilleure régulation*, Paris, Asterés (Rapport).
- Perronnin M., 2019, *L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017*, Paris, IRDES (Rapport).
- Roux E., 2016, « Un bouleversement du secteur des complémentaires fondé sur une approche erronée du rôle des acteurs », *Les Tribunes de la santé*, vol.4(53), p.87-94.
- Viel L., 2015, « Bagarre sur le prix du panier », *L'Argus de l'assurance* (7426, 2 oct.), p.38-39.

