



HAL
open science

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

Marion del Sol, Pascale Turquet

► To cite this version:

Marion del Sol, Pascale Turquet. L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare... what's going wrong in France ?. La Revue de l'IRES, 2021, Numéro spécial. Assurance santé : aux frontières du public et du privé., 1-2 (103-104), pp.45-73. 10.3917/rcli.103.0045 . hal-03411441

HAL Id: hal-03411441

<https://hal.science/hal-03411441>

Submitted on 4 Nov 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.

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

Marion DEL SOL et Pascale TURQUET¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. À la recherche de la logique des incitations

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

1.1. Des incitations initialement peu contraintes et faiblement orientées

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Impôt sur le revenu des personnes physiques.

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

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

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

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

II.1. Retour sur un curieux processus de mue

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

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

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

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

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

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

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

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

Encadré 1

Généralisation de la couverture complémentaire des salariés et contrat responsable

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Encadré 2

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

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

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

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

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

III. Généralisation de la couverture ou des inégalités ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour conclure : l'assurance privée comme seul horizon ?

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

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

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

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

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

39. Dans son discours au Congrès de la Mutualité en 2012, François Hollande, alors président de la République, a souligné le caractère inégalitaire des avantages socio-fiscaux dont il souhaitait la réorientation : « L'État a consacré plus de 4 milliards d'aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Ceux qui en profitent – et tant mieux pour ces assurés – sont plutôt des cadres de grandes entreprises que des salariés à temps partiel. Quant aux chômeurs et aux retraités, ils ont les plus grandes difficultés à s'offrir une complémentaire santé. Je considère donc que c'est à la fois un gâchis financier – 4 milliards d'euros – et une injustice sociale inacceptable. J'ai donc demandé au gouvernement de réorienter ces aides pour en élargir le nombre des bénéficiaires ». Voir <http://bit.ly/3sXpTmO>.

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

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

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

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

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

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

Tant en matière de dépense socio-fiscale que d'importance des Ocam dans la prise en charge de dépenses de santé, les évolutions des dernières décennies sont donc présentées comme irréversibles alors même que le ratio prestations/cotisations – moins de 80 % en matière de couverture privée – est très largement inférieur à celui de la Sécurité sociale et que l'intervention de deux types d'assureurs de nature différente complique la régulation. Le manque d'efficacité lié à cette double prise en charge pour un même bien ou service s'ajoute aux nombreuses critiques que l'on peut formuler à l'égard des avantages socio-fiscaux facilitant le recours à l'assurance maladie complémentaire : complexité, manque de transparence et caractère régressif. Entrent aussi dans cette liste constituée de longue date par les auteurs anglo-saxons précédemment cités des effets d'aubaine ainsi qu'une forte sensibilité à des comportements de *lobbying* et de recherche de rente, d'où leur persistance lorsque leur raison d'être a disparu (Barrios *et al.*, 2020 ; Kalyva, 2016). En contribuant à l'assèchement des ressources des régimes publics, cette allocation de ressources favorise en outre le recours à l'assurance privée, générant ainsi un cercle vicieux ⁴³. Cercle vicieux dont l'irréversibilité est d'autant plus forte en France que la complémentaire santé solidaire pour les personnes ayant les plus faibles revenus (et, avant elle, la CMU-C) est financée exclusivement par le produit d'une contribution – la taxe de solidarité additionnelle – qui est assise sur les primes des contrats d'assurance santé !

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

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

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

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

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

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

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

Annexe.

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

Cotisations de sécurité sociale

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

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

Impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP)

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