

COUVERTURE MALADIE DES JEUNES ET DES PERSONNES AGEES : POUR UN NOUVEAU PARTAGE DU RISQUE

PAR PAUL CHALVIN & ERWANN PAUL

Depuis 20 ans, le rôle des organismes privés dans le système de santé est en mutation constante sous les effets conjugués d'une concurrence accrue, de l'application du droit européen et de la contrainte grandissante sur la dépense publique. La part de la dépense de santé remboursée par les organismes complémentaires augmente¹. Le système de santé reste soumis à des évolutions spontanées, véritables angles morts du débat politique : hausse du reste à charge et des prix des contrats pour les retraités, développement des réseaux de soins notamment en optique, retour en grâce des mutuelles locales, résurgence de mutuelles « hospitalières » *low cost* qui ne remboursent que les soins hospitaliers.

Lorsque l'extension de la couverture santé est évoquée, le débat tourne rapidement à l'affrontement idéologique entre les partisans d'une réaffirmation de la solidarité nationale et les avocats d'une privatisation de grande ampleur. **Une ambition réformatrice plus modeste, mais aux chances de succès plus grandes, serait de rechercher les meilleures options permettant de réduire le reste à charge des Français, sans que cela implique nécessairement de grands changements du taux de socialisation et dans des conditions permettant de lutter plus efficacement contre les inégalités de santé. Pour cela, nous proposons un nouveau partage du risque dans la couverture santé des Français.**

LES MUTATIONS DE LA COUVERTURE SANTE

L'évolution majeure en cours est la différenciation du niveau de prise en charge entre « petits » risques et « gros » risques qui entraîne de profondes inégalités dans le montant des restes à charge. La couverture du risque par l'assurance maladie (AM) se concentre sur le remboursement des affections de longue durée (ALD), dont la liste est établie selon deux facteurs : la chronicité de la maladie et le coût financier des soins qui y sont liés. Les patients bénéficient d'une prise en charge à 100% pour les soins liés à une ALD.

Pourtant, cette séparation n'a de sens ni d'un point de vue économique, ni d'un point de vue médical. Certaines pathologies non traitées ou dont les traitements sont retardés entraînent par la suite des affections beaucoup plus graves. La part des patients classés en ALD augmente environ de 4% par an, tandis que le taux de couverture des assurés non ALD diminue. Cela fragilise le principe d'une large solidarité entre les Français. Les ALD représentent 64% des dépenses totales de l'AM et, surtout, 90% de leur croissance annuelle².

¹ Entre 1995 et 2010, la part de la dépense de santé remboursée par l'assurance maladie complémentaire a augmenté de 1,4 point. Elle a atteint 13,5% de la dépense en 2010. *Source* : DREES, « 60 années de dépenses de santé », *Etudes et résultats*, n°831, février 2013.

² Les dépenses de santé remboursées vont augmenter dans les années à venir pour représenter 8,3% du PIB en 2025 et la part des ALD passeraient de 15,47% de la population en 2011 à 19,7% en 2025. *Source* : D. Caby et A. Eidelman, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? », *Lettre du Trésor Eco*, 2015.

Du fait de cette polarisation sur les ALD, l'AM a réduit son financement des soins courants. Elle rembourse 75,5% de l'ensemble des soins mais environ 50% des dépenses de soins en ville (encore moins pour les personnes hors ALD). Dans ce contexte, **les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) ont une place de plus en plus importante dans le remboursement de soins**. Ils couvrent 13,6% de la totalité des dépenses, 20,5% de l'ambulatoire et quasiment l'intégralité des dépenses de soins dentaires et d'optique.

L'AM va être bouleversée par la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI), **qui consolide un modèle dual et paradoxal en donnant un rôle prépondérant aux contrats collectifs d'entreprise**³. Certes, l'accord va permettre d'améliorer la qualité des contrats de beaucoup de salariés et de réduire le coût de la complémentaire pour ceux qui n'étaient pas couverts, notamment les salariés des petites entreprises. Mais il crée une rupture d'égalité. **Le transfert de plusieurs centaines de milliers de contrats individuels vers des contrats collectifs va provoquer un creusement des écarts entre ceux qui participent au marché du travail (insiders) et les autres (outsiders)**. L'ANI reproduit ainsi paradoxalement les traits dont on voulait se débarrasser depuis quarante ans : la différenciation entre salariés et non-salariés et le poids des cotisations sociales pour les entreprises⁴. En raison d'une mutualisation plus faible du risque, le coût de la couverture complémentaire va mécaniquement augmenter pour les chômeurs et les retraités s'ils souhaitent que leur protection reste d'un niveau équivalent après leur sortie du marché du travail.

Pour Cartes sur Table, la généralisation de la complémentaire pour les salariés ne doit donc être qu'une première étape avant la généralisation à tous. La mise en place rapide de mesures permettant l'accès à une complémentaire de qualité pour les pauvres, les étudiants, les chômeurs de longue durée⁵ et les retraités, aujourd'hui laissés de côté et pour certains pénalisés par cette évolution, est une nécessité. Nous proposons trois pistes de travail en ce sens.

POUR UN DROIT D'OPT OUT A L'ANI

Le système actuel est paradoxal. Alors que les discours politiques sur le marché de l'emploi et sur la protection sociale plaident pour la flexisécurité, l'ANI a attaché la protection contre le risque santé au statut de salarié et concentré la protection sociale sur les plus protégés.

³ L'ANI procède moins d'une généralisation des complémentaires que d'un transfert généralisé vers des complémentaires d'entreprises.

⁴ « L'assurance maladie de 1945 était donc inégalitaire (elle ne couvrait pas les non-salariés), corporatiste (avec le maintien des régimes spéciaux et leur couverture spécifique), régressive (effet du plafonnement de la base des cotisations). [...] Tous les traits précédents vont cependant être progressivement gommés au cours des décennies suivantes selon une double logique d'universalisation et d'extension de la couverture d'une part, et d'étatisation de la gouvernance d'autre part » (C. Le Pen, « Assurance Maladie : le modèle de 1945 est-il mort ? », *Le Débat*, 2010).

⁵ L'ANI améliore la situation des chômeurs de courte durée en augmentant la portabilité de la complémentaire de 9 mois à 12 mois mais ne change pas la situation de ceux de longue durée et des inactifs.

Afin de lutter contre ces effets de rupture, **Cartes Sur Table propose de créer un droit d'opt out à l'ANI**. Si le salarié dispose déjà d'une couverture complémentaire, il pourra dès lors la conserver. Les aides se porteront alors sur son ancienne complémentaire (ou sur la complémentaire publique). L'employeur devra subventionner le contrat individuel à hauteur du coût moyen du contrat collectif proposé aux salariés de l'entreprise.

Une telle mesure permettra de lisser les conséquences d'un changement de statut sur le marché de l'emploi.

VERS LA GRATUITE DES SOINS POUR LES MINEURS

Les inégalités sociales de santé sont encore plus intolérables chez les enfants que chez les adultes. Elles ont des conséquences immédiates sur leur santé mais surtout auront une influence sur leur vie future. A l'heure où la jeunesse est une priorité publique, investir dans la santé des enfants et des jeunes doit devenir incontournable.

Pour lutter contre ces inégalités de santé, deux voies sont possibles :

- privilégier les dispositifs ciblés, soit sur les familles les plus démunies (critère social), soit sur des priorités de santé publique (critère médical) – il s'agit de la voie qui a été empruntée jusqu'à maintenant ;
- choisir l'universalité, pour offrir à chaque enfant une couverture santé qui réponde à la totalité de ses besoins de santé.

La 1^{ère} option ayant montré ses limites au vu de la persistance des inégalités sociales de santé, **Cartes sur Table appelle à faire résolument le choix de l'universalité. Nous proposons que l'ensemble des soins soit pris en charge à 100% jusqu'à l'âge de 18 ans.** Les facteurs économiques limitant l'accès aux soins seraient très largement réduits. Ce caractère universel nous semble préférable à des mesures ciblées qui entraînent des effets de seuils, et donc des phénomènes de non-recours aux droits. La critique inévitable à l'encontre de cette proposition est qu'elle fait abstraction des inégalités liées au contexte familial : est-il vraiment juste d'assurer la même couverture à un enfant d'une famille riche et à un enfant d'une famille pauvre ?

Trois arguments plaident pour une mesure universelle :

- **Une question de principe : un enfant doit être considéré comme titulaire de droits sociaux en tant que personne**, et non en tant qu'ayant droit d'un adulte couvert par tel ou tel régime ;
- **Une question de santé publique** : les gains attendus d'une telle mesure sont forts dans ce domaine ;
- **Une question de ciblage des politiques publiques** : il existe d'autres dispositifs permettant de réduire les inégalités sociales face à la santé.

Une telle mesure constituerait une rupture philosophique que nous assumons pleinement. Dès sa naissance, le jeune ne serait plus considéré comme ayant droit mais comme assuré social à part entière. Pour le matérialiser, chaque enfant pourrait se voir attribuer à la naissance un numéro de sécurité sociale, comme c'est le cas aujourd'hui à partir de 16 ans, et être doté d'une carte vitale. Les parents choisiraient le médecin traitant de l'enfant jusqu'à un âge que l'on pourrait appeler la « majorité sanitaire ». Cela renforcerait son indépendance dans la prise en charge de sa santé. **Afin de renforcer l'autonomie des patients** et pour que les jeunes puissent se saisir réellement du contrôle de leur santé (notamment, en matière sexuelle), **cette « majorité sanitaire » pourrait être abaissée de 16 ans à 15 ans.**

Ce type de mesure concentre **trois avantages majeurs** : elle répond à un **objectif de santé publique clair**, elle favorise la **mise en place de nombreuses actions de prévention qui sont les marques de sa réussite**, et elle permet **l'anonymat de la prise en charge pour les adolescents**. Les gains attendus en termes de santé publique justifient à eux seuls la mesure. Les déterminants sociaux de santé agissent dès l'enfance et les inégalités qui en résultent⁶ ont un impact sur la vie entière⁷. **Il s'agit donc d'agir sur les inégalités à leur racine pour les réduire tout au long de la vie.** Enfin, la mobilisation en faveur des plus jeunes aura à long terme des conséquences positives pour les finances publiques en évitant des soins coûteux à l'avenir⁸.

La prise en charge à 100% pour les plus jeunes n'exonère par ailleurs pas la puissance publique, comme nous l'appelons de nos vœux, **d'assurer une couverture de qualité pour tous en étendant la couverture complémentaire à tous les adultes.**

Une telle politique n'aura de sens que si elle est accompagnée de fortes actions de prévention. Celles-ci doivent d'être coordonnées entre tous les acteurs⁹ et s'intégrer au sein des plans de prévention définies par les Agences Régionales de Santé (ARS). Les freins dans l'accès aux soins étant souvent autant culturels et sociaux que financiers, il est impératif d'agir sur l'ensemble de ces facteurs.

Les actions de prévention doivent être à la fois globales (explication du dispositif, rappels du nombre de consultations de contrôle utiles par an, etc.) **et ciblées afin de toucher les personnes les plus modestes.** Trop souvent, les actions de prévention génériques profitent essentiellement aux personnes les plus aisées et les plus éduquées¹⁰.

⁶ La proportion d'enfants obèses s'élève à 4,5% pour les ouvriers contre 1,2% pour les cadres en grande section de maternelle, à 5,8% contre 0,8% en CM2 et 5,5% contre 1,6% en classe de 3^{ème}. Source : DRESS, 2014, *L'état de santé de la population en France en 2015*.

⁷ F. Jusot, M. Khat, T. Rochereau, C. Sermet, « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données sociales, la société française*, 2006.

⁸ Au Québec, le rapport sur la santé des enfants note que si tous les enfants de moins de 18 ans avaient le même niveau de soins que les enfants de cadre, 13 500 hospitalisations seraient économisées par an (A. Lopez et al., « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance », rapport de l'IGAS, 2011).

⁹ Cour des Comptes, *La prévention sanitaire*, 2011.

¹⁰ C. Banchereau, A. Doussin, T. Rochereau et C. Sermet, « L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? », *Questions d'économie de la santé* (2002) et les travaux plus récents de T. Rochereau et S. Azogui-Lévy.

La gratuité des soins pour les mineurs est une mesure qui présente un coût¹¹. En 2008, les soins de l'ensemble des personnes de moins de 18 ans représentaient 13,2 milliards d'euros, soit un dixième du budget de la sécurité sociale. **Une prise en charge à 100% des dépenses de santé des mineurs augmenterait le budget de l'AM de 3,4 milliards par rapport à la situation actuelle** (à mettre en regard du coût des ALD).

Plusieurs pistes peuvent être envisagées (et cumulées) pour financer une telle mesure : une refonte des aides aux Ocam, une évolution du panier de soins en faveur des jeunes dans le cadre fixé par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ou encore une baisse du taux de remboursement pour les ALD¹² (la part non couverte serait alors obligatoirement couverte par les contrats solidaires et responsables). Il serait d'ailleurs logique que les complémentaires santé, dont beaucoup fonctionnent sur une base professionnelle (mutuelle d'entreprise, institution de prévoyance, etc.), financent les soins des adultes plutôt que ceux de mineurs qui ne sont pas encore sur le marché du travail. **Le modèle économique des Ocam ne serait pas bouleversé et elles auraient un véritable intérêt à agir dans la gestion du risque et notamment dans la prévention.**

Si toutefois cette mesure apparaissait comme trop onéreuse, il serait envisageable d'en mettre en œuvre une version moins ambitieuse. Elle consisterait en la gratuité d'un panier de soins pour tous les moins de 18 ans. Naturellement, les examens complémentaires, les médicaments et les consultations de spécialistes inscrites dans le parcours de soins seraient elles-aussi prises en charge à 100% afin de ne pas créer de rupture dans les prises en charge (et ce d'autant plus que c'est l'accès à ces soins qui est souvent le plus socialement discriminé). A défaut d'universalisme et d'un investissement marqué vers la jeunesse, cela réduirait les inégalités d'accès aux soins.

IMAGINER UNE COMPLEMENTAIRE PUBLIQUE

L'ANI a permis la généralisation de la complémentaire pour les salariés mais les inactifs et les non-salariés n'ont pas vu leur situation s'améliorer. Toute une partie de la population n'a pas accès à une complémentaire santé ou alors dispose d'un contrat de mauvaise qualité. C'est particulièrement le cas des chômeurs non éligibles à la CMU-C et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et des retraités. Ces derniers voient très régulièrement leurs cotisations augmenter¹³. Le prix de la complémentaire santé dépend de l'âge et augmente fortement après 55 ans.

¹¹ Les patients mineurs seraient obligatoirement pris en charge aux tarifs opposables (fixés par l'AM, 23€ pour une consultation chez un médecin généraliste par exemple). Il faudrait néanmoins veiller à ce que les praticiens ne rattrapent pas leur manque à gagner sur ces populations (en termes de dépassements d'honoraires) en accroissant leurs honoraires sur d'autres publics. Il faut, dès à présent, écarter le risque d'inflation d'actes de la part des patients. Cette envolée du nombre de consultations n'a pas eu lieu pour les personnes déjà couvertes par des contrats complémentaires, elle n'a pas de raison d'être pour le reste de la population.

¹² Fixer le seuil de remboursement à 95% permettrait de dégager 3,3 milliards d'euros ; le positionner à 94.5% équivaldrait à 3,6 milliards d'euros.

¹³ La loi Evin de 1999 oblige les entreprises à proposer une prolongation des contrats aux retraités, mais ils sont généralement de moins bonne qualité et surtout plus chers, car l'employeur cesse de les financer.

Cartes sur Table propose la création d'une complémentaire publique à laquelle tout le monde pourrait cotiser. Elle limiterait les effets de rupture liés au passage d'une vie active à inactive ou à une variation de revenu. Cette complémentaire devrait être ouverte à tous pour éviter la création d'une mutuelle des pauvres ou des personnes âgées qui ne permettrait pas l'émergence d'un modèle actuariel viable¹⁴ et concentrerait tous les risques sans disposer des moyens financiers de la solvabiliser (à moins d'établir des cotisations à des taux prohibitifs). Une telle complémentaire santé pourrait, notamment, intéresser les petites entreprises pour qui l'achat d'un contrat collectif est souvent complexe et onéreux.

Les personnes affiliées à cette complémentaire publique paieraient des cotisations en fonction de leurs ressources¹⁵. Pour que le dispositif soit juste et efficace, plusieurs écueils majeurs sont à éviter. La mise en place de la progressivité des cotisations doit éviter tout effet de seuil (système par tranche) ; c'est pourquoi nous proposons **une augmentation linéaire des cotisations selon les ressources**. Par ailleurs, les cotisations doivent être plafonnées à un niveau raisonnable afin de ne pas dissuader les classes moyennes de rentrer dans le dispositif. Si c'est le cas, un effet d'éviction aurait lieu et la complémentaire publique se concentrerait sur les publics les plus défavorisés.

Il existe deux modes de gestion possibles d'une telle complémentaire publique :

- La gestion par un opérateur de l'Etat ;
- **La délégation par appel d'offres sur le modèle de ce qui existe actuellement pour la CMU-C et l'ACS.**

Cette seconde solution nous apparaît préférable. L'irruption d'un acteur purement public dans le champ concurrentiel des Ocam pourrait en effet poser des difficultés. Cet organisme devrait faire la preuve, pour être en phase avec le droit de l'Union Européenne, que les aides versées par l'Etat (du fait de la contribution fiscale) et par les Ocam (TSCA) pour financer la CMU-C ne servent pas à solvabiliser la complémentaire publique. La gestion du dispositif demande des compétences que les Ocam ont acquises au cours du temps.

Dans le cadre d'un appel d'offres, l'organisme chargé de la gestion de la complémentaire publique ferait appel aux Ocam déjà existants pour profiter de leur expérience et de leur savoir-faire. Il serait chargé de la mise en place des contrats, de leur suivi et du contrôle des prestations proposées par les Ocam. **La gestion du risque et la perception des cotisations seraient gérées directement par les Ocam sélectionnés.**

¹⁴ Le risque serait alors de changer le rôle des complémentaires d'assureur à banquier. Une telle complémentaire publique interviendrait sur un champ tellement limité que l'aléa de la survenance du risque serait très faible. Son rôle deviendrait équivalent à celui d'une épargne préalable.

¹⁵ Les cotisations des assurances complémentaires sont indépendantes des revenus dans les contrats individuels et ne prennent en compte les revenus, pour le calcul des cotisations, que pour un tiers des cas dans les contrats collectifs (M. Garnero, M.-O. Ratier, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Etudes et résultats*, 2011). Proposer un contrat public contributif limiterait tous ces effets anti-redistributifs.