La mise en marché du risque santé : la défaite du patient ?

Philippe Batifoulier, Nicolas da Silva, Marion del Sol, Anne-Sophie Ginon

▶ **To cite this version:**

Philippe Batifoulier, Nicolas da Silva, Marion del Sol, Anne-Sophie Ginon. La mise en marché du risque santé : la défaite du patient ?. IODE. Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché (dir. P. Batifoulier et M. Del Sol), , p. 311-324, 2022, Collection Amplitude du droit, 978-2-9581843-1-5. hal-03621013

HAL Id: hal-03621013
https://hal.science/hal-03621013

Submitted on 30 Mar 2022

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 4.0 International License

Chapitre conclusif. La mise en marché du risque santé : la défaite du patient ?

Philippe BATIFOULIER et Nicolas DA SILVA

Université Sorbonne Paris Nord, Centre de recherche en économie et gestion de Paris Nord (CEPN – UMR CNRS 7234)

Marion DEL SOL

Univ Rennes, CNRS,
IODE (Institut de l'Ouest : Droit et Europe) – UMR 6262

Anne-Sophie GINON

Université Côte d'Azur, Groupe de recherche en droit, économie et gestion (GREDEG – UMR CNRS 7321)

Jusqu'aux années 1980 et alors même que les organismes complémentaires avaient déjà une place non marginale dans le financement des dépenses de santé, intituler un ouvrage *Les assurances maladie*[1] aurait été considéré soit comme incongru, soit comme prospectif. En effet, en tant que mécanisme de prise en charge, l'assurance maladie complémentaire n'est que peu identifiée dans le paysage institutionnel à tel point que sa place systémique n'est pas réellement interrogée. À compter du milieu des années 1980, recourir au pluriel pour évoquer *les* assurances maladie commence à revêtir une signification avec l'intensification de la « mise en marché » du risque santé. Et les bouleversements ne s'arrêteront pas aux années 1980… tant s'en faut. Pour le patient, cela change tout !

Née d'une concession politique faite en 1945, l'assurance maladie complémentaire (AMC) va devenir un acteur économique important qui rembourse un volume croissant de soins dans le cadre de contrats individuels et collectifs. Avec la mise en marché du risque santé et son développement, le parcours du patient qui cherche à limiter l'épreuve financière provoquée par sa maladie s'est beaucoup modifié. La prise en charge des frais de santé a connu de lourdes évolutions dans chacun des secteurs de ces assurances maladie. D'un côté, les droits légaux à couverture maladie du patient au sein de la Sécurité sociale ont beaucoup progressé. Si la sécurisation de ses droits (qui se matérialise par la carte Vitale aujourd'hui) comme la création de la protection universelle maladie (PUMa) paraissent acquises aujourd'hui, rappelons que le parcours vers l'universalisation n'a pas été simple et qu'il reste encore des malades exclus de l'assurance maladie obligatoire qui disposent au mieux de l'aide médicale d'État (AME). De l'autre côté, c'est principalement la place laissée à la part complémentaire du remboursement des soins qui a fait l'objet des réformes les

1. Par référence à l'ouvrage coécrit par P.-L. Bras et D. Tabuteau (2012).

plus importantes. Les rapports du patient avec « sa mutuelle », quand il en a une, ont en effet beaucoup évolué avec le temps. Cette part complémentaire, qui est désormais le nom que l'on donne en France à l'assurance santé privée, s'est déployée dans les espaces laissés vacants par la Sécurité sociale. Mais ce type d'assurance santé ne s'est pourtant pas organisé sous forme de monopole : il est régi par la concurrence et constitue un véritable espace de marché. Avec le temps d'ailleurs, ce marché s'est redimensionné en largeur pour concerner une part croissante de la population et ainsi atteindre aujourd'hui 96 % de la population française. Il s'est étendu en profondeur en étoffant la gamme des garanties prévues par les contrats de couverture complémentaire. Enfin, pour les assurés, ce marché s'est étiré en hauteur en remboursant une fraction croissante du prix des actes médicaux dont s'est dessaisie au fil du temps la Sécurité sociale du fait de la multiplication des déremboursements ou de la pratique de prix au-delà du tarif opposable de Sécurité sociale : dépassements d'honoraires, facturations hospitalières pour l'hébergement, faible remboursement des frais d'optique, dentaires et auditifs.

Dans ce chapitre conclusif, on entend revenir dans un premier temps sur les grandes évolutions du marché. Il y a eu en effet de nombreuses réformes et le législateur a fait montre de beaucoup d'imagination pour encadrer le marché tout en le fortifiant. Les réformes n'ont pas pour autant changé les caractéristiques structurelles du marché de l'assurance santé : il reste pour le patient inégalitaire et coûteux et suscite de nombreux débats comme des appels à réforme (1). Mais cette critique du marché est surtout une critique de son articulation avec la Sécurité sociale. De fait, le modèle français n'est pas uniquement un modèle composé de deux assurances santé, l'une publique (appelée Sécurité sociale) et l'autre privée, ce qui est fréquent à l'étranger. C'est surtout un modèle qui revendique une complémentarité entre les deux assurances. Or, c'est cette complémentarité « à la française », qui devrait clarifier les responsabilités entre les deux assurances, qui sert aujourd'hui d'argument pour atténuer aux yeux du patient les effets pervers de la partition entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC). On relèvera ainsi combien cette complémentarité ne s'exprime pas tant dans l'existence de deux assurances santé que dans la conjugaison d'intérêts entre pouvoir politique et marché pour entretenir un système qui concourt toujours à la défaite du patient (2).

1. Le marché du risque santé : la grande transformation

Le droit constitutionnel à la protection de la santé implique, notamment, que chaque citoyen puisse faire face au coût des soins nécessités par son état de santé, ce qui suppose que l'accès aux soins ne soit pas entravé par une participation financière trop importante à la charge du patient. Pour autant, l'objectif de protection de la santé doit être concilié avec l'exigence d'équilibre des finances publiques, équilibre auquel participent les finances de la Sécurité sociale. En creux et de façon quelque peu schématique, cela signifie que tout patient est protégé par l'assurance maladie obligatoire qui constitue la clé de voûte de l'accessibilité financière aux soins. Mais, par choix politiques et/ou budgétaires, une telle clé de voûte n'est juridiquement pas exclusive de l'existence de restes à charge, parfois substantiels, sur lequel le marché de l'assurance maladie se positionne. Au fil du temps, avec une accélération notable ces vingt

dernières années, ce marché s'est transformé de façon significative et donne aujourd'hui à voir un paysage empreint de complexité et contrasté. Non seulement la protection du patient s'en trouve bouleversée mais elle a perdu en homogénéité (1.1).

Les dispositifs récents n'ont pas créé les inégalités d'accès aux remboursements mais ils les ont accentuées. Le renforcement des inégalités qu'emporte la consolidation de l'espace du marché interroge de plus en plus l'articulation AMO/AMC. L'empilement de réformes incrémentales conduit aujourd'hui de nombreux observateurs à plaider pour une réforme structurelle et à mettre dans le débat public la question de l'articulation de l'AMO et de l'AMC qui revient, en fait, à poser la question de la place qu'il faut laisser à l'AMC (1.2).

1.1. La protection du patient bouleversée par les évolutions du marché

Depuis la loi Évin du 31 décembre 1989, trois catégories d'organismes sont habilitées à proposer des offres de couverture sur le marché de l'AMC. Il s'agit, d'une part, d'organismes à but non lucratif, mutuelles et institutions paritaires de prévoyance, et, d'autre part, de sociétés commerciales d'assurance à but lucratif. D'une certaine façon, cette loi a « mis en marché » le champ des couvertures complémentaires. Avec la transposition des directives européennes de 1992, le basculement se fait plus explicite puisque tous ces organismes – quelle que soit leur nature juridique – sont considérés comme des entreprises d'assurance soumises en tant que telles à un corpus commun de règles régissant leur activité et ayant vocation à assurer la libre concurrence et le respect de leurs engagements à l'égard des assurés (principe de spécialité, règles de solvabilité…). D'une certaine façon, pour le patient, cela sonne le glas des relations de proximité avec sa « mutuelle » car l'heure est alors à la concentration au sein des trois familles d'assureurs. Mais cette distanciation n'est pas la seule conséquence notable pour le patient puisque, dans un second mouvement, ce sont des regroupements inter-familles qui se sont multipliés, matérialisation ultime du fait que les stratégies industrielles ne sont plus l'apanage des seuls organismes à but lucratif. À la distanciation s'ajoute la désorientation. Le patient est désormais privé de boussole car les repères identitaires concernant l'organisme auprès duquel le contrat « frais de santé » est souscrit sont devenus très flous… au point parfois de s'estomper. En d'autres termes, la porosité entre les familles d'assureurs accentue la banalisation de l'assureur du patient.

Si, du côté de l'offre de contrat d'assurance santé complémentaire, les opérateurs se sont uniformisés, la demande d'assurance en revanche s'est polarisée au détriment des patients en périphérie de l'emploi. L'AMC s'est certes généralisée et le pourcentage de la population couverte par un contrat « frais de santé » (96 %) est un marqueur de la place occupée par l'AMC dans le système de prise en charge des soins. Il ne dit toutefois rien de l'hétérogénéité des conditions de protection du patient. Ce pourcentage cache des réalités très contrastées et masque des inégalités qui s'accentuent. En effet, depuis l'ANI (Accord national interprofessionnel) de janvier 2013 rendant obligatoire le financement par les employeurs du secteur privé d'une couverture complémentaire au bénéfice de leurs salariés, la demande d'AMC est très fortement polarisée entre les couvertures individuelles à caractère volontaire et les couvertures collectives qui présentent un caractère obligatoire pour une large part des actifs. Elle le sera encore davantage avec le

déploiement, d'ores et déjà amorcé, de la réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique. Désormais, la situation du patient par rapport à l'emploi surdétermine les conditions d'accès à l'AMC et le niveau de la couverture alors que, dans le même temps, l'accès aux prestations en nature de la Sécurité sociale s'est universalisé avec la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa).

Outre la certitude d'obtenir une couverture complémentaire, la capacité à bénéficier d'un contrat collectif à adhésion obligatoire *via* l'employeur crée pour le patient des conditions d'accès au marché de l'AMC qui sont sans commune mesure avec celles du patient devant souscrire un contrat à titre individuel : la couverture et le niveau de sa prise en charge par l'employeur peuvent être le fruit du dialogue social et donc d'un rapport de force favorable à une protection améliorée. Mais ce rapport de force et la couverture santé qui en est une expression sont variables selon les entreprises et leur taille : la couverture santé des salariés des PME n'est pas la même que celle des grands groupes. De plus, avec l'extension de l'assurance santé d'entreprise, la relation avec l'assureur est intermédiée et non directe, l'entreprise et souvent également un courtier « s'interposant » entre l'actif bénéficiaire de la couverture et l'assureur ; la tarification est collective et ne dépend pas de l'âge du patient ; l'employeur contribue, en franchise de cotisations sociales, au moins pour moitié au financement de l'assurance, ce qui diminue significativement le reste à charge à l'acquisition du patient ; la quote-part de financement du patient est déductible de son revenu imposable.

Le patient couvert à titre individuel se trouve dans une situation qui est aux antipodes de celle ci-dessus décrite. À couverture équivalente, les tarifs des contrats individuels sont plus élevés que dans le cadre collectif, ce qui influe tant sur l'accessibilité financière que sur le niveau de la couverture. Sur ce segment du marché, l'offre fait la loi (tarifaire) car la relation d'assurance n'est pas intermédiée. Le patient n'a d'autre choix que de souscrire au prix du marché en rognant, le cas échéant, sur le niveau de protection pour limiter le montant de cette dépense qui est quasi-contrainte ou de renoncer purement et simplement à toute couverture complémentaire au risque de supporter un reste à charge après AMO très élevé en cas de graves problèmes de santé[2]. La situation est d'autant plus délicate, voire pénalisante, pour les patients âgés ayant des revenus modestes car, sur ce marché de la couverture individuelle, la tarification est croissante avec l'âge, sachant qu'il n'existe d'aide à la souscription que pour les foyers les plus pauvres (*via* la couverture santé solidaire, la C2S), les avantages socio-fiscaux étant principalement concentrés sur les couvertures collectives.

Cette segmentation des couvertures est ainsi le produit d'une forte intervention étatique. La période contemporaine est fortement marquée par une hyper-réglementation du contenu des contrats souscrits au titre de l'AMC sous l'effet principalement des cahiers des charges mis en place pour la souscription de contrats responsables, lesquels imposent des contraintes inédites : panier minimal de soins à couvrir, planchers et plafonds de prise en charge, prise en

2. Les personnes non couvertes sont sur-représentées dans les catégories les plus modestes et 13 % des chômeurs n'ont pas de couverture complémentaire santé (Fouquet, 2020).

charge de prestations de prévention, etc. L'évolution de ces cahiers des charges (par exemple dans le cadre de la réforme du 100 % Santé) a homogénéisé les couvertures complémentaires adossées à l'AMO. Ces offres « de base » se ressemblant en termes de garanties, les différences se jouent désormais sur le niveau de prise en charge de certaines d'entre elles (hauteur du plafond de prise en charge des dépassements d'honoraires, niveau de remboursement des paniers « à prix maîtrisés » et « libres » en optique, dentaire et audiologie…). À ce petit jeu des différences, c'est le patient qui a souscrit un contrat individuel qui est le plus perdant car la logique tarifaire à l'œuvre (très souvent fondée sur l'âge) le conduit à opter pour une couverture « moins disante » parce que moins chère[3].

Le dispositif du « contrat responsable » régule ainsi l'offre du marché pour les garanties « soclées » avec l'AMO, couvertures qui constituent historiquement le cœur du marché de l'AMC. C'est donc désormais sur d'autres segments que les stratégies de différenciation des assureurs se déploient faisant croître un marché de l'assurance santé supplémentaire dont le contenu s'est émancipé de toute connexion avec l'AMO. La différenciation s'opère alors sur les services d'accompagnement qui sont proposés (plateformes, *coaching*, qualité de vie…) ; elle se réalise également sur des prestations dont les principaux arguments de vente reposent sur leur dimension préventive avec la préservation du bien-être de l'assuré et leur caractère innovant (médecines douces, aide psychologique, objets connectés de suivi de l'activité physique…). Le prix de ces offres pour le patient est d'autant plus élevé que la Sécurité sociale n'assume aucune prise en charge de ces prestations et services (pas de solvabilisation, même partielle). Sur ce segment de marché, les inégalités d'accessibilité financière constatées pour les offres « de base » sont répliquées. Elles sont également amplifiées puisqu'un patient déjà en difficulté pour souscrire une couverture complémentaire de base ne sera pas en capacité d'acheter des prestations et des services supplémentaires. Si ces offres ont un prix pour le patient, elles ont également un coût social puisqu'elles induisent une nouvelle forme d'inégalité de santé.

1.2. L'articulation AMO/AMC : un débat récurrent

Les nouvelles dispositions juridiques adoptées en matière d'AMC ne sont donc pas allées dans le sens d'une réduction des inégalités. En revanche, elles contribuent à complexifier un système qui l'était déjà, et dans lequel le patient a bien du mal à s'y retrouver. Ce n'est ainsi pas tant l'AMC qui est questionnée que son articulation, c'est-à-dire ses relations, avec l'AMO. Les réformes récentes n'ont en effet pas réduit les critiques récurrentes dont fait l'objet le « modèle » français qui oblige le patient français à disposer de deux types d'assurance santé. Ces critiques peuvent se résumer par le triptyque suivant : complexité, inefficacité, inégalité.

L'organisation de l'assurance santé française a quelque chose d'irrationnel. « Empiler » deux types d'assurance santé pour rembourser le plus souvent le même acte médical semble

3. Les assurés couverts à titre individuel bénéficient en moyenne de garanties de moins bon niveau ; par exemple, en 2016, près de la moitié des contrats individuels ne couvraient pas les dépassements d'honoraires.

en effet relever tout d'abord d'une lourdeur bureaucratique : le patient doit justifier de deux affiliations et non pas d'une seule pour prétendre au remboursement du même soin. Le régime ainsi dessiné est un régime qui repose sur des preuves que le patient doit fournir à chaque épisode médical. Ce système multicarte (carte Vitale et carte d'adhésion à une « mutuelle ») freine ainsi fortement la mise en œuvre de mesures simplificatrices comme le tiers payant généralisé. Elle affaiblit également l'efficacité des messages de prévention. En période de Covid, c'est d'ailleurs la suppression du ticket modérateur qui a facilité la mise en place de la télémédecine et d'une politique de vaccination à grande échelle.

Cette complémentarité est ensuite coûteuse puisqu'en France, pour le même soin, il y a un traitement administratif par la Sécurité sociale et un autre traitement par l'assurance privée. Les frais de gestion sont mathématiquement multipliés. Le patient ne perd pas que du temps dans cette complémentarité, il perd aussi de l'argent parce que c'est lui qui paie les frais de gestion. S'ils sont très faibles pour la Sécurité sociale, ils sont plus élevés pour les assurances privées qui répercutent dans leurs tarifs leurs dépenses en marketing et publicité pour attirer de nouveaux clients comme leurs frais d'administration liés à la gestion courante des contrats (voir plus loin). La complémentarité est de fait une perte de pouvoir d'achat.

La complémentarité est enfin terriblement inégalitaire. Les patients paient l'assurance santé, qu'elle soit publique ou privée. Mais la solidarité s'y organise différemment. L'assurance publique française (la Sécurité sociale) fonctionne à partir de prélèvements en fonction du revenu et offre les mêmes garanties pour tous. Le modèle d'affaire des assurances privées fait dépendre le degré de couverture de la capacité de paiement. En d'autres termes, les polices d'assurance les plus couvrantes vont aux plus aisés alors que ceux qui n'ont pas d'assurance privée ou en ont une « bas de gamme » sont les plus pauvres.

Comme ce sont les plus pauvres qui ont le plus besoin de soins du fait des inégalités sociales de santé, l'extension de la couverture santé privée détériore l'organisation du système de santé en mettant des barrières à l'accès aux soins pour ceux qui en ont le plus besoin. Le logiciel de l'assurance santé privée est intrinsèquement porteur d'inégalités. Les assurés qui ont la plus faible capacité financière bénéficient des moins bonnes couvertures tout en supportant un taux d'effort plus élevé pour un reste à charge plus fort.

Les réformes récentes n'ont rien retranché à ce constat. Elles ont participé à une partition entre l'AMO et l'AMC qui n'a pas fait l'objet d'un ordonnancement juridique réfléchi. Cette partition est le fruit d'une histoire complexe qui a essentiellement cherché à composer à partir des stratégies portées par les acteurs impliqués dans ces couvertures. Surtout, et depuis les années 2000, cette partition a subi un flot de réformes qui ont principalement cherché à mettre en place des points d'articulation entre les deux systèmes d'assurances maladie. Déremboursement de médicaments, création de parcours de soins et de dispositifs de responsabilisation (franchises et forfaits), généralisation de la couverture complémentaire santé (dans le secteur privé et actuellement dans le secteur public), normalisation du contenu des contrats d'assurance (avec la création du 100 % Santé pour certaines prestations dans laquelle l'AMO est minoritaire), mise en place de contrats de santé complémentaires solidaires font

partie des multiples mesures que le législateur déploie pour donner une substance à cette coexistence. Malgré tous ces efforts, les bénéfices d'une telle double couverture pour le patient restent aujourd'hui encore bien maigres. Les rapports publics les plus récents (Libault, 2015 ; Cour des comptes, 2021, etc.) montrent en effet combien les deux systèmes peinent encore à lutter contre les inégalités sociales de santé, tant les systèmes de santé et de Sécurité sociale restent difficiles d'accès et peu lisibles.

Si la critique des deux systèmes d'assurance maladie a fait l'objet d'un large spectre d'analyse, le tout récent rapport du HCAAM (2022) a le mérite de développer, d'argumenter, voire de chiffrer, quatre scenarii possibles de changement. Ainsi mis dans le débat public, ces scenarii ont tous en commun de laisser survivre cette double architecture tout en proposant une clé de partition explicite et différente entre les deux assurances maladie. Le premier scénario, qui s'effectue à partition constante, cherche à améliorer l'accès aux soins de l'assuré social en corrigeant les effets exclusifs qu'induit le recours à la technique du marché pour la souscription d'une couverture maladie complémentaire. Il s'intéresse ainsi aux personnes les plus précaires (tout particulièrement aux travailleurs pauvres) comme aux plus vulnérables (souvent les personnes les plus âgées s'agissant du risque santé) et propose des mesures correctrices pour limiter, voire plafonner, les restes à charge (forfaitisation, bouclier sanitaire, élargissement des seuils d'accès aux contrats santé solidaires) tout en améliorant l'accès de tous aux contrats de couverture complémentaire (suppression de certaines dispenses, obligation de couverture des salariés en contrats courts, amélioration de la situation des travailleurs indépendants).

Le deuxième scénario s'appuie quant à lui sur une autre clé de partage en ce qu'il entend « sanctuariser » le niveau complémentaire de couverture santé. Ce dernier serait obligatoire et généralisé sous la forme juridique d'un service intérêt économique général pour offrir, à l'image du système complémentaire de retraite, un niveau de couverture santé collective essentielle à tous les actifs (à l'image d'un « marché éduqué »). Ce niveau serait géré principalement par les partenaires sociaux et négocié dans les branches professionnelles qui pourraient ainsi adapter le panier de soins aux besoins formulés par les actifs concernés. Il supposerait qu'un système de péréquation soit mis en place entre les branches, mais également entre actifs et inactifs.

Le troisième scénario rejoue quant à lui la partition entre les deux couvertures maladie et propose une extension du champ d'application de l'AMO (scénario que certains ont très vite appelé « Grande Sécu »). Dans ce schéma, l'AMO couvrirait seule plus de soins (dépenses hospitalières, suppression du ticket modérateur pour les soins de ville) tout en laissant la possibilité à ceux qui le souhaitent de se couvrir de façon supplémentaire (notamment, pour la prise en charge des dépassements honoraires ou des chambres particulières). Le système de double facturation aurait ainsi vocation à progressivement disparaître au profit d'une partition nette entre les deux assurances selon la nature de la dépense de santé qui est à rembourser. Le rapport estime qu'en remplaçant l'AMC par l'AMO sur l'ensemble des tickets modérateurs, non seulement les obstacles financiers à l'accès aux soins seraient levés mais, en plus, il serait possible de réaliser 5,4 milliards d'euros d'économies, essentiellement dues à la réduction des frais de gestion.

Enfin, le dernier scénario propose de « dissocier » les paniers de soins, c'est-à-dire de « décroiser » complètement les deux assurances, laissant ainsi le marché se développer librement sur son segment avec une moindre régulation sur la partie dissociée du panier de soins (que l'on pourrait appeler alors « marché autonome »). De sorte que le système en sortirait au moins plus lisible, chaque type d'assurance pouvant déployer sa logique, ses acteurs et ses moyens. Il resterait à définir les outils mis à la disposition du marché pour réguler les prix et les prestations qu'il couvre.

2. D'une complémentarité à l'autre

La concurrence entre ces différents scenarii est une concurrence d'ordre politique au sens noble du terme parce qu'elle consiste à faire des choix délibérés. Il est clair dorénavant que le système des deux assurances santé est à bout de souffle et qu'il cumule plus d'inconvénients que d'avantages. Le constat est sans appel parce que les chiffres sont têtus : avoir deux assurances pour les mêmes soins est compliqué, coûteux et inégalitaire, et le patient aurait intérêt au changement.

Mais les stratégies rhétoriques qui se font jour dans le débat public sur les différents scenarii sont une affaire d'intérêts et d'expression de rapport de force (Bras, 2019). Toute modification de la partition entre AMO et AMC est ramenée à des gains ou à des pertes de chiffre d'affaires pour l'AMC. On comprend alors que les organismes complémentaires fassent pression pour que la réforme, si elle se fait, emprunte plutôt la voie du quasi-*statu quo* (scénario 1) ou celle d'une extension du marché sans contrainte de l'AMC (scénario 4), mais ne s'oriente surtout pas vers le scénario 3 (de l'extension du territoire de la Sécurité sociale), scénario qui certes ne résoudrait pas tous les problèmes (en particulier celui des dépassements d'honoraires), mais qui aurait la prétention coupable de réduire l'espace du « *business* ». Les économies que ferait le patient en matière d'achat d'une couverture santé ne suffisent pas à justifier une réforme si elles se paient en baisse des parts de marché des assureurs.

Si les intérêts respectifs des patients et des assureurs privés semblent opposés, ceux du maître des horloges, l'État, sont plus difficiles d'accès. C'est pourquoi il faut peut-être faire plus que modifier la répartition entre AMO et AMC. Il faut très certainement interroger la défense permanente de la complémentarité à la française (2.1), défense qui entretient un capitalisme politique reposant sur une proximité entre pouvoir politique et pouvoir économique (2.2).

2.1. À quoi sert la complémentarité à la française ?

Si l'assurance santé privée s'est banalisée dans le monde, la forme complémentaire que l'on connaît en France est originale. Plusieurs formes d'assurance privée existent en fonction de l'histoire et de la place de l'assurance santé publique. Quand elle n'est pas la forme dominante d'assurance santé (États-Unis), l'assurance privée peut remplacer ou gérer l'assurance publique (Pays-Bas, Belgique) ; elle peut être limitée à l'offre de services supplémentaires quand l'assurance publique est très développée (Royaume Uni, Espagne) ou au contraire couvrir une grande partie de la population quand l'assurance publique fait défaut (Irlande).

En France, l'assurance santé privée est dite complémentaire et c'est cette complémentarité qui dicte aujourd'hui l'ensemble des réformes touchant au financement du soin. Pour le patient français, cette complémentarité est lourde à supporter parce qu'elle le presse à acheter de l'assurance privée. Quand l'assurance privée ne fait que payer ou rembourser une part supplémentaire, relevant du confort ou de la commodité, elle peut relever du libre arbitre de chacun. Ce n'est pas le cas en France où le législateur a volontairement laissé une part de remboursement privé dans le cadre d'un prix public. Le ticket modérateur n'est pas seulement la partie des dépenses de santé que ne rembourse pas la Sécurité sociale. Il désigne le « privilège » obtenu par les assurances privées de pouvoir prendre à leur compte une partie du prix qui sert de base de remboursement. Pour toute consultation médicale (25 euros en 2022), la Sécurité sociale renonce à rembourser l'intégralité pour en céder 30 % à l'assurance privée.

On comprend alors que, pour le patient, l'assurance complémentaire soit souvent considérée comme inévitable. Posséder une assurance santé privée, pour ceux qui peuvent se la payer, n'est pas un luxe mais une dépense contrainte. Le patient n'a pas le choix puisque, dans chaque acte médical, il y a une part non remboursée par la Sécurité sociale qui est non négociable. Le législateur a donc solvabilisé le marché de l'assurance santé privée. En se dessaisissant d'une partie grandissante des remboursements, il a rassuré les assureurs. Avec le temps, la contrainte s'est durcie pour le patient pour s'étendre à l'espace du supplémentaire. En France, les assureurs privés assument aussi la part supplémentaire, celle qui est au-delà des tarifs opposables de la Sécurité sociale. Le patient ne choisit pas de payer des dépassements d'honoraires parfois exorbitants, d'acquitter les factures pour l'hébergement hospitalier ou pour les frais dentaires, auditifs ou d'optique. Le royaume de l'assurance privée s'est étendu au rythme de la progression de l'écart entre le prix public des actes médicaux (celui qui sert de base de remboursement) et le prix réellement payé par le patient.

Cette situation est le fruit de l'histoire. Le privilège de remboursement dont bénéficie l'assurance santé privée est en effet une concession faite à la mutualité en 1946 alors qu'elle aurait dû logiquement disparaître avec la création d'un régime général de Sécurité sociale. La complémentarité à la française n'est pas le produit du modèle de 1945 mais de sa contestation. Le financement du soin ne relève pas d'un régime général mais obéit à une fragmentation du remboursement.

Si son histoire est mouvementée, la mutualité a revendiqué sa complémentarité avec la Sécurité sociale en affichant sa volonté de poursuivre les mêmes objectifs de solidarité mais avec des moyens différents. Mais ce modèle de mutualité n'est plus qu'un souvenir en noir et banc. Broyées par la concurrence de plus en plus féroce à mesure que l'espace marchand s'est étoffé, les mutuelles se sont fondues dans le marché pour devenir des assureurs comme les autres, appliquant les mêmes règles avec les mêmes techniques. Leur passé contestataire n'est plus qu'une servitude encombrante. Les mutuelles se sont révélées incapables de combattre les effets pervers du système français quand elles ne les ont pas accompagnés.

En France, le mécanisme de la complémentarité cherche ainsi à masquer les insuffisances structurelles de l'AMC. En effet, la complémentarité entre AMO et AMC est un narratif efficace pour laisser penser qu'il y a une continuité entre AMO et AMC. La complémentarité comme modèle

normatif véhicule l'idée qu'il n'est pas important de savoir qui rembourse quand on est remboursé. C'est cette idéalisation de la complémentarité qui justifie les réformes telles que celles des réseaux de soins ou du 100 % Santé qui définissent le reste à charge (RAC) comme ce qu'il reste après remboursement de la Sécurité sociale *et* de l'assurance privée, comme s'il existait une fongibilité entre les deux types d'assurance. Le RAC après AMO et AMC est un RAC après achat coûteux d'une complémentaire. À qualité égale des soins et services de santé, ce RAC est d'autant plus faible que le montant de la prime payée par le patient est élevé.

L'opération sémantique qui consiste à faire de l'assurance privée la continuité de l'assurance publique ne peut faire oublier que les deux types d'assurance ne remboursent pas la même chose, de la même façon ni pour les mêmes patients. Cet aveuglement aux caractéristiques structurantes de l'assurance santé privée est l'une des sources essentielles de l'accentuation des inégalités. C'est le narratif de la complémentarité qui sert d'excuse mais aussi de justification au retrait de la Sécurité sociale. C'est en son nom que s'est généralisée la complémentaire santé au point d'être devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé et demain pour tout ou partie des agents de la fonction publique.

La critique de l'assurance santé privée s'est pourtant généralisée dans le monde. Elle est fragilisée et freinée en France parce que l'on peut rattacher l'assurance privée à un récit efficace visant à entretenir la vision d'une continuité, voire d'une interchangeabilité, entre assurances santé publique et privée. Ce récit de la complémentarité conduit à fermer les yeux des patients sur les effets pervers de la complémentarité comme à entraver la critique.

Il n'en reste pas moins que le modèle de la complémentarité à la française est complexe, inefficace et inégalitaire. Ce constat n'est pas réfuté. Il ne pourrait l'être qu'au mépris de la plus évidente réalité. C'est pourquoi, à défaut d'être une idée juste (au double sens de justice et justesse), la complémentarité est devenue une idée-force. Elle se présente comme une représentation politique du fonctionnement de l'assurance santé qui entretient l'ordre établi, voire sert de canevas à toutes les réformes.

Or, lorsque l'on commence à poser la question de la clé de partition entre les deux systèmes d'assurances maladie, le champ des possibles comme les perspectives deviennent infinis (Gay et Sauviat, 2021). On pourrait très bien imaginer l'expression de besoins de proximité, liés à des territoires, voire des définitions nouvelles de périmètres pour inclure les situations invalidantes qui restent encore aujourd'hui très insuffisamment prises en charge.

Cependant, le champ des possibles est encore limité par le cadre imposé de cette rhétorique de la complémentarité. C'est pourquoi le débat sur l'assurance santé est circonscrit aux critères de détermination de la clé de partition entre les deux assurances. On peut néanmoins espérer qu'à force d'admettre que le brouillage actuel entre l'AMO et l'AMC n'est guère satisfaisant s'ouvre une réflexion majeure dont il ne saurait être fait l'économie aujourd'hui : il s'agirait de réfléchir à ce qu'est une dépense de santé et ainsi de travailler à la (re)définition d'un panier de soins essentiel qui s'efforcerait de tracer une ligne, au sens de frontière, entre la maladie et le bien-être. À cet égard, l'apparition sur le marché de l'assurance privée de services inédits tels le *coaching*, l'accompagnement personnalisé et l'orientation dans le système de santé ou encore la pratique du

sport sur ordonnance, tout comme la mise en place de forfaits « bien-être », laisse penser qu'une partition « quasi naturelle » est en train de se dessiner : celle d'une assurance maladie obligatoire qui serait en charge d'un état, à savoir la maladie, et d'une assurance maladie complémentaire en capacité d'offrir des prestations et des services de préservation du capital santé de chacun. Ce que certains nommeraient, d'une façon toutefois beaucoup trop binaire, la prise en charge d'un côté, du *cure*, et de l'autre, du *care*[4].

Dans cette logique, les deux assurances renoueraient avec leur ordonnancement initial, à savoir, d'un côté, un système obligatoire d'assurances sociales dans lequel la solidarité entre bien-portants et malades s'impose et, de l'autre, un marché d'assurance bien-être qui relève du facultatif, du libre arbitre et donc de la capacité financière de chacun. Cette refondation de la complémentarité, qui se dessine à travers de nouveaux processus législatifs, ne fait pas que laisser un espace au marché de l'assurance santé privée. Elle lui ouvre de nouvelles perspectives, celles liées à la prise en charge du bien-être et à la bonne santé comme art de vivre. Il s'agit pour le marché de privilégier la santé à la maladie et de se présenter comme une assurance santé plus que comme une assurance maladie. L'accent mis sur la santé et les bien-portants est d'ailleurs bien plus lucratif que la prise en charge des maladies qui serait renvoyée à la socialisation. Plus que deux assurances maladie, on aurait ainsi une assurance maladie qui aurait une vocation de réparation et une assurance santé qui aurait une vocation plus préventive et qui consisterait à entretenir le capital santé individuel.

2.2. Assurance santé : « le coût d'État permanent »

Un fait étonnant des transformations du secteur de l'assurance santé en France est le développement simultané du marché et de l'État. Une habitude tenace en sciences sociales conduit à opposer ces deux modes de coordination alors qu'ils vont souvent de pair. On entend régulièrement dans le débat public l'idée selon laquelle les complémentaires santé se développent au détriment de la couverture publique et que la solution face à cette marchandisation serait de redonner de la légitimité à l'intervention étatique. Il faudrait un retour de l'État social. Ce type d'analyse occulte le fait que le marché se développe grâce à l'État et non contre lui. L'État construit le marché en réglementant les contrats d'assurance (les contrats responsables par exemple), en déterminant les taux de remboursement qui délimitent la frontière entre l'AMO et l'AMC, en incitant même les organismes complémentaires à ne pas rembourser les soins pour que le patient consommateur adopte un comportement responsable (forfait à 1 euro pour la consultation en médecine générale par exemple). Les fautes d'accord dans la mélodie jouée par l'AMC et l'AMO ne peuvent se comprendre qu'en prenant du recul, c'est-à-dire en analysant la partition du chef d'orchestre : l'État.

La politique de l'État dans le domaine des soins est tout sauf libérale. Non seulement la puissance publique finance la grande majorité des dépenses de santé, mais en plus le

4. Beaucoup trop binaire car le *care* a toute sa place à l'hôpital.

fonctionnement de la part privée (à but lucratif ou non) est très largement légiféré. L'exemple le plus éclatant résulte de la loi du 14 juin 2013 qui rend obligatoire l'assurance complémentaire pour les salariés du secteur privé. Cette mainmise de l'État sur le marché est d'ailleurs régulièrement critiquée par les assureurs à but lucratif, et parfois par les mutuelles, qui préféraient être libres de rédiger les contrats d'assurance et d'approfondir la sélection des risques (voir le scénario 4 du rapport du HCAAM).

Si on ne peut pas qualifier la politique de l'État en matière de financement des soins de libérale, peut-être est-elle néolibérale ? Les recherches récentes sur l'État, notamment si l'on s'appuie sur les travaux de Michel Foucault, qualifient de néolibérales les politiques qui visent à construire le marché grâce aux pouvoirs politiques de l'État (Dardot et Laval, 2009 ; Ramaux, 2012). À la suite de l'échec du libéralisme classique dans les années 1930, le néolibéralisme se développe en prenant acte de la nécessité de l'intervention publique pour viabiliser des marchés par nature instables. L'État néolibéral est interventionniste : il met en place l'édifice institutionnel nécessaire au développement des marchés et, lorsqu'il finance des activités hors marché, il inculque aux acteurs publics le raisonnement marchand.

Indéniablement, certains aspects de la politique de santé sont néolibéraux. Cependant, l'AMC n'est pas capitaliste puisque les mutuelles et les institutions de prévoyance représentent plus de 65 % du marché. Dans la logique néolibérale, la promotion du marché repose sur l'idée que la mise en concurrence d'entreprises à la recherche du profit produit de l'efficacité. Avec l'AMC, c'est tout le contraire : les principaux acteurs n'ont pas de but lucratif. La situation est paradoxale : l'État contrôle l'AMO qui est plus efficace et plus égalitaire et laisse pourtant se développer un marché dans lequel les acteurs capitalistes sont minoritaires. Si on pense que le marché produit par le jeu de la concurrence plus d'efficacité, pourquoi ne pas favoriser les acteurs à but lucratif ? Si on pense que l'efficacité est le critère le plus important pour guider la politique publique, pourquoi ne pas généraliser l'AMO qui montre chaque jour qu'elle est supérieure aux acteurs complémentaires ?

Le concept de capitalisme politique de Max Weber peut fournir une clé de lecture à ces paradoxes apparents (Weber, 2003). Weber oppose le capitalisme libéral avec des entreprises en concurrence pour le profit au capitalisme politique fondé sur l'appropriation par la force. Le capitalisme politique repose sur la proximité entre le pouvoir politique et le pouvoir économique qui s'allient pour contrôler les marchés. Le capitalisme politique est une forme particulière d'économie de rente.

Et si l'assurance santé était un modèle de capitalisme politique ? L'assurance maladie complémentaire est-elle autre chose qu'une économie de rente à égale distance de la concurrence marchande et de la nationalisation ? L'expression des forces concurrentielles est minimale, l'État étant obligé de cadrer la concurrence pour limiter ses effets dévastateurs en termes d'inégalités. Cet encadrement est pourtant étrange car on se demande pourquoi l'État ne prend tout simplement pas la place du marché. La rationalité politique et économique de l'État sort de l'ombre si l'on pose l'hypothèse que celui-ci protège sa clientèle politique : mutualistes, assureurs commerciaux et institutions de prévoyance. La proximité du monde mutualiste avec des sphères politiques est

importante et les institutions de prévoyance sont gouvernées par les partenaires sociaux. Sans parler même des assurances privées à but lucratif, pourquoi l'État irait-il à l'encontre d'intérêts qui lui sont structurellement liés ? On se retrouve dans une situation verrouillée où tout le monde sait que l'AMO est plus juste et efficace mais où l'État prend tout de même la défense de l'AMC, cette défense ne pouvant pas être réduite à la défense du capital.

Les difficultés à avancer sur les projets d'une extension de la Sécurité sociale s'expliquent ainsi davantage par le poids de la collusion entre intérêts publics et privés que par des difficultés techniques ou financières. Lorsque la mutualité, les institutions de prévoyance et toute une partie des élites du *welfare* se mobilisent pour sauver l'assurance maladie complémentaire, il est trop facile de ne voir que l'opposition des assurances privées à but lucratif et des médecins libéraux. Le point commun de toute cette économie rentière n'est pas la recherche de profit mais la défense d'une position acquise grâce à des proximités politiques avec l'État.

Le capitalisme politique en santé ne se limite pas à l'assurance maladie complémentaire. La collusion entre l'État et les groupes d'intérêt, capitalistes ou non, se donne aussi à voir dans l'industrie pharmaceutique ou dans la régulation de la médecine libérale. Une spécificité importante du capitalisme politique concerne la mise à l'écart du citoyen et de la délibération démocratique. La dé-démocratisation des institutions du soin est probablement l'un des faits les plus importants des dernières décennies. Il est urgent de se rappeler que l'originalité de la Sécurité sociale en 1945 n'est pas l'assurance maladie obligatoire. Elle existe depuis 1928-1930. Le grand changement en 1945 est la démocratisation des caisses d'assurances maladie. Alors que celles-ci étaient dirigées par les mutualistes avant-guerre, la « Sécu de 1945 » repose sur la gestion directe par les intéressés. Comme l'a souligné le premier directeur de la Sécurité sociale, Pierre Laroque, les élections à la Sécurité sociale ont permis aux ouvriers et employés de se défaire du paternalisme mutualiste (Gibaud, 1986). C'est parce que les intéressés disposaient du pouvoir politique sur l'institution qu'ils ont pu mettre en œuvre une organisation économique originale : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

L'histoire de la Sécurité sociale peut pourtant se lire comme l'histoire de son étatisation… contre le pouvoir des intéressés. Les ordonnances de 1967 et de 1996 actent progressivement le transfert de pouvoir sur la Sécurité sociale des intéressés à l'État. Le contrôle sur l'institution a permis à l'État d'imposer une nouvelle logique économique : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon son niveau de risque. Or, cette nouvelle logique n'est pas sans contradiction puisqu'elle conduit à un surcroît de dépenses du fait de l'inefficacité des couvertures complémentaires… sans parler des inégalités et du délitement du pacte social. La prise de pouvoir de l'État sur la Sécurité sociale est un « coût d'État permanent ». Il s'est fait contre la volonté des intéressés en promouvant des organisations plus coûteuses que la Sécurité sociale. Cette histoire donne les clés pour l'avenir. L'enjeu du débat n'est pas économique – les organismes complémentaires sont moins efficaces et plus inégalitaires que la Sécurité sociale – mais politique. Comment relancer la démocratisation afin d'impulser le changement ? Comment reprendre le pouvoir sur la Sécurité sociale pour définir démocratiquement la politique de santé ? Comment revenir à nos amours perdues ?

Bibliographie

Bras P.-L., 2019, « Une assurance maladie pour tous à 100 % ? », *Les tribunes de la santé*, n° 60, p. 87-106

Bras P.-L. et Tabuteau D., 2012, *Les assurances maladies*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? »

Cour des comptes, 2021, *Rapport sur la Sécurité sociale*

Dardot P. et Laval C., 2009, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte

Fouquet M., 2020, « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », *Études et résultats*, n° 1166, Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Gay R. et Sauviat C. (dir.), 2021, « Assurance santé : aux frontières du public et du privé », numéro spécial, *Revue de l'IRES*, n° 103-104

Gibaud B., 1986, *De la mutualité à la Sécurité sociale. Conflits et convergences*, Paris, Éditions ouvrières

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), 2022, *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire*, rapport

Libault D., 2015, *Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective*, 2015-005R, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Ramaux C., 2012, *L'État social. Pour sortir du chaos néolibéral*, Paris, Fayard

Weber M., 2003, *Économie et société*, tome 1, Paris, Agora