
Nouveaux regards sur les politiques de la protection sociale

N° 42 (2012) : *L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ?* – Jean-Marie André, Marion Del Sol, Sylvie Moisdon-Chataigner

**Articulation AMO/AMC :
une décennie jalonnée d'évolutions mais pour quel changement ?¹**

Marion Del Sol, professeur de droit
Université de Rennes 1, laboratoire IODE (UMR CNRS 6262)

Parmi les pays disposant d'une assurance maladie publique de base, la France occupe une place singulière car elle est « conjointement le pays où l'assurance privée est la plus répandue dans la population et parmi ceux où elle contribue le plus au financement des dépenses de santé »². La singularité se double d'une spécificité puisque que l'assurance privée y est complémentaire se traduisant par le fait que l'assurance maladie obligatoire (ci-après AMO) et l'assurance maladie complémentaire (ci-après AMC) remboursent les mêmes soins. Inévitablement, cette situation interroge l'articulation entre ces deux assurances maladie³ et ses évolutions.

À cet égard, l'exercice demandé pour ce numéro anniversaire de la revue *Regards* tombe à point puisque qu'il invite l'observateur à regarder dans le rétroviseur. Il doit en effet recenser sur le sujet traité les principales évolutions ayant jalonné la période qui s'est écoulée depuis la parution de l'article initial. S'agissant de la question de l'articulation entre l'AMO et l'AMC, c'est la dernière décennie qu'il convient de scruter. Cette rétroprojection donne à voir un paysage en évolution quasi permanente, l'enchaînement des textes pouvant même s'apparenter à une sorte de frénésie réglementaire (v. encadré ci-dessous).

Chronologie des principales évolutions jalonnant la période 2012-2022

- 2013 – obligation pour les employeurs du secteur privé de financer à hauteur d'au moins 50% une couverture complémentaire santé minimal pour leurs salariés (*loi du 14 juin 2013*) + suppression clauses de désignation pour la couverture collective en santé (*Conseil constitutionnel, décision du 13 juin 2013*)

¹ Ces réflexions s'appuient très largement sur les recherches menées dans le cadre du projet ANR *MaRiSa-Marché* du risque santé (oct. 2017-mars 2022). Voir l'ouvrage de valorisation, en libre accès, de ce programme de recherche pluridisciplinaire, P. Batifoulier et M. Del Sol (dir.), [Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché](#), IODE, coll. Amplitude du droit, mars 2002, 333 p.

² [L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019](#), *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 268, mai 2022, p. 1. Sur la répartition de la prise en charge, v. DREES, *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé, édition 2020*, Panoramas de la DREES, 2021

³ Par référence au titre de l'ouvrage de P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladie*, PUF, Que sais-je ?, 2012, 128 p.

- 2014 – nouvelle réglementation des contrats responsables (*décret du 18 nov. 2014*)
- 2014 – sélection d’offres de contrats éligibles à l’ACS (*LFSS pour 2014*)
- 2016 – instauration de la Protection universelle maladie (PUMA) (*LFSS pour 2016*)
- 2019 – réforme du 100% Santé (*décret du 11 janv. 2019*)
- 2019 – création de la Couverture Complémentaire Santé Solidaire (C2S) et suppression corrélative de l’ACS et la CMU-c (*LFSS pour 2019*) + réglementation des contrats de « sortie » de l’ACS (arrêté du 27 déc. 2019)
- 2021 – obligation pour les employeurs des 3 fonctions publiques de financer à hauteur d’au moins 50% une couverture complémentaire santé pour leurs agents, de droit public et de droit privé (*ord. du 17 févr. 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique*)
- 2022 – attribution automatique de la C2S aux bénéficiaires du RSA (*LFSS pour 2022*)

L’observateur profane discernerait peut-être dans cette chronologie un mouvement de transformation des rapports qu’entretiennent les assurances maladie. L’observateur plus averti serait assurément beaucoup plus prudent allant même jusqu’à s’interroger sur la réalité du changement (1) et, au-delà, sur la capacité au changement (2).

1. La consolidation du marché de l’AMC... et de la couverture complémentaire santé à finalité sociale

La décennie 2012-2022 n’a pas apporté de modification à l’architecture du système de prise en charge des dépenses de santé dont la structure générale sort inchangée de ces dix dernières années. On peut même considérer que la période contribue à figer cette architecture, à sanctuariser les éléments qui la composent. Participe de cette cristallisation le double mouvement de consolidation concernant, d’une part, le marché de l’AMC et, d’autre part, la couverture complémentaire santé à finalité sociale. Si ce double mouvement paraît de prime abord paradoxal, il révèle en réalité la corrélation entre le renforcement du marché (1.1) et la nécessité de consolider le dispositif social de couverture complémentaire (1.2).

1.1. Un marché de l’AMC augmenté

Recourir à une vision en 3D du marché de l’AMC constitue un moyen efficace de caractériser la place augmentée qu’il a acquise dans l’architecture du système. Le marché a gagné en profondeur ; en atteste le spectre sans cesse élargi des garanties couvertes qui, au-delà des prestations « frais de santé » *stricto sensu*, font une place croissante à des garanties davantage centrées sur le bien-être⁴. Le marché a également gagné en hauteur puisque le niveau de prise en charge par l’AMC de certains biens, actes ou facturations s’est accentué (notamment sous l’effet croisé de la réforme des contrats responsables et du 100% santé – v. *infra*). Enfin, le marché a gagné en largeur en termes de population couverte avec un pourcentage de couverture jamais atteint de 96,4%⁵.

En lui-même, ce pourcentage est un marqueur significatif de la place occupée par l’AMC dans le système français de prise en charge des frais de santé. Il n’est toutefois pas le plus essentiel pour saisir la consolidation du marché de l’AMC au cours des dix dernières années. L’évolution la plus fondamentale est ailleurs ; elle résulte du caractère désormais obligatoire de l’AMC pour

⁴ M. Del Sol et A.-S. Ginon, *Le marché des garanties supplémentaires santé et de l’organisation de l’accès au bien-être*, in P. Batifoulier et M. Del Sol (dir.), préc., pp. 185-197

⁵ Selon la dernière Enquête santé européenne (EHIS 2019), 3,6 % de la population française âgée de 15 ans et plus ne sont pas couverts par une complémentaire santé en 2019. V. Questions d’économie de la santé, préc.

une large partie de la population active. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les employeurs du secteur privé – quelles que soient la branche d’activité, la taille de l’entreprise et, en principe, la nature du contrat de travail – sont tenus de faire bénéficier leurs salariés d’une couverture complémentaire et de la financer à hauteur d’au moins 50%. Peut-être par contagion ou, à tout le moins, par mimétisme, l’obligation de participer au financement d’une couverture complémentaire santé a été tout récemment étendue aux employeurs publics à l’égard de leurs agents et ce toutes fonctions publiques confondues. En reconnaissant en creux une sorte de droit à la couverture complémentaire pour les salariés et les agents, y compris contractuels, de la fonction publique, se trouve institutionnalisé à un degré supérieur le rôle systémique de l’AMC puisqu’elle était jusqu’alors caractérisée par son caractère volontaire. *In fine*, c’est bien la place du marché dans le système de prise en charge qui ressort renforcée de ce processus souvent présenté comme une généralisation.

1.2. La consolidation de la couverture complémentaire à finalité sociale, corollaire du renforcement du marché de l’AMC

Se préoccupant du risque de renoncement aux soins, la loi du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle s’était attachée à prévoir une couverture complémentaire pour les personnes disposant de faibles ressources (CMU-c). Il s’était agi de sortir ce volet complémentaire à finalité sociale de la logique marchande en matière de couverture complémentaire santé. Dans un deuxième temps, afin de lutter contre les effets de seuil de la CMU-c, a été créé un dispositif d’aide à la complémentaire santé (ACS) permettant d’obtenir – sous condition de ressources – une aide financière pour l’acquisition d’une assurance individuelle santé (loi du 13 août 2004). Contrairement à la CMU-c, le dispositif de l’ACS ne présente pas de caractère subsidiaire par rapport l’AMC. En effet, le bénéficiaire de l’ACS souscrit une couverture complémentaire parmi les offres du marché, l’aide allouée permettant d’en réduire le coût d’acquisition⁶. Dans un troisième temps, dans le cadre de la LFSS pour 2014, le législateur s’est préoccupé d’infléchir le rapport qualité-prix des offres susceptibles d’être souscrites par les (potentiels) bénéficiaires de l’ACS et de faciliter leur choix ; il a recouru à cet effet à une procédure de mise en concurrence avec cahier des charges ayant conduit à sélectionner des offres proposant trois niveaux de contrats éligibles à l’ACS⁷.

La régulation de l’offre marchande à destination des publics éligibles à l’ACS n’a toutefois pas fait long feu en raison de la suppression de l’ACS par la LFSS pour 2019. Une nouvelle fois, les dispositifs à finalité sociale ont été remodelés pour faire place, depuis le 1^{er} novembre 2019, à un dispositif unique : la Complémentaire santé solidaire (C2S). Désormais, les publics anciennement éligibles à la CMU-c et à l’ACS peuvent prétendre à une même couverture (celle spécifique de la C2S), avec ou sans participation financière selon le niveau de leurs ressources. Se trouve ainsi reconnu « *un droit légal à protection complémentaire [santé] pour les personnes les plus faibles économiquement* »⁸.

Bien que les organismes complémentaires d’assurance maladie puissent être gestionnaires de la C2S, la mise en œuvre de ce droit ne l’inscrit pas dans le marché de l’AMC. Il s’agit d’un

⁶ Raison pour laquelle le montant de l’aide est croissant avec l’âge du bénéficiaire afin de tenir compte du recours généralisé à la tarification en fonction de l’âge sur le marché de l’AMC. À cet égard, on peut d’ailleurs noter que la LFSS pour 2014 a revalorisé le montant de l’aide pour les personnes de plus de 60 ans.

⁷ Dans le même temps, les bénéficiaires de l’ACS se sont vus reconnaître le droit au tiers payant intégral et à l’exonération du paiement des participations forfaitaires et des franchises.

⁸ A.-S. Ginon, *La Couverture Complémentaire Santé Solidaire*, RDSS 2020, pp. 717-727

« *droit individuel et assistanciel* »⁹ relevant d'une logique subsidiaire par rapport au marché de l'AMC. Plus encore, la C2S est le corollaire du renforcement du marché en matière de couverture santé, corollaire qui a été considéré comme nécessaire, voire indispensable. En attestent les débats parlementaires présentant la réforme comme le moyen qui « *permettra que des centaines de milliers de Français qui, aujourd'hui n'ont pas recours à l'aide à la complémentaire santé parce que c'est trop complexe, trop cher et que cela ne les protège pas assez bien, ne renoncent plus aux soins* »¹⁰. C'est parce que le marché de l'AMC est générateur d'inégalités que l'État social de type libéral recourt à des mécanismes assistanciels pour que les personnes à faibles ressources, notamment lorsqu'elles sont âgées, aient accès à la complémentaire santé¹¹. Dit autrement, l'augmentation du marché de l'AMC sanctuarise en même temps l'existence de dispositifs à finalité sociale¹².

2. Le renoncement au changement de logiciel en matière d'articulation AMO/AMC

Si l'architecture du système de prise en charge des soins sort inchangée de la décennie 2012-2022, il en va de même du logiciel, voire même de la matrice, d'articulation entre l'AMO et l'AMC. Sur ce point, les évolutions de ces dix dernières années n'emportent pas changement ; au contraire, elles s'interprètent comme un renoncement au changement. La généralisation de l'AMC constitue de ce point de vue une justification contestable et les mesures d'encadrement du marché une sorte de fuite en avant (2.2).

2.1. La généralisation comme justification contestable du renoncement à tout changement de logiciel

Le pourcentage de 96,4% de la population couverte par l'AMC atteste, sans doute possible, de la généralisation de l'AMC. Ce taux de couverture semble d'ailleurs presque se suffire en lui-même pour asseoir, voire pour certains légitimer, la place de l'AMC dans le système de prise en charge des dépenses de santé. Cette légitimation par les nombres ne dit toutefois rien de la variabilité des situations en matière d'AMC dont il résulte une généralisation en trompe-l'œil.

Si, par une image, on comparait l'AMC à un second étage, on y constaterait que la superficie et la hauteur sous plafond ne sont pas les mêmes pour tous et que, lorsqu'elles sont identiques, le prix du loyer est variable dans des proportions parfois importantes. En d'autres termes, le champ de l'AMC est caractérisé par des inégalités fortes. Aujourd'hui, la situation d'emploi surdétermine l'accès à l'AMC à des conditions (très) favorables *via* l'inclusion dans des contrats collectifs. En effet, la capacité de financer une assurance santé – *a fortiori* une assurance « couvrante » – est élevée puisque l'employeur ajoute sa contribution à celle des

⁹ A.-S. Ginon, préc.

¹⁰ Séance publique de l'Assemblée nationale du 28 novembre 2018.

¹¹ Sur l'absence de couverture, un constat perdure : *ce sont « les individus les plus précaires, et notamment ceux appartenant au premier décile de niveau de vie, ainsi que les chômeurs et les inactifs, qui restent toujours autant concernés par l'absence d'une telle couverture »*. V. Questions d'économie de la santé, préc. p. 8

¹² Certaines dispositions de la LFSS pour 2022 constituent des illustrations supplémentaires de la consolidation des dispositifs d'aide sociale. Il en va ainsi de l'attribution automatique de la C2S sans participation financière aux nouveaux bénéficiaires du RSA. Il va également ainsi des mesures dites de simplification (v. décret n° 2021-1642 du 13 déc. 2021 simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale).

salariés ou agents relevant du contrat collectif¹³. Qui plus est, selon des modalités diverses, toutes les couvertures collectives ès qualité, y compris les contrats Madelin souscrits par des travailleurs indépendants, bénéficient d'aides publiques. Cette préférence emporte une forte polarisation du marché de l'AMC entre contrats individuels et contrats collectifs et « *induit des distorsions au détriment des populations qui ne peuvent accéder à la couverture santé que par la voie individuelle (notamment des personnes en périphérie de l'emploi et une large part des retraités)* »¹⁴. 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. 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 C2S). *In fine*, la généralisation de l'AMC s'accompagne d'une généralisation des inégalités tenant principalement à la situation d'emploi¹⁵. Et cela ne semble pas devoir s'arrêter car « *la pression à la hausse que ces réformes exercent sur les primes des contrats individuels devrait [...] conduire à renforcer les difficultés d'accès à la complémentaire santé des personnes les plus modestes et les plus âgées* »¹⁶. La mise en perspective avec les évolutions récentes en matière d'AMO vient conforter l'idée que le changement de logiciel n'est pas à l'ordre du jour. En effet, avec l'instauration de la protection universelle maladie (PUMA) par la LFSS pour 2016¹⁷, la protection maladie assurée par la Sécurité sociale est attachée à la personne ; elle « *transcende la distinction entre actifs et inactifs* »¹⁸. Repenser l'articulation entre AMO/AMC devient une gageure dans ce contexte d'évolutions à contre-courant entre les deux composantes du système de prise en charge.

2.2. L'encadrement du marché comme fuite en avant pour ne rien changer

« *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* »¹⁹.

Les pouvoirs publics n'ignorent pas ce logiciel. Ils ont même tout à fait intégré les effets qu'il produit. En attestent les interventions législatives et réglementaires successives visant à contrarier certains effets du marché de l'AMC par un encadrement prenant très souvent la forme de dispositions d'ordre public, parfois d'une grande complexité, s'imposant aux organismes complémentaires d'assurance maladie. De ce point de vue, la décennie 2012-2022 est une période exemplaire car elle est jalonnée de ce type de mesures. Ainsi, il s'est notamment agi

¹³ Cela vaut pour les salariés du secteur privé. Cela vaudra également à compter de 2024 pour les agents de la fonction publique d'État suite à la conclusion d'un accord interministériel relatif à la couverture santé signé le 26 janvier 2022 qui conduira au déploiement de l'AMC par voie de contrats collectifs à adhésion obligatoire.

¹⁴ HCAAM, [La place de la complémentaire santé et prévoyance en France](#), rapport, janv. 2021, p. 13. Voir également Questions d'économie de la santé, préc.

¹⁵ Cette situation interroge la légitimité du maintien des aides publiques en faveur des contrats collectifs, spécialement dans le contexte de l'obligation d'AMC à la charge des employeurs des secteur privé et public. V. M. Del Sol et P. Turquet, [L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare... what's going wrong in France ?](#), Revue de l'IRES, n° spécial « Assurance santé : aux frontières du public et du privé », oct. 2021, n° 103-104, pp. 45- 72

¹⁶ Questions d'économie de la santé, préc. p. 3

¹⁷ D. Tabuteau, *La protection universelle maladie (PUMA) : une transfiguration législative de l'assurance maladie* (1^{ère} partie), RDSS 2015, p. 1058

¹⁸ M. Badel, *La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation*, Droit social 2016, p. 267

¹⁹ P. Batifoulier et al., [La mise en marché du risque santé : la défaite du patient ?](#), in P. Batifoulier et M. Del Sol (dir.), préc., p. 316. Voir DREES, *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Panorama de la DREES, 2019

pour le législateur de réglementer les tarifs des contrats d'assurance pouvant être proposés à des personnes sortant du champ de la C2S afin qu'elles puissent accéder à une assurance complémentaire santé « couvrante » à un tarif préférentiel modulé en fonction de leur âge²⁰. En d'autres termes, l'encadrement infléchit les lois tarifaires du marché sur le segment des couvertures individuelles pour contrer le risque de non-souscription pour les personnes ayant des ressources limitées et, *in fine*, celui de renoncement aux soins.

Il s'est agi surtout d'encadrer le contenu et les conditions de prise en charge des contrats proposés par le marché de l'AMC. Deux évolutions prenant place au cours des dix dernières années participent très significativement de ce processus. La première d'entre elles date de 2014 et de la définition, sur de nouvelles bases, du cahier des charges des contrats responsables. À cet effet, le décret du 18 décembre 2014 précise un panier minimum de garanties en fixant des planchers de prise en charge. Il institue également des plafonds concernant certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels, l'objectif étant d'essayer par ricochet de limiter le reste-à-charge pour le patient après AMC. Poursuivant un objectif de même nature, la seconde évolution est la réforme dite du 100% santé. Selon les termes du « préambule » du décret du 11 janvier 2019, « *les niveaux de prise en charge sont fixées de façon à garantir un accès sans reste à charge à des équipements de qualité* » pour les dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires relevant du panier « 100% santé ».

Pour certains auteurs, ces dispositifs participent de l'éducation du marché visant à « *faire sortir l'assurance privée de son propre logiciel pour l'élever vers un niveau désiré de solidarité* »²¹. D'ailleurs, l'encadrement du marché de l'AMC n'a jamais été poussé aussi loin qu'au cours de la dernière décennie qui constitue un moment charnière dans l'évolution du système français de prise en charge des soins. Par cet encadrement, on sanctuarise encore plus la place systémique de l'AMC en la parant d'atours sociaux, voire de vertus, qui ne lui sont pas intrinsèques. « *Le « marché éduqué » constituerait ainsi la forme moderne de résolution des contradictions entre le choix fait pour le marché et la préservation de la mission sociale de la couverture des frais de santé* »²².

Pour autant, l'enchaînement des interventions étatiques pour corriger les inégalités générées par le marché de l'AMC relève davantage d'une logique réactive que d'une construction et le processus « éducatif » semble de l'ordre de l'impensé. Ces évolutions sont en effet enfermées dans la « *rhétorique de la complémentarité* » à la française où les deux assurances maladie remboursent les mêmes soins. Elles ne sont jamais l'occasion de ré-interroger l'articulation entre l'AMO et l'AMC telle qu'elle s'est dessinée au fil du temps sans réel ordonnancement alors même que le système actuel soulève d'essentielles questions d'équité, de solidarité et d'efficacité qui ne sont pas réellement contestées²³. D'une certaine façon, cette complémentarité par défaut semble un horizon indépassable. La publicité, inédite pour ce type de travail, qu'a connue le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) ayant instruit quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité

²⁰ Arrêté du 27 déc. 2019 fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration.

²¹ P. Batifoulier, A.-S. Ginon et V. Duchesne, [La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ?](#), La Revue de l'IREIS, n° 103-104, 2021/1-2, pp. 23-24

²² Ibid, p. 25

²³ Les limites et failles du système ont été précisément analysées par le HCAAM dans un document de travail dont les constats ont été assez unanimes partagées par les acteurs eux-mêmes. Voir HCAAM, [La place de la complémentaire santé et prévoyance en France](#), janv. 2021, 43 p.

sociale et AMC²⁴ a pu laisser penser que l'heure était venue de penser l'articulation pour réellement la construire selon des règles de (ré)partition clairement définies. Las, malgré les réactions très contrastées suscitées par ce rapport et les enjeux de la prise en charge de soins dont la crise sanitaire a révélé l'acuité, la question a trouvé très peu d'écho lors de la campagne présidentielle. La fuite en avant peut donc continuer !

²⁴ HCAAM, [*Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire*](#), rapport, janv. 2022, 137 p.